

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

---

“FACTORES ASOCIADOS A BAJA AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE  
MEDICINA HUMANA DE OCHO UNIVERSIDADES DE LATINOAMERICA”

---

**Área de Investigación:**  
Salud Mental

**Autor (es):**  
Br. Vivar Balcázar, Adriana Lizbeth

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Valencia Mariñas, Hugo David

**Secretaria:** Córdova Paz Soldán, Ofelia Magdalena

**Vocal:** Espínola Lozano, Joel Hernando

**Asesor:**

Serrano García, Marco Orlando

**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-5952-0535>

**Trujillo-Perú**

**2023**

**Fecha de sustentación:** 2023/01/12

## **DEDICATORIA:**

A mis padres Mabel y Raúl, por todo el apoyo brindado para que cumpliera mis sueños, les debo todo lo logrado; a mis hermanos, Alex y Claudia por la compañía y a mí, por la perseverancia y esfuerzo impuesto.

A Barbie, te extrañaré y recordaré siempre.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mis padres y hermanos por el apoyo y amor  
incondicional.

A mis tíos, Romely y Willy; y primos: Gian, Garry,  
Romina y Aaron, por el cariño y estar siempre  
presentes.

A mis amigos, en especial a Pedro, Melisa, Gaby, que  
siempre me apoyaron cuando yo desistía.

A Diego por su amor, por siempre darme fortaleza y ser  
soporte.

Al Dr. Christian Mejía por ser un docente y amigo que  
apoyó con la investigación inicial.

A mi asesor el Dr. Marco Serrano García, por su  
confianza depositada y colaboración brindada para  
culminar esta investigación.

## **RESUMEN:**

**Objetivo:** Determinar cuáles son los factores asociados a baja autoestima en estudiantes de medicina humana de ocho universidades de Latinoamérica durante el periodo octubre 2016 – febrero 2017.

**Materiales y métodos:** Se desarrolló un estudio transversal analítico de análisis secundario datos de un estudio primario en estudiantes de medicina humana (EMH) de ocho países de Latinoamérica, se contó con 2234 EMH durante octubre 2016 – febrero 2017, que cumplían con los criterios de selección. Se utilizaron 2 instrumentos: La Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) y la Escala Autoevaluada de Depresión de Zung. Se recolectaron los datos de interés (variable dependiente fue autoestima y las variables independientes fueron factores socio - académicas, conductas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas y depresión) a partir de una base de datos obtenida de un estudio primario. Se realizaron modelos lineales generalizados para estimar razones de prevalencias (RP), usando familia Poisson, enlace log y modelos robustos.

**Resultados:** La baja autoestima estuvo presente en el 15,13% de los participantes. El análisis multivariado identificó como variables asociadas a baja autoestima el no trabajar (RPa: 0,77; IC95%: 0,60-0,98; p=0,036), país de residencia (RPa: 0,47; IC95%: 0,22-0,99; p=0,049), tener depresión moderada severa (RPa: 5,64; IC95%: 3,71-8,59; p<0,001), consumir de alcohol durante la carrera (RPa: 0,66; IC95%: 0,53-0,81; p<0,001).

**Conclusiones:** Encontramos que la baja autoestima estuvo asociada a los que no trabajan, el país de residencia, los que habían consumido alcohol alguna vez durante la carrera y los que tenían depresión moderada - severa en estudiantes de medicina humana latinoamericanos. Es así que nuestro estudio debe servir para promover la ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud mental. Tales intervenciones darían como resultado mejores resultados académicos, psicosociales y se evitaría así conductas de riesgo que podrían dañar tanto física como mentalmente a nuestros estudiantes.

**Palabras clave:** *Autoestima baja, conductas sexuales, sustancias psicoactivas, depresión, estudiantes de medicina, Latinoamérica.*

## **ABSTRACT:**

**Objective:** To determine characteristics are the factors associated with low self-esteem in human medicine students from eight Latin American universities during the period October 2016 - February 2017.

**Materials and methods:** A cross-sectional analytical study of secondary analysis will be developed; data from a primary study in students of human medicine (EMH) from eight Latin American countries, there were 2234 EMH October 2016 - February 2017, who met the criteria of selection. Two instruments were used: the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Zung Self-Assessed Depression Scale. The data of interest (dependent variable was self-esteem and the independent variables were socio-academic factors, sexual behaviors, consumption of psychoactive substances and depression) from a database obtained from a primary study. Generalized linear models were performed to estimate prevalence ratios (PR), using the Poisson family, log link, and robust models.

**Results:** Low self-esteem was present in 15.13% of the participants. The multivariate analysis identified not working (APR: 0.77; 95%CI: 0.60-0.98; p=0.036), country of residence (APR: 0.47; 95%CI: 0.22-0.99; p=0.049), having moderate-severe depression (RPa: 5.64; 95% CI: 3.71-8.59; p<0.001), consuming alcohol during the race (RPa: 0.66, 95%CI: 0.53-0.81, p<0.001).

**Conclusions:** We found that low self-esteem was associated with those who do not work the country of residence, those who had used drugs at some time during their studies, and those who had moderate depression - several in Latin American human medicine students. Thus, our study should serve to promote the execution of mental health prevention and promotion programs. Such an explosion would result in better academic and psychosocial results, thus avoiding risky behaviors that could harm both physically and mentally our students.

