

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE MEDICINA HUMANA



**Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas
Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025**

Tesis Para Optar el Grado de Maestro en Medicina con Mención en
Formación Médica

Autor:

Aldoradin Bendezú Aldo Neisser

ORCID:0009-0004-2224-8346

Asesor:

Lam Flores Silvia Liliana

ORCID:0000-0002-6039-7666

Chimbote – Perú

2025

Índice general	
Índice general.....	ii
Índice de tablas.....	iii
Palabras clave.....	iv
Constancia de originalidad	v
Título	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
Introducción	1
Metodología	19
Resultados.....	24
Conclusiones	31
Recomendaciones.....	34
Anexos	41

Índice de tablas

Tabla 1 Medidas descriptivas de la ansiedad y sus dimensiones (BAI).....	24
Tabla 2 Medidas descriptivas de la depresión y sus dimensiones (BDI-II).....	25
Tabla 3 Niveles de prevalencia y severidad de la ansiedad (BAI) (n = 120).....	25
Tabla 4 Niveles de prevalencia y severidad de la Depresión (BAI) s (n = 120).....	26
Tabla 5 Resultados globales de ansiedad y depresión en los internos de Medicina.....	26

Palabras clave

Palabras clave:

Estrés académico, Internos de medicina, Depresión

Keywords:

Academic stress, medical interns, Depression

Línea de investigación	Salud mental y perinatal
Área	Ciencias médicas, ciencias de la salud
Subárea	Medicina clínica
Disciplina	Medicina general e interna

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025**" del (a) estudiante: **ALDORADIN BENDEZU ALDO NEISSER**, identificado(a) con Código N° **3015200081**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **13%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 16 de diciembre de 2025

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Título

Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital
Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025

Resumen

El estudio tuvo como objetivo describir los niveles de ansiedad y depresión, considerando sus dimensiones cognitivas, fisiológicas y afectivas, en internos de Medicina durante sus prácticas clínicas en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025. Se desarrolló un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal, con una muestra censal de 120 internos. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), analizándose los puntajes y niveles de severidad mediante estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que la ansiedad alcanzó un nivel global moderado ($M = 19.41$), con predominio de la dimensión fisiológica, y una prevalencia combinada de ansiedad moderada-grave del 56.7%. En cuanto a la depresión, se observó un nivel global moderado ($M = 21.59$), con mayor afectación en la dimensión cognitiva y una prevalencia moderada-grave del 43.5%. Se concluye que los internos de Medicina presentan una afectación emocional significativa durante el internado, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias institucionales de prevención, detección temprana y apoyo psicológico orientadas a fortalecer su bienestar emocional y desempeño clínico.

Abstract

The study aimed to describe the levels of anxiety and depression, considering their cognitive, physiological, and affective dimensions, in medical interns during their clinical rotations at the Luis N. Sáenz National Police Hospital in 2025. A quantitative, descriptive, cross-sectional design was used, with a census sample of 120 interns. The Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) were used for assessment, and scores and severity levels were analyzed using descriptive statistics. The results showed that anxiety reached a moderate overall level ($M = 19.41$), with a predominance of the physiological dimension, and a combined prevalence of moderate-to-severe anxiety of 56.7%. Regarding depression, a moderate overall level was observed ($M = 21.59$), with greater impact on the cognitive dimension and a moderate-to-severe prevalence of 43.5%. It is concluded that medical interns experience significant emotional distress during their internship, highlighting the need to implement institutional strategies for prevention, early detection, and psychological support aimed at strengthening their emotional well-being and clinical performance.

Introducción

Para los antecedentes internacionales, se citó a Al-Kindi (2025) Tuvo como objetivo cuantificar los niveles de depresión ocupacional y ansiedad laboral en internos de medicina de Omán; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, aplicado a una muestra de 226 internos utilizando el Occupational Depression Inventory y la Job Anxiety Scale. Los resultados mostraron depresión en 27 % y ansiedad en 35 %, siendo las jornadas laborales superiores a 60 horas semanales el principal predictor, triplicando el riesgo emocional. Se concluyó que la sobrecarga asistencial constituye un determinante crítico de malestar psicológico y se recomendó regular la carga horaria y fortalecer los programas de afrontamiento.

Kandasamy (2025) Arabia Saudita (sur) se propuso estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en internos de cuatro facultades de medicina saudíes; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal en línea, aplicado a 620 internos, empleando los instrumentos PHQ-9 y GAD-7. Los resultados revelaron ansiedad en 35 % y depresión en 32 %, con mayor riesgo en mujeres y en quienes realizaban turnos nocturnos (OR > 2). Se concluyó que es necesario intensificar la vigilancia psicológica y redistribuir equitativamente las guardias de noche.

Meles (2025) Etiopía, tuvo como objetivo evaluar la relación entre la calidad de sueño y la presencia de ansiedad-depresión en internos etíopes; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, realizado en 312 internos mediante los instrumentos DASS-21 y Pittsburgh Sleep Quality Index. Los resultados revelaron que la mala calidad de sueño duplicó el riesgo de ansiedad (OR 2.1) y depresión (OR 1.9). Se concluyó que las intervenciones deben centrarse en la higiene del sueño y en la regulación de los horarios rotativos.

Grosse (2024) Alemania, tuvo como objetivo analizar la relación entre trabajolismo y salud mental en internos alemanes; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, aplicado a 312 internos, utilizando los instrumentos PHQ-9 y GAD-7. Los resultados mostraron que el trabajo compulsivo explicó el 22 % de la variabilidad en ansiedad y el

19 % en depresión. Se concluyó que promover el equilibrio vida-trabajo es fundamental para prevenir alteraciones afectivas en el internado.

Al-Zahrani (2024) Arabia Saudita, tuvo como objetivo comparar ansiedad y depresión entre internos y estudiantes de pregrado; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, aplicado a 181 participantes, utilizando el DASS-21. Los resultados mostraron que los internos presentaron ansiedad severa en 28 % y depresión severa en 21 %, significativamente mayores que los estudiantes ($p < 0.01$). Se concluyó que el inicio del internado incrementa la carga emocional y requiere intervenciones tempranas.

Mahmud (2024) Bangladesh, tuvo como objetivo identificar los determinantes sociodemográficos de ansiedad y depresión en internos; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, en una muestra de 150 internos, usando PHQ-9 y GAD-7. Los resultados mostraron depresión moderada-severa en 33 % y ansiedad en 39 %, asociados a ≥ 6 guardias/mes y ausencia de supervisión. Se concluyó que se deben implementar programas de mentoría clínica estructurada.

Dyah (2024) Indonesia, tuvo como objetivo determinar el impacto del estrés sobre la calidad del sueño y el rendimiento académico de internos indonesios; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal analítico, en 180 internos, aplicando DASS-21 y PSQI. Los resultados indicaron correlación significativa entre estrés y mala calidad de sueño ($r = 0.29$; $p = 0.021$), sin efecto directo en el promedio académico. Se concluyó que el deterioro del sueño afecta la salud emocional, aunque no necesariamente el rendimiento inmediato.

Arini (2024) Yemen, tuvo como objetivo comparar ansiedad y depresión entre internos y estudiantes de último año; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal comparativo, aplicado a 706 participantes, usando PHQ-9 y GAD-7. Los resultados mostraron depresión en 64 % y ansiedad en 57 % de los internos, ligeramente menores que en estudiantes finales. Se concluyó que ambos grupos mantienen alta sintomatología, aunque con adaptación progresiva durante el internado.

Jiménez (2023) México, tuvo como objetivo relacionar ansiedad-depresión con riesgo de trastorno alimentario; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal correlacional,

en 246 internos, utilizando el HADS. Los resultados revelaron ansiedad clínica en 37 %, depresión moderada-severa en 15 % y correlaciones fuertes ($p > 0.60$) con riesgo alimentario. Se concluyó que los programas preventivos deben integrar componentes de consejería nutricional.

En los estudios nacionales Lozano (2024) Lima Este, tuvo como objetivo analizar la relación entre la jornada laboral y síntomas afectivos en internos; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal analítico, aplicado a 194 internos, utilizando el DASS-21. Los resultados mostraron que trabajar más de 60 h/sem elevó la ansiedad en 61 % y la depresión en 47 % ($p < 0.01$). Se concluyó que limitar la carga horaria disminuye el riesgo de afectación emocional.

Mamani (2024) Lima, tuvo como objetivo determinar la relación entre resiliencia y síntomas afectivos; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal analítico, aplicado a 123 internos, usando GAD-7 y PHQ-9. Los resultados mostraron correlación negativa significativa entre resiliencia y ansiedad ($\rho = -0.45$), así como con depresión ($\rho = -0.41$). Se concluyó que fortalecer la resiliencia podría disminuir la sintomatología.

Chávez (2023) Arequipa, tuvo como objetivo comparar ansiedad-depresión-estrés entre internos del primer y tercer nivel de atención; fue un estudio cuantitativo, con diseño descriptivo-analítico, aplicado a 140 internos, usando DASS-21. Los resultados indicaron ansiedad en 46.4 % y depresión en 47.9 %, sin diferencias por nivel asistencial. Se concluyó que la carga emocional es homogénea independientemente del tipo de establecimiento.

Pasapera (2023) Lima, tuvo como objetivo evaluar ansiedad-depresión post-cuarentena; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, aplicado a 191 internos, utilizando HADS. Los resultados mostraron ansiedad en 53 % y depresión en 38 %, asociándose mayor riesgo a haber tenido contacto familiar con COVID. Se concluyó que las secuelas emocionales persisten después de la pandemia.

Caljaro (2022) Tacna, tuvo como objetivo identificar factores epidemiológicos asociados a ansiedad-depresión; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal, aplicado a 262 internos, usando DASS-21. Los resultados indicaron que ser mujer, tener antecedente

COVID y cumplir turnos nocturnos duplicaron la prevalencia conjunta. Se concluyó que las intervenciones deben priorizar a mujeres y rotaciones COVID.

Arbulú (2022) Lima, tuvo como objetivo medir ansiedad y depresión mediante instrumentos Beck; fue un estudio cuantitativo, con diseño transversal prospectivo, aplicado a 191 internos, usando BAI y BDI-II. Los resultados mostraron ansiedad moderada-severa en 48 % y depresión en 34 %. Se concluyó que se deben implementar servicios institucionales de consejería psicológica.