**Keywords:** *Low self-esteem, sexual behaviors, psychoactive substances, depression, medical students, Latin America.*

## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>DEDICATORIA:</b> .....                         | <b>3</b>  |
| <b>RESUMEN:</b> .....                             | <b>5</b>  |
| <b>ÍNDICE:</b> .....                              | <b>7</b>  |
| <b>I. INTRODUCCIÓN:</b> .....                     | <b>8</b>  |
| <b>ENUNCIADO DEL PROBLEMA:</b> .....              | <b>16</b> |
| <b>OBJETIVOS:</b> .....                           | <b>16</b> |
| <b>HIPÓTESIS:</b> .....                           | <b>17</b> |
| <b>II. MATERIAL Y MÉTODO:</b> .....               | <b>18</b> |
| <b>2.1. MATERIAL:</b> .....                       | <b>18</b> |
| <b>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</b> .....       | <b>19</b> |
| <b>MUESTRA Y MUESTREO:</b> .....                  | <b>20</b> |
| <b>OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:</b> ..... | <b>21</b> |
| <b>2.2. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS</b> .....       | <b>24</b> |
| <b>PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:</b> .....           | <b>25</b> |
| <b>ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:</b> .....             | <b>25</b> |
| <b>ESTADÍSTICA ANALÍTICA:</b> .....               | <b>25</b> |
| <b>LIMITACIONES:</b> .....                        | <b>26</b> |
| <b>III. RESULTADOS:</b> .....                     | <b>26</b> |
| <b>IV. DISCUSIÓN:</b> .....                       | <b>40</b> |
| <b>V. CONCLUSIONES:</b> .....                     | <b>47</b> |
| <b>VI. RECOMENDACIONES:</b> .....                 | <b>48</b> |
| <b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> .....     | <b>49</b> |
| <b>VIII. ANEXOS:</b> .....                        | <b>57</b> |

## I. INTRODUCCIÓN:

El propósito de este estudio fue determinar los factores que pueden estar relacionados a la baja autoestima entre estudiantes universitarios latinoamericanos, a través de 2 instrumentos: la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de depresión de Zung. Ambos instrumentos utilizados en el análisis del estudio de Mejía C. <sup>(25)</sup>, titulado Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, del cual utilizaremos la base de datos.

Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características <sup>(27)</sup>. Es la visión subjetiva general de la persona sobre su propio valor, que se relaciona con un sentimiento de aptitud personal, éxito y orgullo, o con un sentimiento de desesperación y vergüenza <sup>(1)</sup>. La persona se juzgará positiva o negativamente de acuerdo a sus comportamientos, por tanto, la autoestima tiene un papel fundamental causal en la generación de vínculos con resultados importantes de la vida <sup>(2)</sup>, las personas que experimentan disminución en su autoestima, pueden tener conductas sociales negativas, no ser interpersonalmente efectivas y mentalmente no saludables <sup>(3)</sup>.

La baja autoestima es la percepción distorsionada de nosotros mismos que nos impide reconocernos como personas valiosas, nos hace sentir inapropiados en la vida, llevando a tener elecciones erróneas, metas negativas y comportamientos destructivos <sup>(4)</sup>. Los estudiantes de medicina experimentan un elevado nivel estrés en forma de carga de trabajo académico, expectativas familiares, presión social, problemas económicos y excesivas horas de estudio. Los estudios muestran que una gran proporción de estudiantes de medicina son

infelices y tienen baja autoestima, estos a su vez son propensos a sufrir trastornos psicológicos, dudar de sí mismos y sentir una sensación de insuficiencia <sup>(4,5)</sup>.

Uno de los instrumentos más confiables es la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) fue creada por Rosenberg en 1965 para la evaluación de la autoestima en adolescentes, publicó el libro *Society and the adolescent's self-image* <sup>(27)</sup>. La escala ha sido validada en castellano, identificándose un grado de consistencia interna con un alfa de Cronbach que oscilo entre 0.76 a 0.87. según Ceballos G. en su estudio sobre “Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios” <sup>(28)</sup>. Es un test ampliamente utilizado, breve y con aceptables propiedades psicométricas. Se basa en una escala tipo Likert de 10 ítems, respondidos en una escala de cuatro puntos, desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”. Cinco ítems tienen enunciados redactados positivamente y cinco tienen enunciados redactados negativamente. Donde cada respuesta tiene una escala de puntuación de 1 a 4. De las preguntas 1 a 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1; mientras que de las preguntas 6 a 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. Todas las puntuaciones deben ser sumadas y se generará el total, donde se considera autoestima alta: 30 -40 puntos; autoestima baja: menos a 25 puntos y autoestima media entre 26-29 puntos. Esta escala se considera una herramienta cuantitativa confiable y válida para la evaluación de la autoestima, es el instrumento más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica <sup>(6)</sup>.

Diversos factores pueden estar asociados a baja autoestima en los estudiantes universitarios, estos al estar constantemente sometidos a elevados grados de estrés, exagera aún más esta condición; estudios mencionan a los factores socio académicos <sup>(7,14)</sup>, conductas sexuales

(8,11,12), consumir sustancias psicoactivas (8, 13), además de patologías psiquiátricas como la depresión y ansiedad (9,10).

Los factores socio-académicos como el sexo, la edad, estado civil, tipo de universidad, año de estudios, etc. pueden afectar el bienestar psicológico y al posterior nivel de autoestima del estudiante (7). Así mismo una autoestima baja repercute en el deficiente desempeño académico de los alumnos, es decir le lleva a tener poca motivación, ser desorganizados y no dedicar el tiempo suficiente para estudiar. (14)

Las conductas sexuales se refieren a las maneras en que los seres humanos experimentan y expresan su sexualidad (10). Dentro de esta se considera a la orientación sexual, la cual es independiente del sexo biológico o de la identidad de género; se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente (11). Se ha evidenciado disminución en la autoestima de personas no heterosexuales por el prejuicio y la discriminación que sufren (49). Por otro lado, el tener múltiples parejas sexuales, se considera puede tener resultados positivos sobre la autoestima, en cambio otros autores refutan lo anterior alegando que afecta negativamente el bienestar psicológico ocasionado baja autoestima. (8,12).