En cuanto a la fundamentación científica de la variable Ansiedad, constituye uno de los constructos psicológicos más estudiados dentro de la literatura científica moderna, dada su alta prevalencia, su impacto funcional y su estrecha conexión con los estresores ocupacionales contemporáneos. En el ámbito de la salud, y particularmente en la formación médica, la ansiedad ha sido identificada como un fenómeno psicológico que emerge en situaciones de elevada exigencia, incertidumbre y contacto permanente con escenarios clínicos donde el error, la muerte, el sufrimiento o la presión asistencial se encuentran constantemente presentes. La American Psychiatric Association conceptualiza la ansiedad como una respuesta emocional caracterizada por aprensión anticipatoria, activación autonómica y comportamientos de evitación, vinculada a la expectativa de peligro o amenaza. Esta respuesta, aunque adaptativa en niveles moderados, se vuelve disfuncional cuando se cronifica, intensifica o surge en contextos donde no existe un peligro real proporcional.

Desde esta perspectiva, la presente investigación se justifica científicamente porque permitirá describir con precisión la magnitud y severidad de estas condiciones emocionales en un contexto hospitalario específico, aportando evidencia empírica actualizada mediante instrumentos psicométricos validados como el BAI y el BDI-II, contribuyendo al cuerpo de conocimiento sobre salud mental en la formación médica.

Asimismo, la justificación social y sanitaria del estudio radica en que la ansiedad y la depresión no solo afectan el bienestar individual del interno, sino que se asocian con mayor riesgo de errores médicos, deterioro de la relación médico-paciente, disminución de la empatía y reducción de la calidad asistencial. En el Hospital Nacional PNP Luis N.

Sáenz, los internos realizan prácticas en servicios altamente demandantes como emergencia, cuidados críticos, medicina interna, cirugía y traumatología, donde enfrentan presión asistencial constante, supervisión variable y exposición prolongada a situaciones emocionalmente exigentes. No obstante, no se dispone de información reciente y específica que describa el nivel de ansiedad y depresión en esta población durante el año 2025, lo que constituye una brecha de conocimiento relevante.

Desde el punto de vista institucional y práctico, la ausencia de un diagnóstico situacional actualizado limita la capacidad del hospital para diseñar programas de apoyo emocional, prevención del desgaste psicológico y fortalecimiento del bienestar mental de los internos, quienes representan un recurso humano esencial para el funcionamiento de los servicios asistenciales. Contar con evidencia local permitirá orientar decisiones administrativas, educativas y preventivas, alineadas con la mejora de la formación médica y la seguridad del paciente.

Desde la perspectiva cognitiva de Aaron Beck, la ansiedad se explica a partir de la activación de esquemas cognitivos disfuncionales, entendidos como estructuras profundas de memoria que contienen creencias relacionadas con la vulnerabilidad personal, la falta de control y la anticipación de daño. Estos esquemas, una vez activados, producen *pensamientos automáticos catastróficos*, tales como “no podré manejar esta situación”, “voy a fallar”, “algo terrible va a ocurrir”. Beck y Clark (1997) demostraron que estos pensamientos distorsionan la percepción de la realidad y aumentan las respuestas fisiológicas como taquicardia, sudoración, temblores o sensación de ahogo. La literatura añade que estos sesgos cognitivos se ven reforzados por dificultades en la inhibición prefrontal, lo que permite que la amígdala, estructura cerebral encargada de la detección del peligro, mantenga un nivel alto de activación.

Las investigaciones en neurociencia han profundizado enormemente la comprensión de la ansiedad al identificar la participación de circuitos específicos del cerebro. La hiperactivación de la amígdala, la disminución en la modulación de la corteza prefrontal dorsolateral, y la desregulación del hipocampo generan un estado de alerta permanente, afectando la memoria contextual y la capacidad de diferenciar entre amenazas reales e

imaginadas. Los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgico y GABAérgico desempeñan un rol fundamental en la fisiología ansiosa, especialmente la disminución del GABA, el principal neurotransmisor inhibitorio, que favorece la hiperexcitabilidad neuronal. Además, el eje hipotalámico hipofisario adrenal (HPA) se vuelve hiperreactivo, elevando los niveles de cortisol; cuando este aumento es sostenido, se asocia con síntomas como insomnio, irritabilidad, dolores musculares y dificultad para concentrarse.

El modelo conductual aporta otra perspectiva relevante. Wolpe (1958) argumentó que la ansiedad también puede ser adquirida mediante condicionamiento clásico. Así, si un interno de medicina experimenta malestar o fracaso durante una guardia de emergencia, futuras guardias pueden llegar a evocarle ansiedad de manera automática, incluso cuando las condiciones objetivas hayan cambiado. Esta adquisición se consolida a través de respuestas de evitación que, aunque reducen momentáneamente la ansiedad, a largo plazo refuerzan la asociación entre situación y amenaza. En internos de medicina, esto se observa cuando evitan procedimientos clínicos complejos, interconsultas o turnos críticos por temor a cometer errores.

El modelo biopsicosocial constituye uno de los enfoques más robustos y comprensivos para entender la ansiedad en personal sanitario. Engel (1977) afirmó que los trastornos emocionales no pueden explicarse únicamente desde la biología o la psicología, sino que dependen de la interacción entre factores biológicos, cognitivos, emocionales y sociales. En el internado médico, estos factores se vinculan directamente con el estrés profesional, incluyendo exposición prolongada al dolor ajeno, rotaciones en servicios críticos, carga asistencial elevada, privación de sueño, supervisión insuficiente, interacción con pacientes difíciles, presión evaluativa y eventos clínicos inesperados. La privación del sueño, en particular, altera la regulación emocional al disminuir la actividad del lóbulo prefrontal, lo que facilita la respuesta ansiosa en situaciones que normalmente serían manejables.

A nivel social, se ha documentado que los internos están sometidos a jerarquías rígidas, presión académica constante, miedo a ser evaluados negativamente y expectativas

institucionales elevadas. La pandemia por COVID-19 incrementó aún más estos factores, generando escenarios de incertidumbre, sobrecarga física y desgaste emocional prolongado. Los estudios globales muestran que más del 40 % de los internos experimentan ansiedad moderada o severa a lo largo de su formación. Esto se agrava cuando se combina con factores personales como perfeccionismo, autoexigencia elevada, historia de ansiedad previa y estilos de afrontamiento evitativos.

Dentro de la psicología contemporánea, la teoría del procesamiento de la información propone que las personas ansiosas presentan un sesgo atencional hacia estímulos amenazantes. En internos, este sesgo puede manifestarse como hipervigilancia ante errores, supervisiones, evaluaciones, signos clínicos críticos o situaciones médicas ambiguas. La repetición de experiencias estresantes sin un adecuado soporte emocional o institucional termina por consolidar una respuesta ansiosa crónica. La literatura reciente documenta que la ansiedad sostenida deteriora la memoria de trabajo, afecta la precisión diagnóstica, disminuye la capacidad de toma de decisiones clínicas y aumenta el riesgo de errores médicos, especialmente cuando se combina con la fatiga.

Finalmente, la ansiedad en el contexto médico ha sido interpretada a través del fenómeno del “síndrome del impostor”, un constructo donde el individuo, a pesar de tener competencias adecuadas, siente que no merece su rol profesional y teme ser descubierto como un fraude. En estudiantes e internos de medicina, este síndrome se asocia con mayor ansiedad, perfeccionismo clínico, miedo al fracaso y pensamientos catastróficos. La ansiedad, por tanto, se comporta como un fenómeno multidimensional que involucra cogniciones automáticas, neurobiología del estrés, factores de aprendizaje, interacciones sociales, cultura institucional y experiencias clínicas directas, lo que justifica la necesidad de evaluarla con instrumentos psicométricos sensibles como el BAI y desarrollar programas preventivos que aborden todos estos componentes.

La ansiedad constituye las siguientes dimensiones:

Dimensión Cognitiva: La dimensión cognitiva de la ansiedad comprende los pensamientos automáticos, creencias y esquemas mentales que llevan al individuo a interpretar las situaciones como peligrosas, incontrolables o amenazantes. Beck (1976)

explica que esta dimensión se fundamenta en esquemas cognitivos disfuncionales, los cuales generan interpretaciones catastróficas como anticipación de fracaso, sobreestimación del peligro o percepción de incapacidad personal. Clark y Beck (2010) sostienen que estos procesamiento cognitivos distorsionados constituyen el núcleo de la ansiedad, pues determinan la atención selectiva hacia estímulos amenazantes y la rumiación anticipatoria. En internos de medicina, esta dimensión se manifiesta como miedo a cometer errores, preocupación intensa por las evaluaciones clínicas y anticipación negativa ante situaciones asistenciales complejas.

Dimensión Fisiológica de la Ansiedad: La dimensión fisiológica incluye las respuestas corporales generadas por la activación del sistema nervioso autónomo ante la percepción de amenaza. Cannon (1929) describió este proceso como la respuesta de “lucha o huida”, caracterizada por taquicardia, sudoración, temblor, disnea, tensión muscular y mareos. Investigaciones actuales demuestran que estas respuestas se originan por la hiperactivación de la amígdala y del eje hipotalámico–hipofisario–adrenal, fenómenos que amplifican la reactividad del organismo frente al estrés (LeDoux, 2012). En escenarios clínicos exigentes, como el internado médico, esta dimensión se exacerba por la privación del sueño, la sobrecarga laboral y la exposición continua a situaciones críticas. El BAI fue diseñado específicamente para medir esta dimensión debido a su sensibilidad para identificar síntomas somáticos (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

Dimensión Afectiva de la Ansiedad: La dimensión afectiva se refiere a las emociones subjetivas vinculadas a la experiencia ansiosa, tales como miedo intenso, nerviosismo, inquietud, irritabilidad y la sensación de pérdida de control. Lang (1968) identificó esta dimensión como parte del modelo tripartito de la ansiedad, enfatizando que representa la vivencia emocional directa que acompaña las interpretaciones cognitivas y las reacciones fisiológicas. Estudios neuropsicológicos indican que la activación de la amígdala intensifica estas emociones, incluso ante estímulos ambiguos o moderadamente estresantes (Etkin & Wager, 2007). En internos de medicina, esta

dimensión suele expresarse ante urgencias, procedimientos complejos o supervisiones, donde el estado emocional influye significativamente en la toma de decisiones.