Las sustancias psicoactivas son productos que promueven cambios sensoriales, influyendo en las emociones y el nivel de conciencia de quienes las utilizan. Su estímulo puede ser diferente en cada persona, ya que, aunque orgánicamente similar, los seres humanos poseen características individuales. Además, los factores que suelen ser determinantes para el grado de estimulación sensorial son la cantidad y el tipo de drogas, además del contexto en el que se utiliza (13). Tales sustancias causan varios tipos de reacciones en el sistema nervioso, reduciendo la capacidad de enfoque, atención y razonamiento (alcohol, tranquilizantes,

heroína y otros). También pueden ser alucinógenos, alterando la realidad percibida por los sentidos (marihuana, LSD, etc). Para la gran mayoría de los estudiantes, estar en la universidad es el momento en el que se les presenta alcohol en patrones de socialización. Las presiones sociales para conformarse, las novatadas y los bajos niveles de autoestima pueden aumentar los riesgos de consumo excesivo <sup>(15)</sup>, conjuntamente con el consumo de drogas ilegales constituye un problema de salud pública ya que puede tener repercusiones a nivel biológico, psicológico y también se considera una preocupación a nivel social <sup>(12)</sup>. Dentro de los factores asociados al consumo de estas sustancias tenemos a la autoestima. Donde la autoestima alta se considera como factor protector al consumo de estas. La autoestima alta ayuda a resistir la presión del medio social para el consumo, tomar decisiones saludables y enfrentar el estrés <sup>(16)</sup>.

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo con descenso del humor, por lo que ocasiona una afectación global de la vida psíquica <sup>(17)</sup>. Es la principal causa de problemas de salud en la población en general y, más aún, en aquellos que ejercen labores que demanden mayor esfuerzo físico o mental, por ejemplo, los estudiantes universitarios, donde al menos un tercio manifiesta algún tipo de desorden psiquiátrico 1 de cada 5 ha experimentado algún grado de depresión <sup>(18)</sup>. En los estudiantes universitarios es un trastorno común que interviene significativamente con el pensamiento cognitivo, el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y autoestima <sup>(19)</sup>.

La Escala de Depresión de Zung fue creada por William W. K. Zung en el año 1965 <sup>(29)</sup>, siendo posiblemente una de las primeras escalas de depresión en validarse en España. Fue traducida y validada al castellano por Conde B. <sup>(20)</sup>. Se identificó un grado de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,85. según Campos A. en estudiantes universitarios

colombianos <sup>(21)</sup>. Es una encuesta corta de autoevaluación que consta de 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras <sup>(29)</sup>. Hay diez preguntas elaboradas en forma positiva y otras diez elaboradas en forma negativa. Cada pregunta utiliza una escala de Likert de cuatro puntos, con cuatro opciones de respuesta que van desde: 1 (muy pocas veces, muy poco tiempo, raramente. 2 algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando. 3 gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente. 4 casi siempre, casi todo el tiempo, la mayoría de veces). El rango de calificación es de 20-80. • 25-49 rango normal • 50-59 Levemente deprimido • 60-69 Moderadamente deprimido • 70 o más, Severamente deprimido<sup>(29)</sup>.

Determinadas carreras universitarias requieren más dedicación y años de estudio, como medicina, que implica mayor compromiso y responsabilidad por parte de los estudiantes, debido a la gran carga académica, aumento las horas de estudio y trabajo, disminución de horas de sueño, lo que altera los aspectos personales de la vida <sup>(22)</sup>. Estos síntomas varían desde leves hasta sentimientos de depresión muy severos llevando a experimentar muchas veces pensamientos suicidas <sup>(16)</sup>. La capacitación sobre cómo aumentar la autoestima puede ser una de las estrategias utilizadas para tratar y prevenir la depresión y la ansiedad, especialmente entre estudiantes y adultos jóvenes.

**Ketata N. et al (Africa, 2020)** determinó la prevalencia y los factores que predisponen a la baja autoestima entre estudiantes universitarios en el sur de Túnez. Fue un estudio transversal con muestra aleatoria estratificada de 8 universidades. Se evaluó la ansiedad, depresión y autoestima con la escala de Rosenberg (RSES). Entre 1071 universitarios., 759 casos (71 %) eran mujeres. Hubo 1035 solteros estadounidenses (96,5%), 246 fumadores (23%) y 140

consumidores de alcohol (13,1%). Se identificó estudiantes con baja autoestima con una prevalencia del ,5%. Vivir en una región urbana (OR = 1,7; p = 0,004), estudiar en una universidad privada (OR = 2,5; p = 0,013), trabajar y estudiar (OR = 1,6; p = 0,014) y una enfermedad crónica (OR = 2,1; p < 0,001) fueron los principales factores de riesgo de baja autoestima <sup>(23)</sup>.

**Yazdi-Feyzabad V. et al (Iran, 2019)** identificaron determinantes de prácticas sexuales de riesgo, abuso de drogas y consumo de alcohol en adolescentes en Irán. Hicieron una revisión sistemática donde las bases de datos utilizadas fueron Scopus, PubMed, Web of Science y Cochrane Library. Se revisaron meticulosamente doce estudios donde se encontró que la autoestima baja, entre otros factores, aumenta la probabilidad de múltiples parejas sexuales, abuso de drogas y consumo de alcohol en adolescentes <sup>(8)</sup>.