Respecto a la fundamentación científica de la variable: Depresión, es un trastorno afectivo de alta prevalencia y gran impacto en la sociedad moderna, caracterizado por alteraciones persistentes en el estado de ánimo, disminución del interés por actividades previamente placenteras, sentimientos de culpa, anhedonia, alteraciones del sueño y del apetito, dificultades cognitivas e incluso ideación suicida. La American Psychiatric Association subraya que no se trata solamente de tristeza, sino de una combinación compleja de síntomas emocionales, cognitivos, comportamentales y somáticos que repercuten en el funcionamiento cotidiano. En el ámbito médico, se ha observado que estudiantes e internos presentan tasas de depresión superiores a las de la población general, debido a la exposición continua al estrés, la sobrecarga académica y el contacto con la muerte y el sufrimiento humano.

La teoría cognitiva de Beck (1967) indica que la depresión surge por la activación de esquemas cognitivos negativos que distorsionan la interpretación de la realidad. Estos esquemas se manifiestan mediante la tríada cognitiva, conformada por pensamientos negativos sobre sí mismo (“soy incompetente”), sobre el mundo (“todo es adverso”) y sobre el futuro (“nada va a mejorar”). Tales creencias, profundamente arraigadas, generan pensamientos automáticos que refuerzan la desesperanza y perpetúan el estado depresivo. El modelo cognitivo explica por qué los individuos deprimidos tienden a experimentar una disminución significativa en la motivación y en la capacidad para realizar actividades básicas, lo cual en internos de medicina puede conducir a errores clínicos, dificultad para concentrarse o ausentismo.

Los avances en neurociencia han permitido una comprensión más detallada de los mecanismos biológicos involucrados en la depresión. Estudios de neuroimagen han demostrado alteraciones funcionales en la corteza prefrontal, amígdala, núcleo accumbens, hipocampo y sustancia gris periacueductal. La disminución de la actividad en la corteza prefrontal se relaciona con dificultades en la regulación emocional y toma de decisiones; la hiperactividad de la amígdala se asocia con el procesamiento

intensificado de emociones negativas; y el hipocampo, vinculado con la memoria y el aprendizaje, suele presentar reducción en su volumen en episodios depresivos prolongados. A nivel neuroquímico, la depresión implica la desregulación de neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina, esenciales para la motivación, el estado de ánimo y la sensación de bienestar.

En años recientes se ha reconocido el rol de la neuroinflamación en la fisiopatología depresiva. Investigaciones evidencian que los individuos con depresión presentan incrementos de citocinas proinflamatorias como IL-6, TNF- α y PCR, que alteran la neurotransmisión, el metabolismo cerebral y los circuitos asociados al placer y la motivación. Además, la activación sostenida del eje HPA produce hipercortisolemia, que deteriora el funcionamiento del hipocampo y contribuye a la fatiga, la apatía, el insomnio y la pérdida de energía. En internos sometidos a estrés crónico, privación del sueño y rotaciones de alta exigencia, este sistema se ve particularmente afectado, aumentando la probabilidad de sintomatología depresiva.

El modelo de indefensión aprendida, propuesto por Seligman (1975), sostiene que la depresión se desarrolla cuando la persona percibe que no tiene control sobre los eventos negativos. Esta sensación de incontrolabilidad genera pasividad, pérdida de motivación y disminución en la iniciativa conductual. En internos de medicina, esta teoría explica cómo la exposición repetida a eventos clínicos adversos, jerarquías rígidas, desgaste físico y emocional, evaluaciones constantes, cargas administrativas y ausencia de control sobre horarios o decisiones puede generar un sentimiento progresivo de desesperanza que deriva en depresión.

El modelo de estresores y vulnerabilidad (Monroe & Simons, 1991) refuerza la idea de que la depresión es producto de la interacción entre predisposiciones personales y eventos estresantes. Factores como historia personal de trastornos afectivos, baja autoestima, estilo perfeccionista, dificultad para regular emociones y experiencias infantiles adversas pueden aumentar la vulnerabilidad depresiva. En estudiantes e internos de medicina se han documentado rasgos de autoexigencia extrema y una cultura

institucional que refuerza el perfeccionismo y la autocrítica, lo cual potencia el riesgo de depresión, especialmente cuando los errores clínicos son evaluados con dureza.

Desde la perspectiva social, la depresión en internos de medicina ha sido asociada con aislamiento, dificultad para establecer límites laborales, falta de apoyo emocional, relaciones jerárquicas rígidas y escasez de espacios de supervisión afectiva. La literatura internacional señala que la presencia simultánea de ansiedad, depresión y burnout es muy frecuente en personal sanitario joven, y que esta combinación aumenta significativamente el riesgo de ideación suicida, errores asistenciales graves, disminución de la empatía y deterioro de la relación médico–paciente.

La psicología contemporánea ha incorporado también modelos basados en la motivación y necesidades psicológicas básicas, como la teoría de la autodeterminación, que sostiene que la frustración de las necesidades de competencia, autonomía y relación incrementa la probabilidad de desarrollar depresión. Cuando los internos se sienten incompetentes, controlados, evaluados en exceso o aislados afectivamente, la depresión emerge como un resultado esperable del desgaste emocional acumulado. Esto ha sido corroborado por investigaciones que muestran que los entornos clínicos con estilos educativos punitivos, poca retroalimentación y escasa supervisión son los que presentan mayores tasas de afectación emocional.

En cuanto a sus manifestaciones clínicas, la depresión presenta síntomas afectivos como tristeza persistente, desesperanza e irritabilidad; síntomas cognitivos como dificultades de concentración, autocrítica severa, pensamientos de culpa o inutilidad; y síntomas somáticos como fatiga, alteraciones del sueño, disminución del apetito y dolores físicos. El BDI-II, instrumento utilizado en la presente investigación, permite evaluar el grado y la intensidad de estos síntomas con alta sensibilidad, razón por la cual ha sido extensamente validado en poblaciones de estudiantes y personal sanitario.

La evidencia demuestra que la depresión sostenida tiene consecuencias significativas en el desempeño clínico, la calidad del cuidado brindado y la seguridad del paciente. Numerosos estudios han encontrado que los internos y residentes con depresión tienen mayor probabilidad de cometer errores médicos graves, presentar ausentismo laboral y

tener dificultades en la toma de decisiones. También se asocia con un menor aprendizaje clínico, reducción en la retención de conocimientos, menor empatía y deterioro de la relación médico paciente.

La variable Depresión presenta las siguientes dimensiones:

Dimensión Cognitiva de la Depresión: La dimensión cognitiva de la depresión abarca pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas y esquemas depresógenos que influyen en la interpretación pesimista de la realidad. Beck (1967) describe esta dimensión mediante la tríada cognitiva: visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Estos patrones cognitivos generan sentimientos de inutilidad, culpa, fracaso y desesperanza, elementos centrales en la sintomatología depresiva. Joiner, Brown y Kistner (2017) señalan que la rumiación, caracterizada por la repetición persistente de pensamientos negativos, intensifica esta dimensión. En internos de medicina, suele verse potenciada por la autoexigencia, el perfeccionismo y la exposición frecuente a eventos clínicos emocionalmente demandantes.

Dimensión Fisiológica (Somática) de la Depresión: La dimensión fisiológica o somática se refiere a los cambios corporales que acompañan al trastorno depresivo, tales como fatiga persistente, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, dolor físico, disminución del nivel energético y enlentecimiento motor. Según Miller y Raison (2016), estos síntomas derivan de procesos neuroinflamatorios y de la activación prolongada del eje hipotalámico–hipofisario–adrenal. La American Psychiatric Association (2022) los reconoce como componentes esenciales del diagnóstico. En internos de medicina, esta dimensión se intensifica debido a la carga física de las guardias, la privación crónica del sueño y el estrés acumulado.

Dimensión Afectiva de la Depresión: La dimensión afectiva engloba las emociones propias del trastorno, tales como tristeza profunda, irritabilidad, anhedonia, vacío emocional y pérdida de interés por actividades previamente gratificantes. La Organización Mundial de la Salud (2023) describe esta dimensión como el núcleo emocional de la depresión, al representar la alteración afectiva que más deteriora el bienestar psicológico. Neurobiológicamente, los cambios en la neurotransmisión

dopaminérgica y serotoninérgica afectan la capacidad del individuo para experimentar placer y motivación (Nestler, Barrot, & DiLeone, 2002). En internos de medicina, esta dimensión se manifiesta mediante desmotivación progresiva, disminución del entusiasmo por el aprendizaje clínico y agotamiento emocional (predecesor del burnout). En síntesis, la depresión en internos de medicina es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, cognitivos, emocionales, sociales e institucionales. La exposición a ambientes clínicos altamente demandantes, sumada a la privación de sueño, la presión evaluativa, el perfeccionismo clínico y la ausencia de estrategias adecuadas de afrontamiento emocional, configura un escenario propicio para la aparición de síntomas depresivos. Por ello, la evaluación de esta variable mediante instrumentos como el BDI-II no solo es pertinente, sino necesaria, para identificar niveles de riesgo, diseñar intervenciones preventivas y promover el bienestar emocional del personal en formación.

Por otro lado, la realidad problemática de la formación médica en el Perú se caracteriza por una elevada demanda académica, emocional y asistencial, que se intensifica durante el internado, etapa en la que los estudiantes asumen responsabilidades clínicas directas bajo supervisión en diversos servicios hospitalarios. En este contexto, la exposición constante a situaciones de urgencia, carga asistencial elevada, turnos prolongados, contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte, así como el temor a cometer errores, convierten al internado en una de las etapas más estresantes y emocionalmente desgastantes de la formación profesional. Diversos estudios internacionales han demostrado que los internos de medicina presentan niveles significativamente altos de ansiedad y depresión, con prevalencias que oscilan entre 30% y 50%, cifras superiores a las reportadas en la población general (Kandasamy, 2025; Meles, 2025; Al-Kindi, 2025). Estas condiciones se agravan por la falta de supervisión adecuada, el incremento de la carga horaria y la insuficiente disponibilidad de programas institucionales de apoyo emocional.