**Chandni H. (Pakistan, 2021)** et al, exploró la relación entre la autoestima y la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de medicina paquistanés. 273 los estudiantes participaron en este estudio. Se evaluó la ansiedad, depresión y autoestima con la escala de Rosenberg (RSES). Se encontró una relación inversamente proporcional entre el nivel de autoestima y la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés, es decir, niveles más bajos de autoestima tendieron a correlacionarse significativamente con una prevalencia más alta de ansiedad, depresión y estrés en la población estudiada <sup>(9)</sup>.

**Dat Tan Nguyen (Vietnam, 2019)** El estudio se realizó para determinar la prevalencia de baja autoestima y características sociodemográficas relacionadas con la ansiedad, la depresión, el estrés educativo y la ideación suicida en estudiantes de secundaria en Vietnam. Se empleó un diseño transversal para este estudio con la participación de 1149 estudiantes

en la ciudad de Cantho en Vietnam. Se evaluó la ansiedad y depresión a través de la escala de depresión de Zung; y autoestima con la escala de Rosenberg (RSES). Los estudiantes con baja autoestima se detectaron con una prevalencia del 19,4%. La autoestima está asociada con la ansiedad, la depresión y el estrés académico, lo que afecta significativamente la calidad de vida de los estudiantes y se vincula con la ideación suicida <sup>(10)</sup>.

**Aboalshamat, Khalid (Arabia Saudita, 2017)** El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia y la relación entre la autoestima y la depresión, la ansiedad y el estrés entre los estudiantes de medicina de Arabia Saudita. En este estudio transversal, 645 estudiantes clínicos de odontología y medicina en Jeddah, Arabia Saudita, fueron reclutados para evaluar su autoestima, depresión, ansiedad y estrés. Se evaluó la ansiedad, depresión y autoestima con la escala de Rosenberg (RSES). Se encontró una relación inversa significativa entre la autoestima y la depresión, la ansiedad y el estrés. La baja autoestima está relacionada con la depresión, la ansiedad y el estrés <sup>(24)</sup>.

Nuestra investigación es un estudio secundario de la base de datos del estudio denominado “Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, 2016-2017” cuyo autor principal, Dr. Christian Mejía Álvarez, autorizó su uso. La relevancia de estudiar la asociación entre los factores mencionados, es el potencial de prevención primaria y secundaria que se puede ejercer estas conductas. Se puede promover un programa de desarrollo de la salud mental, monitorear los factores de riesgo y brindar asistencia a los estudiantes universitarios. Al evaluar y mejorar la autoestima de los estudiantes de medicina a través de intervenciones necesarias, puede ayudarlos a adquirir mejores conocimientos y más tarde, ser médicos competentes. Esto podría permitir tener un mejor trato médico -

paciente. Además, al ser una población más grande que en los estudios previos, tendrá más relevancia en cuanto a los resultados sobre factores asociados al nivel de autoestima baja de los universitarios latinoamericanos.

## **ENUNCIADO DEL PROBLEMA:**

¿Los factores socio-académicos, conductas sexuales, consumos de sustancias psicoactivas y depresión están asociados a autoestima baja en estudiantes de medicina humana de 8 universidades de Latinoamérica durante el periodo entre octubre 2016 – febrero 2017?

## **OBJETIVOS:**

### **Generales:**

Determinar si los factores socio-académicos, conductas sexuales, consumos de sustancias psicoactivas y depresión están asociados a autoestima baja en estudiantes de medicina humana de 8 universidades de Latinoamérica durante el periodo entre octubre 2016 – febrero 2017.

### **Específicos:**

- Identificar los factores socio-académicos asociados a baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.
- Identificar las conductas sexuales asociadas a baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.
- Identificar sustancias psicoactivas asociadas a baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.
- Determinar si la depresión está asociada a baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.

## **HIPÓTESIS:**

**Ha:** Los factores sociales, académicos, conductas sexuales, consumos de sustancias psicoactivas y depresión sí están asociados a autoestima baja en estudiantes de medicina humana de 8 universidades de Latinoamérica.

**Ho:** Los factores socio académicos, conductas sexuales, consumos de sustancias psicoactivas y depresión no están asociados a autoestima baja en estudiantes de medicina humana de 8 universidades de Latinoamérica.

## II. MATERIAL Y MÉTODO:

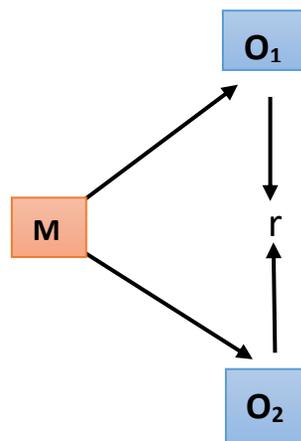
### II.1. Materiales:

El estudio primario fue un estudio observacional, analítico, de corte transversal tipo multicéntrico, en el que se aplicó una encuesta de recolección de datos, en estudiantes de medicina de ocho países de América Latina, en una universidad de cada uno de los siguientes países: Argentina, Panamá, Perú, Bolivia, Chile, Ecuador y Honduras; y dos universidades en Colombia. La población estuvo conformada por 2649 estudiantes de medicina humana de diversas facultades latinoamericanas. Donde se estudió el síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de medicina latinoamericanos durante el periodo de estudio 2016-2017 <sup>(25)</sup>.

#### Tipo de estudio:

El presente estudio sigue un diseño observacional analítico transversal de análisis de datos secundarios <sup>(25)</sup>.

#### Diseño gráfico:



En donde “M” es la muestra, O1 es la autoestima baja y O2 representa el conjunto de factores asociados (socio-académicos, conductas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas y depresión) y “r” es la asociación entre estas variables.

## **POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

### **Población universo:**

En este estudio la población universo, estuvo constituida por los estudiantes de medicina latinoamericanos.

### **Población de estudio:**

La población de estudio, correspondió a estudiantes de diversas facultades de medicina humana de 8 países latinoamericanos: Panamá, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras y Perú; en el periodo comprendido entre octubre 2016 – febrero 2017, incluidos en el estudio primario.

### **Criterios de selección de base de datos**

- Los criterios de inclusión de la investigación primaria fueron estudiantes de medicina Latinoamericanos matriculados en los años académicos 2016 y 2017 que brindaron consentimiento verbal para formar parte del estudio.
- Los criterios de exclusión de la investigación primaria fueron aquellos que se encontraban en el internado médico y las encuestas incompletas, con respuestas incoherentes o en patrones repetitivos.

### **Criterios de selección del estudio**

- El presente trabajo se incluyó estudiantes de medicina de Latinoamérica que hayan participado en estudio primario.
- El presente trabajo se incluyó encuestas con información completa para las variables de interés (autoestima, factores socio-académicos, conductas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas y depresión).

### **MUESTRA Y MUESTREO:**

#### **Unidad de Muestreo:**

Estuvo conformada por estudiantes de medicina humana de Latinoamérica durante el periodo de estudio y que hayan cumplido con los criterios de inclusión y exclusión de la base de datos proporcionada.

#### **Unidad de Análisis:**

Estudiantes en el periodo de estudio según la base de datos proporcionada.

**Técnica de muestreo:** No probabilístico por conveniencia

#### **Potencia estadística:**

La potencia estadística de la muestra para el presente análisis fue de 100%. Este resultado se halló considerando la muestra de 2234 participantes, una frecuencia esperada de 19.4% según el estudio de Nguyen y col <sup>(10)</sup>, una frecuencia encontrada de 15.13%, y un nivel de confianza de 95%. Se realizó el cálculo usando el software Stata 17.0 (**figura 1**)

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

| VARIABLES                | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | NATURALEZA   | ESCALA  | REGISTRO   |
|--------------------------|--|--------------|---------|--|
| VAR. DEPENDIENTE         |  |              |         |  |
| <b>Autoestima</b>        | Según la escala de autoestima de Rosenberg. Siendo autoestima alta: 30 -40 puntos; autoestima baja: menos a 25 puntos y autoestima media entre 26-29 puntos <sup>(6)</sup> . | Cualitativa  | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja: &lt;25 puntos</li> <li>• Medio-Alta: ≥25 puntos</li> </ul>  |
| VAR. INDEPENDIENTES      |  |              |         |  |
| FACTORES SOCIOACADEMICOS |  |              |         |  |
| <b>Género</b>            | Caracteres biológicos y fisiológicos que diferencian a hombres y mujeres.  | Cualitativa  | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>  |
| <b>Edad</b>              | Tiempo de años cumplidos desde su nacimiento.  | Cuantitativa | Razón   | Años   |
| <b>Estado civil</b>      | Relación legal de familia por su parentesco o matrimonio.  | Cualitativa  | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• No solteros</li> </ul>   |
| <b>País</b>              | País de residencia.  | Cualitativa  | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panamá</li> <li>• Argentina</li> <li>• Bolivia</li> <li>• Chile</li> <li>• Colombia</li> <li>• Ecuador</li> <li>• Honduras</li> <li>• Perú</li> </ul> |

|   |  |             |         |  |
|---|--|-------------|---------|--|
| <b>Naturaleza de universidad</b>          | Si la universidad es del gobierno o es de un ente privado.   | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pública</li> <li>• Privada</li> </ul>   |
| <b>Categoría curricular</b>               | Categoría curricular que cursaba.  | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciencias básicas</li> <li>• Ciencias clínicas</li> </ul>  |
| <b>Condición laboral</b>                  | Información acerca de su situación laboral.  | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabaja</li> <li>• No trabaja</li> </ul>  |
| <b>CONDUCTAS SEXUALES</b>                 |  |             |         |  |
| <b>Orientación sexual</b>                 | Según OMS. Atracción hacía otra persona en el plano emotivo, romántico, sexual, de un género diferente al suyo, o de su mismo género; entre las cuales incluyen heterosexual, homosexual, lesbiana, bisexual y asexual <sup>(26)</sup> | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heterosexual</li> <li>• No Heterosexual</li> </ul>  |
| <b>Múltiple Parejas sexuales</b>          | Los participantes se dividieron en dos grupos, según el número informado de parejas sexuales. Donde se considera múltiples parejas sexuales desde 5 parejas sexuales a lo largo de la vida <sup>(12)</sup> .                           | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí: <math>\geq 5</math> parejas sexuales</li> <li>• No: <math>&lt; 5</math> parejas sexuales</li> </ul> |
| <b>CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b> |  |             |         |  |
| <b>Consumo de alcohol</b>                 | Haber tomado alguna bebida alcohólica por lo   | Cualitativa | Nominal | Sí/No  |

|                             |   |             |         |  |
|-----------------------------|---|-------------|---------|--|
|                             | menos una vez durante la carrera  |             |         |  |
| <b>Consumo de marihuana</b> | Haber consumido marihuana en cualquiera de sus formas por lo menos una vez durante la carrera.  | Cualitativa | Nominal | Sí/No  |
| <b>Consumo de cocaína</b>   | Haber consumido cocaína por lo menos una vez durante la carrera.  | Cualitativa | Nominal | Sí/No  |
| <b>DEPRESIÓN</b>            |   |             |         |  |
| <b>Depresión</b>            | Según la escala de autoevaluación para la depresión de Zung. El rango de calificación: 25-49 rango normal; 50-59 Levemente deprimido; 60-69 Moderadamente deprimido; 70 o más, Severamente deprimido, (29). | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal o leve depresión: 25 a 59 puntos</li> <li>• Moderado o severo depresión : <math>\geq 60</math> puntos</li> </ul> |