A nivel nacional, investigaciones recientes muestran que los internos de medicina en Lima y otras regiones del país presentan síntomas afectivos relacionados con el estrés ocupacional, la presión evaluativa, las guardias nocturnas y la sobrecarga asistencial. Estudios peruanos realizados en la DIRIS Lima Este, Arequipa, Tacna y hospitales de la capital reportan niveles elevados de ansiedad y depresión, lo que evidencia un problema persistente en la salud mental de este grupo (Lozano, 2024; Mamani-Zea, 2024; Chávez-Suaña, 2023). La presencia simultánea de ambas condiciones afecta el desempeño clínico, reduce la concentración, incrementa la probabilidad de errores médicos, disminuye la empatía y deteriora la calidad de la atención, lo que constituye un riesgo para los pacientes y para la formación profesional del interno.

En el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, los internos de medicina realizan prácticas en servicios de alta demanda como emergencia, cuidados críticos, medicina interna, cirugía y traumatología, donde enfrentan presiones laborales constantes, supervisión limitada y exposición prolongada a situaciones emocionalmente exigentes. La combinación de factores individuales como perfeccionismo, autoexigencia y afrontamiento insuficiente del estrés y factores institucionales como carga asistencial, falta de descanso y exigencias académicas paralelas propicia la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, pese a la relevancia de este problema, no se cuenta con estudios recientes y específicos que evalúen la magnitud de estas condiciones en los internos que realizan prácticas en este hospital durante el año 2025, lo cual genera un vacío de información que dificulta la implementación de estrategias preventivas y de soporte institucional.

La ausencia de un diagnóstico situacional actualizado limita la capacidad del hospital para diseñar intervenciones efectivas orientadas al bienestar emocional de los internos, quienes representan un recurso humano esencial para el funcionamiento de los servicios asistenciales. El impacto potencial de la ansiedad y la depresión en su desempeño clínico, su aprendizaje y su salud mental futura subraya la necesidad de abordar este problema desde una perspectiva científica y contextualizada. Ante esta situación, surge

la necesidad de investigar de manera sistemática el nivel de ansiedad y depresión en los internos de medicina durante sus prácticas clínicas, identificando sus dimensiones cognitivas, fisiológicas y afectivas, con el fin de generar evidencia sólida que permita orientar políticas institucionales de apoyo y fortalecer la calidad de la formación médica. Respecto al planteamiento del problema, la formación médica en el Perú implica un proceso altamente exigente, en el que los internos de Medicina asumen responsabilidades asistenciales en diversos servicios hospitalarios, enfrentando situaciones de emergencia, presión evaluativa, supervisión variable, carga laboral elevada y contacto permanente con el sufrimiento y la muerte. La literatura internacional demuestra que este conjunto de factores incrementa significativamente el riesgo de síntomas emocionales como ansiedad y depresión, con prevalencias que oscilan entre 30 % y 50 % en internos y residentes (Kandasamy, 2025; Meles, 2025; Al-Kindi, 2025). Estos trastornos afectan el desempeño clínico, reducen la concentración, deterioran la relación médico-paciente y aumentan la probabilidad de errores médicos, generando un problema de salud pública y de seguridad asistencial.

En el contexto peruano, las investigaciones recientes han evidenciado que los internos de Medicina presentan niveles elevados de ansiedad y depresión asociados a factores como guardias prolongadas, privación del sueño, carga asistencial excesiva y falta de apoyo emocional (Lozano, 2024; Mamani, 2024; Chávez, 2023). Estos hallazgos se vinculan con un mayor riesgo de agotamiento emocional, disminución del rendimiento académico y afectación del bienestar psicológico, lo que resalta la importancia de evaluar estas condiciones en entornos hospitalarios. Sin embargo, pese a la existencia de antecedentes nacionales, los niveles específicos de ansiedad y depresión pueden variar entre instituciones debido a diferencias en la organización interna, volumen de pacientes y características de la supervisión, lo que evidencia la necesidad de estudios situados.

En el hospital donde se llevará a cabo la presente investigación, los internos realizan prácticas clínicas en servicios altamente demandantes como emergencia, cuidados críticos, cirugía y medicina interna, donde la presión asistencial y la responsabilidad clínica pueden intensificar la vulnerabilidad emocional. A pesar de ello, no se dispone de

información actualizada sobre los niveles de ansiedad y depresión que presentan estos internos durante el año 2025, ni sobre las dimensiones cognitivas, fisiológicas y afectivas más afectadas. Esta ausencia de datos constituye una brecha de conocimiento que limita la capacidad institucional para diseñar estrategias preventivas, programas de apoyo emocional o intervenciones orientadas a fortalecer la salud mental del personal en formación.

La carencia de evidencia local impide establecer planes de acción orientados al bienestar psicoemocional de los internos, quienes representan un recurso humano crucial para el funcionamiento hospitalario. En consecuencia, se requiere una investigación que describa de manera sistemática el nivel de ansiedad y depresión en esta población, proporcionando información confiable que permita la toma de decisiones y la implementación de políticas de soporte emocional.

En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión que presentan los internos de medicina en un Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025?

Conceptuación y operacionalización de variables: Desde la perspectiva cognitiva de Aaron T. Beck, la ansiedad se define como un estado emocional derivado de la activación de esquemas latentes que llevan al individuo a sobreestimar la probabilidad y la gravedad de una amenaza, mientras subestima su capacidad para afrontarla; esta combinación genera pensamientos automáticos de catástrofe que se acompañan de hiperactivación somática y conductas de evitación (Beck & Clark, 1997; Beck, Emery & Greenberg, 1985).

La ansiedad se evaluará con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), instrumento creado por Beck, Epstein, Brown y Steer en 1988 y recientemente adaptado y validado para población peruana por Gómez, Soto y Rojas (2023). Se evaluará los niveles de ansiedad en los individuos mediante una serie de 21 ítems, en los cuales se describen síntomas comunes de ansiedad (como temblores, dificultad para respirar, mareos, etc.). Los participantes deben calificar cada ítem en una escala de 0 a 3, indicando la intensidad del síntoma en la última semana. Los resultados obtenidos se categorizarán

como:0-7: Ansiedad mínima,8-15: Ansiedad leve,16-25: Ansiedad moderada,26-63: Ansiedad severa.

Para Beck, la depresión se conceptualiza como un trastorno afectivo producido por la puesta en marcha de esquemas negativos que conforman la tríada cognitiva (visión pesimista de uno mismo, del mundo y del futuro); estos esquemas producen pensamientos automáticos de pérdida, inutilidad y desesperanza que precipitan ánimo bajo, anhedonia e inhibición conductual (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Para cuantificarla en los internos, se empleará el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), desarrollado por Beck, Steer y Brown en 1996 y recientemente adaptado y validado para población peruana por Salcedo-Callado, Pajuelo y Ramos (2025). El BDI-II incluye 21 ítems que exploran síntomas nucleares —tristeza, anhedonia, fatiga, alteraciones del sueño o ideación de culpa—, cada uno con cuatro opciones de respuesta graduadas de 0 a 3 que reflejan la intensidad experimentada durante la última semana. La suma total oscila entre 0 y 63 puntos y se interpreta así: 0–13 indica depresión mínima, 14–19 depresión leve, 20–28 depresión moderada y 29–63 depresión grave. La versión peruana conserva la estructura unifactorial original y reporta una consistencia interna de $\alpha = 0,91$, lo que avala su fiabilidad y validez para detectar con precisión los distintos niveles de severidad en esta cohorte de internos de Medicina.

No se formula ninguna hipótesis, porque en un estudio descriptivo el propósito primario es caracterizar un fenómeno tal como se manifiesta en una población, sin establecer relaciones causales o de dependencia entre variables (Hernández-Sampieri, Mendoza & Baptista, 2023).

En consecuencia, se plantea como objetivo general describir el nivel de ansiedad y depresión en los internos de Medicina del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz durante sus prácticas clínicas en el año 2025, considerando sus dimensiones cognitivas, fisiológicas y afectivas. Este propósito se complementa con objetivos específicos orientados a determinar el nivel de ansiedad, determinar el nivel de depresión e

identificar la prevalencia y gravedad de ambas condiciones, proporcionando así una base sólida para la implementación de estrategias institucionales de apoyo emocional.

Metodología

Tipo y Diseño de investigación

El presente estudio fue una investigación aplicada, debido a que buscó generar información útil para comprender un problema real que afecta la salud emocional de los internos de Medicina. Según Hernández (2014), la investigación aplicada emplea el conocimiento científico para analizar fenómenos y contribuir a la solución de problemas específicos.

En cuanto a su alcance, la investigación fue de tipo descriptiva, ya que tuvo por finalidad describir los niveles de ansiedad y depresión, así como sus dimensiones cognitivas, fisiológicas y afectivas en los internos de Medicina. De acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2014), los estudios descriptivos especifican características o propiedades de poblaciones sin manipulación de variables.

El diseño fue no experimental, transversal y descriptivo, dado que no se manipularon variables, sino que estas fueron observadas tal como se presentaban en su contexto natural. Asimismo, la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, siguiendo lo establecido por Hernández (2018) respecto a los diseños transversales.

Población:

La población del estudio estuvo conformada por los 120 internos de Medicina que realizaron sus prácticas clínicas en un Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz durante el año 2025. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la población es el conjunto de elementos que presentan características claramente delimitadas en tiempo, espacio y criterios de inclusión.

En este estudio, la delimitación es la siguiente:

Tiempo: Año 2025

Espacio: Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz donde se desarrollan las prácticas clínicas

Unidad de análisis: Internos de Medicina

Criterios de inclusión: Internos activos en servicios asistenciales durante el periodo de estudio

Criterios de exclusión: Internos con licencias prolongadas o que no acepten participar

Por lo tanto, la población total asciende a $N = 120$ internos.

Muestra

La muestra estuvo constituida por los internos que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar voluntariamente. Siguiendo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la muestra corresponde a un subgrupo de la población seleccionado en función del propósito del estudio.

Debido a que la población era accesible, se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, incluyendo a todos los internos disponibles durante la recolección de datos.

De esta manera:

La muestra final estuvo compuesta por $n = 120$ internos, o el número total de participantes que completaron los instrumentos.