## 2.1. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

Se realizó un análisis secundario de una base de datos previa. Con autorización del autor de la investigación primaria, el Dr. Christian Mejía Álvarez (ANEXO N° 2). El estudio primario se tituló: “Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, 2016-2017”. Donde se determinó el puntaje en las dimensiones del Síndrome de Burnout (SB) y factores asociados en los estudiantes de medicina de ocho países de América Latina <sup>(25)</sup>

La recolección de la base datos del estudio primario se hizo de la siguiente manera: Se coordinó por el autor principal de la base de datos, donde a su vez también se tuvo el aporte de varios autores e investigadores de cada país de estudio. Los datos fueron recopilados durante el periodo de octubre 2016 – febrero 2017 por estudiantes de medicina de Latinoamérica pertenecientes a las diversas sociedades científicas de la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (FELSOCEM). La selección de las escuelas de medicina se determinó sobre la base de aquellas donde funcionaba una Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina (SOCEM), integrante de la FELSOCEM. Luego, se conformó un equipo local por cada sede de estudio, donde un estudiante de medicina realizó la función de coordinador principal y otros dos estudiantes como mínimo eran colaboradores. Luego de que se obtuvo la aprobación para ejecutar el estudio en cada sede, se recolectaron los datos durante el inicio o al finalizar las clases de un curso académico impartido en espacios universitarios. El equipo de trabajo de cada sede explicó la finalidad de la investigación, solicitó el consentimiento verbal y luego distribuyó la encuesta aleatoriamente en los estudiantes de cada año de estudios, según el tamaño de la muestra obtenido para dicho

año académico. La encuesta fue auto aplicada y duró aproximadamente 15 minutos. Finalmente, se realizó el control de calidad y el ingreso de los datos en una hoja de recolección de datos en el programa Microsoft Excel 2016 donde se generó la base de datos unificada. A partir de esta base de datos primaria, se filtraron las variables necesarias para esta investigación, posterior a lo cual se realizó un control de calidad y finalmente se utilizó el paquete estadístico Stata versión 16.

También se tuvo a disposición la ficha de recolección de datos del estudio primario la cual se modificó mostrando nuestras variables de interés (ANEXO N° 3). El procesamiento de la data se empleó el software estadístico Stata 16, juntamente con Microsoft Excel 2015 para la elaboración de las tablas.

### **1.1. Plan de análisis de datos**

Para el procesamiento de los datos se vació las fichas de recolección de datos en una hoja de Excel y se usó el software Stata versión 16 para su análisis.

**a. Estadística descriptiva:** Los resultados se presentaron en tablas. Para las variables categóricas se usó frecuencias absolutas, porcentuales y los gráficos de barras. Para las variables cuantitativas se representó en medidas de tendencia central (media y mediana); y medidas de dispersión (desviación estándar o rangos intercuartílicos).

**b. Estadística analítica:** En el análisis de asociación se utilizó la prueba de hipótesis de chi cuadrado. Luego, se procedió a realizar el análisis bivariado y multivariado, utilizando modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log y modelos para varianzas robustas). Con esto se obtuvo

las razones de prevalencia, los intervalos de confianza al 95% (IC95%) y los valores p. Se consideró como estadísticamente significativo las asociaciones con un valor  $p < 0,05$ .

## **1.2. Aspectos éticos**

Este estudio cuenta con la autorización de uso de datos del grupo de investigación primario. La base de datos estuvo de-identificada y se protegió la información personal según la declaración de Helsinki. Los resultados del estudio se utilizarán únicamente para fines académicos e investigaciones <sup>(30)</sup>.

### **1.3 Limitaciones:**

Las principales limitaciones de nuestro estudio son debidas a la propia naturaleza de la metodología y diseño. Es decir, que, al ser un estudio secundario, el análisis se restringe a las variables de la base de datos proporcionada. Además, por ser un estudio transversal, no se puede inferir causalidad.

Hubo dificultad en la obtención de información que se amolden a nuestro enfoque, esto por la escasez de estudios o investigaciones específicas sobre la baja autoestima como variable.

Esto presenta la limitación de sesgo de selección, sumado a que se contó con un muestreo no probabilístico. Sin embargo, por el tamaño de muestra, se espera que sea representativo de la población objetivo.

Se prefirió usar análisis de datos por la facilidad de recolección de datos, ya que precisó menos tiempo y recursos, también facilita el acceso a mayor cantidad de datos de diversos paises de latino américa.

### III. RESULTADOS

Se analizó datos de 2234 estudiantes de medicina humana de ocho universidades de Latinoamérica que cumplían con los criterios de selección para este estudio (**figura 2**). El 59,5% (1330) eran mujeres, la mediana de edades fue 22 años (rango intercuartílico: 21-24 años), el 95,0% (2123) eran solteros, el 86,4% (1930) no trabaja, el 67,3% (1503) estudiaba en una universidad privada, el 24,9% (1457) estaban cursando ciencias básicas y el 25,8% (576) residían en Colombia. La prevalencia de autoestima baja en los estudiantes de medicina humana latinoamericanos fue 15,13% (338). Detalles en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Características socio académicas de los estudiantes de medicina en ocho países de Latinoamérica.