Este tipo de muestreo resultó adecuado para un estudio descriptivo con población específica.

Técnicas e Instrumentos de investigación

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de la encuesta, apropiada para obtener información estandarizada y cuantificable sobre las variables de interés. Según Hernández y Mendoza (2018), la encuesta es idónea para medir percepciones y estados emocionales mediante instrumentos validados.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Se utilizó para medir el nivel de ansiedad y sus dimensiones cognitiva, fisiológica y afectiva.

Consta de 21 ítems con escala Likert.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Se empleó para evaluar la severidad de la depresión y sus dimensiones cognitiva, afectiva y fisiológica.

Incluye 21 ítems con escala Likert.

Ambos instrumentos fueron seleccionados por su validez psicométrica internacional y su uso frecuente en población médica.

Validez y confiabilidad

Los instrumentos cuentan con evidencia de validez y confiabilidad. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto, mediante la cual se obtuvo el coeficiente Alfa de Cronbach para verificar la consistencia interna en la población objetivo.

Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento se desarrolló en las siguientes etapas:

- Se gestionó la autorización institucional correspondiente.

- Se coordinó con los responsables académicos y con los internos.

- Se explicó el propósito del estudio y se solicitó el consentimiento informado.

- Se administraron los instrumentos en formato físico o digital.

- Se recopilaron y codificaron los datos en una base de registro.

- Se procesaron los resultados mediante el software estadístico SPSS.

- Se describieron los niveles de ansiedad y depresión de acuerdo con los baremos establecidos.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas: frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para los niveles de ansiedad y depresión se aplicaron los puntos de corte oficiales del BAI y BDI-II, clasificando a los participantes según categoría de severidad.

Los resultados fueron presentados en tablas y figuras, en correspondencia con los objetivos específicos del estudio.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), compuesto por 21 ítems distribuidos en tres dimensiones:

Cognitiva (ítems 1–6): pensamientos de miedo, inseguridad y preocupación;

Fisiológica (ítems 7–16): síntomas somáticos como temblores, palpitaciones o dificultad respiratoria;

Afectiva (ítems 17–21): emociones de pánico, terror y pérdida de control.

Cada ítem se califica de 0 a 3 según la intensidad experimentada durante la última semana. La versión peruana validada por Gómez et al. (2023) mostró una estructura unifactorial estable, adecuada bondad de ajuste ($CFI = 0.98$; $RMSEA = 0.07$) y alta consistencia interna ($\alpha = 0.95$), lo que garantiza su fiabilidad y validez para población médica.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por Beck, Steer y Brown (1996) y actualizado por Salcedo et al. (2025). Evalúa 21 síntomas organizados en tres dimensiones:

Cognitiva (ítems 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 19): pensamientos de culpa, autocrítica y desesperanza;

Afectiva (ítems 1, 4, 10, 12, 17): tristeza, pérdida de placer e irritabilidad;

Somática (ítems 11, 15, 16, 18, 20, 21): fatiga, alteraciones del sueño y cambios en apetito o libido.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 3 y la suma total determina el nivel de severidad: mínima (0–13), leve (14–19), moderada (20–28) y grave (29–63). La validación peruana evidenció estructura unidimensional, invarianza por sexo y $\alpha = 0.91$, confirmando su confiabilidad.

Ambos instrumentos cumplen los estándares éticos de la American Psychological Association (2023) y los lineamientos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

La confiabilidad global del conjunto de instrumentos se verificó mediante el coeficiente Cronbach α , que en estudios previos de validación en población peruana ha superado el 0.90 en ambos casos, lo que indica una excelente consistencia interna (Gómez et al., 2023; Salcedo et al., 2025).

Previamente a la aplicación de los instrumentos, se gestionó la autorización institucional ante la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital PNP Luis N. Sáenz y se obtuvo la aprobación ética correspondiente. Posteriormente, se coordinó con los tutores clínicos para garantizar la disponibilidad de los participantes.

Los internos fueron informados acerca de los objetivos, confidencialidad y voluntariedad del estudio, firmando el consentimiento informado antes de responder los cuestionarios.

Se efectuó un análisis descriptivo univariado basado en frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar, con el propósito de caracterizar la distribución de los niveles de ansiedad y depresión. La categorización de los puntajes se realizó según los rangos normativos propuestos en los manuales originales de los instrumentos y las validaciones peruanas recientes.

Resultados

En el presente capítulo se describieron los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) a los 120 internos de Medicina que realizaron sus prácticas clínicas en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025. Los resultados se organizaron de acuerdo con los cuatro objetivos específicos planteados en la investigación, con la finalidad de caracterizar los niveles de ansiedad y depresión, así como sus dimensiones y grados de severidad.

Objetivo específico 1

Para cumplir este objetivo, se analizaron los puntajes obtenidos en las tres dimensiones del BAI. Los resultados se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Medidas descriptivas de la ansiedad y sus dimensiones (BAI)

Dimensión	Media	DE	Mínimo	Máximo
Cognitiva	6.11	4.38	0.0	18
Fisiológica	9.66	6.95	0.0	30
Afectiva	3.64	2.90	0.0	15
Total	19.41	13.99	0.0	63

En la tabla 1 Los resultados muestran que la dimensión fisiológica registró los valores más altos, con una media de 9.66 y un rango entre 0 y 33. La dimensión cognitiva obtuvo una media de 6.11, con valores entre 0 y 20, mientras que la dimensión afectiva presentó la media más baja con 3.64, variando entre 0 y 13. El puntaje total de ansiedad alcanzó una media de 19.41, con un mínimo de 0 y un máximo de 62.

Objetivo específico 2

Tabla 2.*Medidas descriptivas de la depresión y sus dimensiones (BDI-II)*

Dimensión	Media	DE	Mínimo	Máximo
Cognitiva	9.68	7.71	0.0	30
Afectiva	5.47	4.37	0.0	15
Somática	6.44	5.17	0.0	18
Total	21.59	16.98	0.0	63.0

Los datos en la tabla 2 se observa la dimensión cognitiva media más elevada con 9.68, dentro de un rango de 0 a 29. La dimensión somática alcanzó una media de 6.44, con valores entre 0 y 23, mientras que la dimensión afectiva registró una media de 5.47, con un rango de 0 a 17. El puntaje total de depresión obtuvo una media de 21.59, con valores entre 0 y 63.

Objetivo específico 3

Tabla 3.*Niveles de prevalencia y severidad de la ansiedad (BAI) en los internos (n = 120)*

Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	22	18.3 %
Leve	30	25.0 %
Moderada	45	37.5 %
Grave	23	19.2 %

La distribución de severidad mostró que 22 internos (18.3 %) se ubicaron en ansiedad mínima, 30 (25.0 %) en ansiedad leve, 45 (37.5 %) en ansiedad moderada y 23 (19.2 %) en ansiedad grave. La categoría más frecuente fue ansiedad moderada.

Objetivo específico 4

Tabla 4.

Niveles de prevalencia y severidad de la depresión (BDI-II) en los internos (n = 120)

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	44	36.7 %
Leve	25	20.8 %
Moderada	23	19.2 %
Grave	28	23.3 %

Los niveles de depresión se distribuyeron de la siguiente manera: 44 internos (36.7 %) en depresión mínima, 25 (20.8 %) en leve, 23 (19.2 %) en moderada y 28 (23.3 %) en grave. La categoría con mayor frecuencia fue la depresión mínima.

Objetivo General

Tabla 5

Resultados globales del nivel de ansiedad y depresión en los internos de Medicina

Variable	Dimensiones	Media	DE	Mín– Máx	Nivel global	Prevalencia moderada–grave
Ansiedad (BAI)	Cognitiva	6.11	4.38	0–18	Moderada	56.7%
	Fisiológica	9.66	6.95	0–30		
	Afectiva	3.64	2.90	0–15		
	Puntaje total	19.41	13.99	0–63	Moderada	
Depresión (BDI-II)	Cognitiva	9.68	7.71	0–30	Moderada	43.5%
	Afectiva	5.47	4.37	0–15		
	Somática	6.44	5.17	0–18		
	Puntaje total	21.59	16.98	0–63	Moderada	

La Tabla 5 sintetiza los hallazgos globales del estudio, mostrando que tanto la ansiedad (M = 19.41) como la depresión (M = 21.59) alcanzan niveles **moderados** en la población evaluada. La ansiedad se caracteriza por un predominio fisiológico, mientras que la depresión se manifiesta principalmente a nivel cognitivo. Asimismo, las prevalencias de casos moderados y graves (56.7% en ansiedad y 43.5% en depresión) evidencian una afectación emocional significativa durante el internado médico.

Análisis y discusión

La Tabla 5 responde al objetivo general y muestra que los internos presentan niveles moderados tanto de ansiedad ($M = 19.41$) como de depresión ($M = 21.59$). En la ansiedad, predomina la dimensión fisiológica ($M = 9.66$), mientras que en la depresión destaca la dimensión cognitiva ($M = 9.68$). Además, la prevalencia combinada de casos moderados y graves alcanza 56.7 % para ansiedad y 43.5 % para depresión, lo que representa una afectación emocional significativa en más de la mitad de la población estudiada. Estos hallazgos coinciden con estudios internacionales como los de Kandasamy (2025) y Meles (2025), quienes reportaron prevalencias similares en internos expuestos a contextos clínicos de alta demanda, así como con investigaciones nacionales que demostraron niveles elevados de malestar psicológico en esta etapa de formación (Lozano, 2024; Mamani, 2024). La coincidencia entre el patrón encontrado y la literatura refuerza que la combinación de presión asistencial, carga académica, turnos prolongados y supervisión variable incrementa el riesgo de presentar síntomas emocionales de magnitud clínica.

El predominio de la ansiedad fisiológica y de la depresión cognitiva, visibles en las medias dimensionales de la tabla, permite afirmar que la afectación emocional de los internos no es homogénea, sino que sigue un perfil específico: mayor reactividad corporal frente al estrés y mayor presencia de pensamientos negativos frente a situaciones académicas o asistenciales. En suma, los resultados de la Tabla 5 confirman plenamente el cumplimiento del objetivo general y justifican la necesidad de estrategias institucionales de apoyo emocional.

Considerando los cuatro objetivos específicos del estudio, integrando los hallazgos obtenidos con la evidencia científica disponible. Esta estructura permitió una interpretación crítica y coherente del comportamiento de la ansiedad y depresión en los internos de Medicina durante sus prácticas clínicas, así como de las dimensiones que conforman ambas variables.

Según los resultados presentados en la Tabla 1, responde al objetivo específico 1 donde, la dimensión fisiológica de la ansiedad obtuvo la media más alta (9.66), seguida de la cognitiva (6.11) y la afectiva (3.64), mientras que el puntaje total alcanzó una media de 19.41. Esto indica que los síntomas somáticos como tensión muscular, palpitaciones o respiración acelerada estuvieron más presentes que los pensamientos anticipatorios o las reacciones emocionales.

Este patrón coincide con lo reportado por Labrague et al. (2024), quienes señalaron que los estudiantes e internos en áreas hospitalarias presentan mayor expresión de ansiedad fisiológica debido al estrés académico, la presión asistencial y la responsabilidad frente al paciente. De igual manera, Gebreheat y Teame (2023) encontraron predominio de síntomas somáticos en internos expuestos a alta demanda clínica. Asimismo, Alanazi et al. (2023) indicaron que las exigencias laborales incrementan la activación fisiológica, favoreciendo la aparición de síntomas corporales asociados a la ansiedad.

Por tanto, los valores numéricos de la Tabla 1 sustentan que la ansiedad en los internos se manifestó principalmente en su dimensión fisiológica en un contexto clínico altamente demandante.

En conjunto, la evidencia sugiere que la ansiedad en los internos se manifestó principalmente como una respuesta adaptativa, aunque elevada frente a un contexto clínico exigente, lo cual refuerza la necesidad de intervenciones preventivas que aborden el manejo del estrés y la regulación emocional en estudiantes y profesionales de la salud. Respecto al objetivo específico 2, de acuerdo con los resultados de la Tabla 2, la dimensión cognitiva de la depresión obtuvo la media más elevada (9.68), seguida de la somática (6.44) y finalmente de la afectiva (5.47), con un puntaje total promedio de 21.59, correspondiente a depresión moderada. Estos valores reflejan mayor presencia de pensamientos negativos, autocrítica, culpa o desesperanza. Este patrón concuerda con Boamah (2022), quien observó que los síntomas depresivos cognitivos son los más frecuentes en internos y residentes, debido a la alta presión evaluativa y a la necesidad de tomar decisiones clínicas. Asimismo, Mendoza y Chávez (2021) reportaron que la sobrecarga académica aumenta la frecuencia de pensamientos negativos en estudiantes

de Medicina. También Labrague et al. (2024) mencionan que los síntomas cognitivos suelen ser los primeros en manifestarse bajo presión clínica.

Los hallazgos de la Tabla 2 refuerzan esta tendencia, mostrando que la depresión en los internos se expresó principalmente en el plano cognitivo.

En cuanto al objetivo específico 3, En la Tabla 3 muestra que el 37.5 % de los internos presentó ansiedad moderada, el 25.0 % leve, el 19.2 % grave y el 18.3 % mínima. En conjunto, 56.7 % se ubicó en niveles moderado o grave, lo cual representa una proporción elevada dentro de la muestra evaluada. Este comportamiento es similar al informado por García (2022), quien encontró prevalencias superiores al 50 % en internos que realizan prácticas en servicios de alta presión. Asimismo, Labrague et al. (2024) documentaron que más de la mitad de los internos presentan síntomas de ansiedad clínicamente relevantes durante sus rotaciones. Por otro lado, Boamah (2022) reportó proporciones comparables entre profesionales jóvenes del ámbito hospitalario.

La distribución numérica presentada en la Tabla 3 permite sostener que los niveles de ansiedad encontrados se alinean con lo reportado en la literatura internacional y regional. En este contexto, la alta proporción de internos con ansiedad moderada o grave encontrada en la investigación subraya la importancia de implementar programas de apoyo emocional, manejo del estrés y fortalecimiento de recursos protectores durante la formación médica.

Finalmente, en el objetivo específico 4 los resultados expuestos en la Tabla 4 señalan que el 36.7 % presentó depresión mínima, el 20.8 % leve, el 19.2 % moderada y el 23.3 % grave, sumando 43.5 % en los niveles moderado y grave. Estos valores muestran una afectación emocional considerable.

Esto es consistente con lo hallado por Labrague et al. (2024), quienes reportaron prevalencias entre 40 % y 50 % en estudiantes de ciencias de la salud. De igual manera, Gebreheat y Teame (2023) documentaron niveles relevantes de depresión en internos expuestos a turnos prolongados y alta carga emocional. Asimismo, Boamah (2022) evidenció que la depresión moderada y grave es frecuente en profesionales jóvenes en formación.

Los valores de la Tabla 4 sustentan que la depresión es un fenómeno recurrente entre internos de Medicina, coincidiendo con estudios internacionales y regionales.

La comparación con estos antecedentes permite afirmar que la depresión en los internos de Medicina no es un fenómeno aislado, sino una tendencia documentada en múltiples sistemas hospitalarios, en los cuales la carga emocional y laboral impacta significativamente en el bienestar mental.

Al integrar los cuatro objetivos, se confirma que los internos de Medicina experimentaron niveles elevados de ansiedad y depresión, con predominio de síntomas fisiológicos en la ansiedad y cognitivos en la depresión. La evidencia internacional revisada respalda la magnitud de estos hallazgos, sugiriendo que el entorno clínico, las demandas académicas y la presión asistencial contribuyen de manera significativa a la afectación emocional de los estudiantes en formación profesional.

Conclusiones

Conclusión general:

Los resultados del estudio permiten afirmar de manera sólida que los internos de Medicina presentan una afectación emocional considerable durante sus prácticas clínicas, evidenciada numéricamente en los niveles de ansiedad y depresión obtenidos. La ansiedad alcanzó un puntaje total promedio de 19.41, con una clara predominancia de la dimensión fisiológica ($M = 9.66$), lo que demuestra que la respuesta corporal es altamente frecuente en esta población. Asimismo, la severidad registrada en la Tabla 3 evidenció que el 56.7 % de los internos se encuentra en niveles moderado o grave, lo cual indica que más de la mitad experimenta un grado de ansiedad clínicamente relevante. Por otro lado, la depresión obtuvo un puntaje promedio de 21.59, con una mayor afectación en la dimensión cognitiva ($M = 9.68$), lo que revela la presencia de pensamientos disfuncionales persistentes. De acuerdo con la Tabla 4, el 43.5 % presenta depresión moderada o grave, cifra que indica una afectación importante dentro del grupo evaluado. En conjunto, estos resultados demuestran que ambas condiciones emocionales se manifiestan de manera simultánea y significativa, por lo que el objetivo general se cumple plenamente al evidenciar que los internos enfrentan un nivel elevado de vulnerabilidad emocional.

En relación con las dimensiones de la ansiedad, los resultados presentados en la Tabla 1 reflejan que la dimensión fisiológica obtuvo la media más alta ($M = 9.66$), superando de manera notable a la dimensión cognitiva ($M = 6.11$) y a la afectiva ($M = 3.64$). Este patrón numérico indica que las respuestas corporales, tales como tensión muscular, aumento del ritmo cardíaco y respiración acelerada, son más frecuentes en los internos que los pensamientos o reacciones emocionales asociadas a la ansiedad. Esta predominancia fisiológica puede deberse al entorno clínico, caracterizado por alta demanda, exposición constante a situaciones críticas y largas jornadas. Por tanto, se concluye que la ansiedad en los internos se manifiesta predominantemente a través de

síntomas físicos, lo cual constituye un aspecto fundamental para el diseño de intervenciones orientadas a la regulación de la activación corporal.

Los resultados de la Tabla 2 muestran que la dimensión cognitiva de la depresión obtuvo la media más elevada ($M = 9.68$), seguida de la dimensión somática ($M = 6.44$) y finalmente de la afectiva ($M = 5.47$). Este comportamiento numérico evidencia que los pensamientos negativos, la autocrítica, la sensación de incapacidad y la desesperanza constituyen el componente más afectado dentro de la sintomatología depresiva en los internos. El puntaje total promedio de 21.59 confirma la presencia de depresión moderada en la población evaluada. La predominancia cognitiva sugiere que los internos tienden a experimentar procesos reflexivos distorsionados relacionados con su desempeño académico y clínico, lo cual refuerza la importancia de intervenciones preventivas orientadas a la reestructuración cognitiva y al fortalecimiento emocional.

De acuerdo con la Tabla 3, el 56.7 % de los internos presenta ansiedad moderada o grave, lo cual constituye un hallazgo especialmente relevante desde el punto de vista clínico y académico. Que más de la mitad de la población estudiada experimente niveles elevados de ansiedad implica que esta condición puede interferir con su capacidad de atención, toma de decisiones, desempeño clínico y bienestar general. Este porcentaje evidencia que la ansiedad no es un fenómeno aislado, sino un problema extendido dentro del internado médico. En consecuencia, se concluye que la ansiedad constituye una prioridad institucional, por lo que se requiere monitoreo continuo y estrategias de intervención oportunas.

Según los resultados de la Tabla 4, el 43.5 % de los internos presenta depresión moderada o grave, lo que constituye un indicador significativo de afectación emocional. Este porcentaje revela que casi la mitad de los estudiantes enfrenta síntomas depresivos de intensidad considerable, lo que puede afectar su motivación, concentración, desempeño clínico y capacidad de afrontamiento frente a situaciones exigentes. La presencia de depresión en niveles moderados y graves sugiere la necesidad de establecer

protocolos institucionales de acompañamiento psicológico, así como intervenciones que promuevan el cuidado emocional. Se concluye, por tanto, que la depresión es un problema de salud mental de alta relevancia dentro del internado médico, y requiere atención prioritaria.

Recomendaciones

Recomendación General: Se propone implementar un Programa Integral de Salud Mental para Internos de Medicina, orientado a la prevención, detección temprana y atención de afectaciones emocionales. Este programa debe contemplar evaluaciones periódicas durante el internado, sesiones de psicoeducación sobre manejo del estrés, intervenciones breves basadas en evidencia, espacios de acompañamiento emocional y mecanismos de derivación oportuna para los casos que requieran atención especializada. Dado que la ansiedad y la depresión tienden a coexistir, el abordaje debe ser multidisciplinario, continuo y articulado con las unidades responsables de formación clínica y bienestar estudiantil.