| <b>Característica</b>           | <b>n</b>       | <b>%</b> |
|---------------------------------|----------------|----------|
| <b>Sexo</b>                     |                |          |
| Masculino                       | 904            | 40,5%    |
| Femenino                        | 1330           | 59,5%    |
| <b>Edad (Años cumplidos)</b>    |                |          |
| Media $\pm$ desviación estándar | 22,5 $\pm$ 2,4 |          |
| <b>Estado civil</b>             |                |          |
| Solteros                        | 2123           | 95,0%    |
| No solteros                     | 111            | 5,0%     |
| <b>Situación laboral</b>        |                |          |
| Trabaja                         | 304            | 13,6%    |
| No trabaja                      | 1930           | 86,4%    |

---

| <b>Tipo de universidad</b>  |      |       |
|-----------------------------|------|-------|
| Pública                     | 731  | 32,7% |
| Privada                     | 1503 | 67,3% |
| <b>Categoría curricular</b> |      |       |
| Ciencias básicas            | 1459 | 65,3% |
| Ciencias clínicas           | 775  | 34,6% |
| <b>País de residencia</b>   |      |       |
| Panamá                      | 326  | 14,6% |
| Argentina                   | 344  | 15,4% |
| Bolivia                     | 275  | 12,3% |
| Chile                       | 218  | 9,8%  |
| Colombia                    | 576  | 25,8% |
| Ecuador                     | 302  | 13,5% |
| Honduras                    | 108  | 4,8%  |
| Perú                        | 85   | 3,8%  |

---

El 94,0% (2099) mencionó que era heterosexual, la mediana del número de parejas sexuales fue de 1 (rango intercuartílico: 0-2 parejas), el 82,5% (1842) tenía depresión normal o leve, el 75,9% (1695) consumió alcohol durante la carrera, el 21,5% (481) consumió marihuana y el 2,6% (59) cocaína durante la carrera. Se muestran los detalles en la **Tabla 2**.

**Tabla 2.** Características sexuales, del consumo de drogas y depresión entre los estudiantes de medicina en ocho países de Latinoamérica.

| Variables                           | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| <b>Orientación sexual</b>           |            |            |
| Heterosexual                        | 2099       | 94,0%      |
| No Heterosexual                     | 135        | 6%         |
| <b>Cantidad de parejas sexuales</b> |            |            |
| Mediana y rango intercuartílico     | 1          | 0-2        |
| <b>Depresión</b>                    |            |            |
| Normal o leve                       | 1842       | 82,5%      |
| Moderado o severo                   | 392        | 17,5%      |
| <b>Consumo de alcohol *</b>         |            |            |
| No                                  | 539        | 24,1%      |
| Sí                                  | 1695       | 75,9%      |
| <b>Consumo de marihuana*</b>        |            |            |
| No                                  | 1753       | 78,5%      |
| Sí                                  | 481        | 21,5%      |
| <b>Consumo de cocaína*</b>          |            |            |
| No                                  | 2175       | 97,4%      |
| Sí                                  | 59         | 2,6%       |

\* Autorreporte de consumo durante la carrera

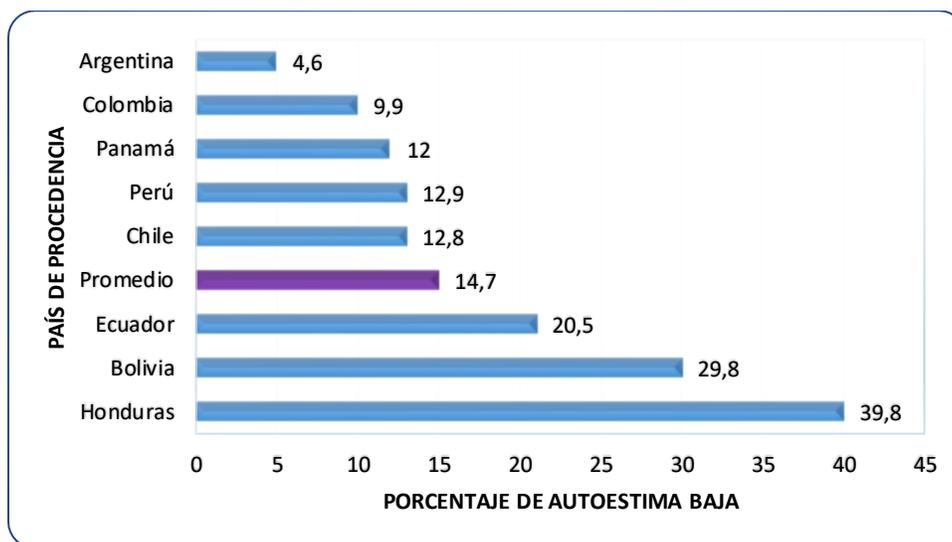
Para las preguntas de autoestima, el 28% estaban de acuerdo con que no tienen mucho por lo que se sientan orgullosos y que les gustaría sentir más respeto por ellos mismos. Además, el 36% estuvo muy de acuerdo con que pensaban que a veces no son buena persona. Según la agrupación de la autoestima, el 65,1% (1455) tenía un nivel alto, el 19,8% (441) un nivel medio y el 15,1% (338) nivel bajo. **Tabla 3**

**Tabla 3.** Porcentajes de la autoestima que tenían los estudiantes de medicina en ocho países de Latinoamérica.

| <b>Preguntas de autoestima</b>   | <b>Muy de acuerdo</b> | <b>De acuerdo</b> | <b>En desacuerdo</b> | <b>Muy en desacuerdo</b> |
|--|-----------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | 68%                   | 26%               | 3%                   | 3%                       |
| Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.                                     | 60%                   | 35%               | 3%                   | 2%                       |
| Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.                   | 58%                   | 33%               | 6%                   | 3%                       |
| Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.   | 48%                   | 39%               | 10%                  | 3%                       |
| En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.   | 43%                   | 39%               | 14%                  | 4%                       |
| Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.                               | 28%                   | 36%               | 20%                  | 16%                      |
| En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.                              | 47%                   | 31%               | 15%                  | 7%                       |
| Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.                                   | 28%                   | 24%               | 30%                  | 18%                      |
| Hay veces que realmente pienso que soy inútil.                                       | 44%                   | 28%               | 20%                  | 8%                       |
| A veces creo que no soy buena persona.   | 36%                   | 28%               | 23%                  | 13%                      |