Regulación fisiológica y manejo del estrés clínico: Se recomienda implementar talleres orientados al control de la activación corporal, tales como técnicas de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, mindfulness somático y estrategias de regulación fisiológica. Asimismo, resulta beneficioso promover pausas activas durante la jornada clínica, con el fin de reducir la acumulación de tensión y favorecer un desempeño más equilibrado en situaciones de alta demanda asistencial.

Intervenciones para el fortalecimiento cognitivo-emocional: Dado que los internos suelen experimentar pensamientos autocríticos y patrones cognitivos disfuncionales asociados al estrés clínico, se sugiere el desarrollo de intervenciones basadas en terapia cognitivo conductual (TCC). Estas acciones deben centrarse en la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el fortalecimiento de la autoeficacia, las habilidades sociales y el manejo del perfeccionismo académico.

Tamizaje y detección temprana de dificultades emocionales: Se recomienda establecer un sistema de tamizaje psicológico de carácter periódico, empleando instrumentos validados que permitan identificar tempranamente signos de afectación emocional. Para

ello, es fundamental capacitar a docentes, tutores y supervisores clínicos en la detección de señales de ansiedad o depresión, reforzando rutas claras de acompañamiento y derivación dentro de la institución.

Fortalecimiento de los servicios de consejería y apoyo psicológico: Es conveniente disponer de un servicio de consejería psicológica continua, con posibilidad de seguimiento individual y grupal. Estos espacios deben facilitar la expresión emocional, el intercambio de experiencias y el apoyo entre pares, así como la derivación oportuna a especialistas en salud mental cuando sea necesario. Estas medidas contribuyen a reducir riesgos asociados al desgaste emocional y favorecen la adaptación al entorno clínico.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, M., & Muñoz, S. (2021). Niveles de ansiedad en internos de medicina en hospitales públicos de Lima. *Revista Peruana de Salud Mental*, 5(2), 112–119.
- Aguirre, M., & Muñoz, S. (2021). Niveles de ansiedad en internos de medicina en hospitales públicos de Lima. *Revista Peruana de Salud Mental*, 5(2), 112–119.
- Al-Ameri, L. A., Abdulwahid, D. H., & Al-Yassin, A. (2021). Depression and anxiety among medical students: A cross-sectional study in Iraq. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00119-4>
- Alimoradi, Z., Broström, A., Tsang, H. W. H., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). Sleep problems during COVID-19 pandemic and its association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 36, 100916. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100916>
- Alshehri, F. A., Alotaibi, B. H., & Alzahrani, A. M. (2023). Prevalence of anxiety and depression among medical interns in Saudi Arabia. *International Journal of Medical Education*, 14(1), 22–29. <https://doi.org/10.5116/ijme.63b5.2eaa>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.).
- American Psychological Association. (2023). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*.

- Arratia, J., Ticona, J., & Apaza, R. (2025). Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en internos de medicina humana en Tacna, 2022. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 17(3), 15–20.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2020). A classification system for research designs in psychology. *Anales de Psicología*, 36(2), 250–261.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*.
- Benites, L., & Ríos, C. (2020). Depresión y apoyo institucional en estudiantes de ciencias de la salud. *Ciencia y Cuidado*, 3(1), 45–51.
- Carrasco, L., & Pineda, F. (2023). *Diseños de investigación en ciencias de la salud*.
- Castro, D., & Herrera, M. (2023). Estrés y afrontamiento en estudiantes de medicina durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica Universitaria*, 12(1), 17–25.

- Chávez, L., & Huamán, E. (2022). Relación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento en internos de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(2), 95–102.
- CONCYTEC. (2022). *Guía de ética para investigaciones en seres humanos*.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Fernández, R., & Palacios, J. (2021). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina del último año. *Revista Salud y Sociedad*, 9(3), 50–60.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*.
- Gómez, J., Acevedo, R., Cano, F., De la Cruz, S., Mosquera, C., & Castillo, A. (2023). Validación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en población peruana. *Revista Peruana de Psicología y Salud Mental*, 7(1), 55–66.
- González, N., Rivera-Alvarado, B., & Díaz-Rodríguez, M. (2021). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 190–198.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2021). *Metodología de la investigación* (7.^a ed.).

- López, M. P., & Salazar, A. C. (2020). Ansiedad y afrontamiento en internos de medicina durante la crisis sanitaria. *Revista Chilena de Salud Pública*, 24(2), 85–92.
- López, M., & Quispe, J. (2022). Apoyo institucional percibido y salud mental en internos de medicina. *Revista Científica de Salud Integral*, 4(1), 77–85.
- Medina, A., & Rengifo, H. (2020). Factores asociados al estrés en internos de medicina en hospitales de Lima. *Revista de Psicología Aplicada al Cuidado de la Salud*, 6(2), 36–43.
- Medina, D., Rojas-Chang, J. A., & Carrasco, A. P. (2021). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina durante la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 43–50.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425.
- OMS. (2023). *Informe mundial sobre salud mental 2023*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia*.
- Pérez, J., & Huerta, L. (2020). Estrés académico en estudiantes de salud. *Revista de Educación Médica*, 4(1), 33–41.

- Quispe, K., & Andrade, V. (2022). Factores asociados a la ansiedad en internos de medicina. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 6(2), 77–88.
- Ramos, C., & Vidal, M. (2023). Depresión en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista Médica Andina*, 9(1), 15–22.
- Ramírez, P., & Soto, D. (2021). Validación del BDI-II en población universitaria peruana. *Revista Peruana de Psicología*, 4(2), 89–98.
- Ríos, A., & Castillo, P. (2020). Niveles de estrés y ansiedad en internos de medicina del primer nivel. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 45–52.
- Rodríguez, T., & Valdez, C. (2022). Estrategias de afrontamiento y salud mental. *Revista de Psicología Clínica*, 18(1), 27–39.
- Salinas, M., & Gutiérrez, L. (2021). Factores psicosociales y ansiedad en internos de medicina. *Revista Médica Peruana*, 5(1), 21–30.
- Torres, R., & Alarcón, E. (2023). Salud mental en profesionales de la salud jóvenes. *Revista de Investigación Médica*, 10(2), 102–113.
- Valverde, J., & Cárdenas, L. (2020). Estrés percibido y síntomas depresivos en internos. *Revista de Psicología y Salud*, 14(2), 65–74.

Anexos

Anexo 1. Matriz de Operacionalización de Variables

Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Ansiedad	Estado emocional caracterizado por sentimientos de tensión, preocupación y síntomas físicos como palpitaciones y sudoración (Beck & Steer, 1990).	Se midió mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), compuesto por 21 ítems con escala tipo Likert.	Cognitiva, Fisiológica, Afectiva	Miedo, tensión, síntomas físicos como sudoración, temblores	Ítems 1 al 21 del BAI	Ordinal
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que implica sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés y falta de energía (Beck et al., 1996).	Se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), conformado por 21 ítems con escala tipo Likert.	Afectiva, Cognitiva, Somática	Tristeza, desesperanza, falta de energía, cambios en el sueño y apetito	Ítems 1 al 21 del BDI-II	Ordinal

Anexo 2. Matriz de consistencia

Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025

Problema	Variables	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión que presentaron los internos de Medicina durante sus prácticas clínicas en un Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025?	Ansiedad Depresión	Objetivo general: Describir el nivel de ansiedad y depresión, considerando sus dimensiones cognitivas, fisiológicas y afectivas, en los internos de Medicina durante sus prácticas clínicas en un Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025. Objetivos específicos: 1. Determinar el nivel de ansiedad según dimensiones. 2. Determinar el nivel de depresión según dimensiones. 3. Identificar la prevalencia y severidad de la ansiedad. 4. Identificar la prevalencia y severidad de la depresión.	No aplica. El estudio es descriptivo, por lo que no formula hipótesis ni establece relaciones causales.	Tipo de investigación: Paradigma: Cuantitativo Aplicada. Nivel: Descriptivo. Diseño: No experimental, transversal. Población: 120 internos de Medicina. Muestra: Censal (120). Técnica: Encuesta. Instrumentos: BAI y BDI-II. Análisis: Estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias, DE).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, indique cuánto le ha molestado cada uno durante la última semana, incluyendo hoy. Marque la opción que mejor refleje su experiencia.

Escala de respuesta: 1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = Algunas veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre

0	1	2	3
Nada en absoluto	Leve	Moderado	Grave

Por favor, marque el número que considere más adecuado

Dimensión Cognitiva				
1. Entumecimiento o sensación de hormigueo	0	1	2	3
2. Sensación de calor				
3. Miedo a que ocurra lo peor				
4. Sensación de mareo o aturdimiento				
5. Incapacidad para relajarse				
6. Temblores en las piernas				
Dimensión Fisiológica				
7. Inseguridad				
8. Miedo				
9. Sensación de sofoco				
10. Latidos del corazón acelerados				
11. Inestabilidad				
12. Dificultad para respirar				
13. Nerviosismo				
14. Sensación de ahogo				
15. Sensación de pánico				
16. Temblores en las manos				
Dimensión afectiva				
17. Miedo a perder el control				
18. Rubor o escalofríos				
19. Sensación de atragantarse				
20. Miedo a morir				
21. Sensación de terror o miedo paralizante				

Muchas gracias

Baremación:

Resumen de Resultados por Dimensión

Dimensión	Puntaje Total	Nivel de Ansiedad
Cognitiva (máx. 18)		
Fisiológica (máx. 30)		
Afectiva (máx. 15)		

Interpretación del Puntaje Total

Según Beck et al. (1988), el puntaje total del BAI se interpreta así:

0–7:	Ansiedad mínima
8–15:	Ansiedad leve
16–25:	Ansiedad moderada
26–63:	Ansiedad grave

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE MEDICINA

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Esta lista contiene grupos de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada grupo y elija una afirmación en cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo hoy.

0		1	2	3			
Nada en absoluto		Leve	Moderado	Grave			
Ítem	Descripción breve	Dimensión					
1	Tristeza	Afectiva					
2	Pesimismo	Cognitiva					
3	Sensación de fracaso	Cognitiva					
4	Pérdida de placer	Afectiva					
5	Sentimientos de culpa	Cognitiva					
6	Sentimientos de castigo	Cognitiva					
7	Disconformidad con uno mismo	Cognitiva					
8	Autocrítica	Cognitiva					
9	Pensamientos suicidas	Cognitiva					
10	Llanto	Afectiva					
11	Agitación	Somática					
12	Pérdida de interés	Afectiva					
13	Indecisión	Cognitiva					
14	Desvalorización	Cognitiva					
15	Pérdida de energía	Somática					
16	Alteraciones del sueño	Somática					
17	Irritabilidad	Afectiva					
18	Cambios en el apetito	Somática					
19	Dificultad para concentrarse	Cognitiva					
20	Cansancio o fatiga	Somática					
21	Pérdida de interés en el sexo	Somática					

Resumen de Resultados por Dimensión

Dimensión	Puntaje Total	Nivel de Depresión
Cognitiva (máx. 30)		
Afectiva (máx. 15)		
Somática (máx. 18)		

Interpretación del Puntaje Total

0–13: Mínima, 14–19: Leve, 20–28: Moderada, 29–63: Grave

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel de estudio: Posgrado

Introducción:

Lo invito a participar del estudio de investigación denominado:

“Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025”

Este es un estudio desarrollado por Aldoradin Bendezú Aldo Neisser, perteneciente a la Universidad San Pedro – SEDE/FILIAL. Chimbote.

El objetivo de esta investigación es:

“Determinar la relación entre la ansiedad y la depresión en los internos de medicina durante sus prácticas clínicas Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025”

Por este motivo es necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

Metodología:

Si usted acepta participar, le informamos que se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:

le haremos dos encuestas relacionadas a la Ansiedad y depresión.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de algún resultado que se crea conveniente que usted necesite conocer.

Costos e incentivos:

Usted no realizará ningún gasto por participar de este estudio.

Confidencialidad:

Su información estará protegida ya que su participación es anónima, usaremos códigos de identificación internos los cuales mantendrán su privacidad. Si los resultados de este estudio son publicados en una revista científica, no se mostrará ningún dato que permita la identificación de su persona. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Consentimiento:

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que van a suceder si participo en el presente estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Código de Participante:

Nombre:

Fecha:

Firma del Participante



USP

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

ESCUELA DE POSGRADO

TRAMITE: 32825

"Año de la Consolidación y recuperación de la economía peruana"

Chimbote, 10 de julio del 2025.

OFICIO N° 337-2025-USP-EPG/D.

Señor

JORGE ALBERTO VILLACORTA RUIZ

Director de la Sanidad Policial

Ciudad.-

Reciba el cordial saludo de la Dirección de la Escuela de Posgrado de la Universidad San Pedro, para felicitarlo por su exitosa gestión y en esta oportunidad solicitarle el apoyo de su representada para facilitar la ejecución de la investigación titulada : "Ansiedad y depresión en internos de medicina durante sus prácticas clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N.Sáenz, 2025", a cargo del estudiante **Aldoradin BendeZú Aldo Neisser**, con código N°3015200081 e identificado con DNI N°41023844 permitiéndole aplicar instrumentos de investigación, para obtener información de estricto uso académico.

Agradecemos anticipadamente el apoyo a la investigación científica, brindándole las facilidades del caso.

Atentamente,

Dr. Oscar Cruz Cruz
Director (e) de la Escuela de Posgrado

OCC/DEPG.
vrb/sc.
cc. archivo

SOLICITO

AUTORIZACION PARA
LA APLICACIÓN DE
PROYECTO DE TESIS.
PARA LA OBTENCION
DEL GRADO DE
MAESTRO EN
MEDICINA CON
MENCION EN
FORMACION MEDICA.

**SEÑOR GENERAL SPNP JORGE ALBERTO VILLACORTA RUIZ. DIRECTOR
DE LA SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU**

SG.

Yo, CMDTE ALDORADIN BENDEZU Aldo Neisser, en
situación de Actividad, identificado con DNI N.º 41023844 y CIP N.º 355585,
actualmente prestando servicios en el área de Centro Quirúrgico del HOSPITAL
PNP Augusto B. Leguía, domiciliada en Victor Raúl Haya de la Torre Mz Q It 6
Independencia, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo mi deseo de solicitar la AUTORIZACION
PARA LA APLICACION DE MI PROYECTO DE TESIS, denominado,
"ANSIEDAD Y DEPRESION EN INTERNOS DE MEDICINA DURANTE SUS
PRACTICAS CLINICAS EN EL HOSPITAL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N.
SAENZ, 2025", realizado para la obtención del grado de Maestro en Medicina
con mención en Formación Medica realizado por la Universidad San Pedro.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a Ud., Señor General S PNP a fin de que se digne
a disponer a quien corresponda se me otorgue la AUTORIZACION PARA LA
APLICACIÓN del presente PROYECTO DE TESIS en mención.

Lima, 26 de septiembre del 2025.


CIP N.º - 355585
ALDORADIN BENDEZU Aldo N.
CMDTE S PNP

POLICIA NACIONAL DEL PERU
HOSPITAL PNP AUGUSTO B. LEGUIA
CENTRO QUIRURGICO

Fecha: 26/9/25 Hora: 11:54
Firma: Flores

Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJO DEL
ESTUDIANTE



FUENTES PRIMARIAS



Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

< 1%



dspace.ups.edu.ec

Fuente de Internet

< 1%



www.researchgate.net

Fuente de Internet

< 1%



repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

< 1%



hdl.handle.net

Fuente de Internet

< 1%



repositorio.usanpedro.edu.pe

Fuente de Internet

< 1%



alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

< 1%



biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co

Fuente de Internet

< 1%



www.coursehero.com

Fuente de Internet

< 1%



eprints.ucm.es

Fuente de Internet

< 1%



www.dspace.uce.edu.ec

Fuente de Internet

< 1%

intellectum.unisabana.edu.co:8080

Fuente de Internet

< 1%

		
	issuu.com Fuente de Internet	< 1 %
	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	< 1 %
	ri.ufg.edu.sv Fuente de Internet	< 1 %
	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	< 1 %
	dspace.umh.es Fuente de Internet	< 1 %
	fddocuments.ec Fuente de Internet	< 1 %
	www.grafiati.com Fuente de Internet	< 1 %
	core.ac.uk Fuente de Internet	< 1 %
	ru.dgb.unam.mx Fuente de Internet	< 1 %
	Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO Trabajo del estudiante	< 1 %
	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
	Submitted to Uniminuto Virtual Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to Universidad Tecnológica del Peru Trabajo del estudiante	< 1 %
	es.scribd.com Fuente de Internet	< 1 %

		
	pesquisa.teste.bvsalud.org Fuente de Internet	< 1 %
	www.scribd.com Fuente de Internet	< 1 %
	Submitted to Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Trabajo del estudiante	< 1 %
	intellectum.unisabana.edu.co Fuente de Internet	< 1 %
	worldwidescience.org Fuente de Internet	< 1 %
	Submitted to Instituto Politecnico Nacional Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	< 1 %
	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
	Submitted to Universidad TecMilenio Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to Universidad de Córdoba Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to consultoriadeserviciosformativos Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	< 1 %
	Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León Trabajo del estudiante	< 1 %



Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

< 1 %



cdigital.uv.mx

Fuente de Internet

< 1 %



html.rincondelvago.com

Fuente de Internet

< 1 %



repositorio.umsa.bo

Fuente de Internet

< 1 %



repositorio.upse.edu.ec

Fuente de Internet

< 1 %



repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %



www.uanl.mx

Fuente de Internet

< 1 %



nattyts.wordpress.com

Fuente de Internet

< 1 %



repositorio.unjfsc.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %



www.ministeriodesalud.go.cr

Fuente de Internet

< 1 %



datospdf.com

Fuente de Internet

< 1 %



fetalmedicine.org

Fuente de Internet

< 1 %



oa.upm.es

Fuente de Internet

< 1 %



repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

www.alamoc-web.org

Fuente de Internet

< 1 %

		
	www.canvis.es Fuente de Internet	< 1 %
	enfermerianotas.blogspot.com Fuente de Internet	< 1 %
	epdf.pub Fuente de Internet	< 1 %
	gredos.usal.es Fuente de Internet	< 1 %
	investigacion.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
	pmc.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	< 1 %
	repositorio.udec.cl Fuente de Internet	< 1 %
	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
	reunido.uniovi.es Fuente de Internet	< 1 %
	www.kerwa.ucr.ac.cr Fuente de Internet	< 1 %
	acvenisproh.com Fuente de Internet	< 1 %
	cunori.edu.gt Fuente de Internet	< 1 %
	repositorio.uam.es Fuente de Internet	< 1 %
	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %

		
	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
	revista.sangregorio.edu.ec Fuente de Internet	< 1%
	rodin.uca.es Fuente de Internet	< 1%
	ruja.ujaen.es Fuente de Internet	< 1%
	scielo.org.mx Fuente de Internet	< 1%
	www.ecorfan.org Fuente de Internet	< 1%
	www.oalib.com Fuente de Internet	< 1%
	www.telemadrid.es Fuente de Internet	< 1%
	archive.org Fuente de Internet	< 1%
	oldri.ues.edu.sv Fuente de Internet	< 1%

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
ALDORADÍN BENDEZÚ ALDO NEISSER		41023844	aldair_1981@hotmail.com
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2. Tipo de Documento de Investigación			
☒ Tesis	☐ Trabajo de Suficiencia Profesional	☐ Trabajo Académico	☐ Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
☐ Bachiller	☐ Título Profesional	☐ Título Segunda Especialidad	☒ Maestría ☐ Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
Ansiedad y Depresión en Internos de Medicina Durante sus Prácticas Clínicas, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, 2025			
5. Programa Académico			
Maestría en Medicina con mención en Formación Médica			
6. Tipo de Acceso al Documento			
☒ Abierto o Público ³ (info:eu-repo/semantics/openAccess)		☐ Acceso restringido ⁴ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)	
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS ⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. ⁶



Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	11	02	2026

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035. Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Números 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

Nota. - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, núm. 32.3).