Los países que tuvieron peores cifras de autoestima fueron Honduras (39,8%), Bolivia (29,8%) y Ecuador (20,5%), en cambio, los países con mejores niveles de autoestima fueron Argentina (4,6%), Colombia (9,9%) y Panamá (12%). **Figura 3**

**Figura 3.** Porcentajes de baja autoestima que tenían los estudiantes de medicina en ocho países de Latinoamérica.



En el análisis de asociación se encontró que hubo asociación entre autoestima según el estado civil (valor  $p=0,012$ ), según condición laboral (valor  $p<0,001$ ), el tipo de universidad (valor  $p=0,007$ ), según el país de residencia (valor  $p<0,001$ ), el tener múltiples parejas sexuales (valor  $p=0,015$ ), el tener depresión (valor  $p<0,001$ ) y el haber consumido alcohol durante la carrera (valor  $p<0,001$ ). **Tabla 4**

**Tabla 4.** Análisis de los factores asociados a la autoestima entre los estudiantes de medicina en ocho países de Latinoamérica.

| Variables                      | Autoestima            |               | Valor p          |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|------------------|
|                                | Media - alta<br>N (%) | Baja<br>N (%) |                  |
| <b>Sexo</b>                    |                       |               | 0.098            |
| Masculino                      | 781 (86,4)            | 123 (13,6)    |                  |
| Femenino                       | 1115 (83,8)           | 215 (16,2)    |                  |
| <b>Edad (años cumplidos) *</b> | 22 (21-24)            | 22 (21-24)    | 0.205            |
| <b>Estado civil</b>            |                       |               | <b>0.012</b>     |
| No solteros                    | 85 (76,6)             | 26 (23,4)     |                  |
| Solteros                       | 1811 (85,3)           | 312 (14,7)    |                  |
| <b>Condición laboral</b>       |                       |               | <b>&lt;0.001</b> |
| Trabaja                        | 236 (77,6)            | 68 (22,4)     |                  |
| No Trabaja                     | 1660 (86,0)           | 270 (14,0)    |                  |
| <b>Tipo de universidad</b>     |                       |               | <b>0.007</b>     |
| Pública                        | 642 (87,8)            | 89 (12,2)     |                  |
| Privada                        | 1254 (83,4)           | 249 (16,6)    |                  |
| <b>Categoría curricular</b>    |                       |               | 0.295            |
| Ciencias básicas               | 1236 (84,1)           | 223 (15,9)    |                  |

|                                   |             |            |                  |
|-----------------------------------|-------------|------------|------------------|
| Ciencias clínicas                 | 660 (87,3)  | 115 (12,7) |                  |
| <b>País de residencia</b>         |             |            | <b>&lt;0.001</b> |
| Panamá                            | 287 (88,0)  | 39 (12,0)  |                  |
| Argentina                         | 328 (95,4)  | 16 (4,6)   |                  |
| Bolivia                           | 193 (70,2)  | 82 (29,8)  |                  |
| Chile                             | 190 (87,2)  | 28 (12,8)  |                  |
| Colombia                          | 519 (90,1)  | 57 (9,9)   |                  |
| Ecuador                           | 240 (79,5)  | 62 (20,5)  |                  |
| Honduras                          | 65 (60,2)   | 43 (39,8)  |                  |
| Perú                              | 74 (87,1)   | 11 (12,9)  |                  |
| <b>Orientación sexual</b>         |             |            | 0.376            |
| Heterosexual                      | 1785 (85,0) | 314 (15,0) |                  |
| No heterosexual                   | 111 (82,2)  | 24 (17,8)  |                  |
| <b>Múltiples parejas sexuales</b> |             |            | <b>0.015</b>     |
| No                                | 1711 (84,3) | 319 (15,7) |                  |
| Si                                | 185 (90,7)  | 19 (9,3)   |                  |
| <b>Depresión</b>                  |             |            | <b>&lt;0.001</b> |
| Normal o leve                     | 1566 (85,0) | 265 (14,4) |                  |
| Moderada o severa                 | 78 (20,0)   | 314 (80,0) |                  |
| <b>Consumo de alcohol</b>         |             |            | <b>&lt;0.001</b> |
| No                                | 403 (74,8)  | 136 (25,2) |                  |
| Si                                | 1493 (88,1) | 202 (11,9) |                  |
| <b>Consumo de marihuana</b>       |             |            | 0.067            |
| No                                | 1475 (84,1) | 278 (15,9) |                  |
| Si                                | 421 (87,5)  | 60 (12,5)  |                  |
| <b>Consumo de cocaína</b>         |             |            | 0.733            |

---

|    |             |            |
|----|-------------|------------|
| No | 1845 (84,8) | 330 (15,2) |
| Si | 51 (86,4)   | 8 (13,6)   |

---

\*Variable tomadas de forma cuantitativa, se muestran la mediana y rango intercuartílico.

En el modelo bivariado se encontró que hubo asociación entre autoestima baja según el estado civil soltero (valor  $p=0,009$ ), los que no trabajan (valor  $p<0,001$ ), universidad privada (valor  $p=0,007$ ), según el residir en Argentina (valor  $p=0,001$ ), Bolivia (valor  $p<0,001$ ), Ecuador (valor  $p=0,004$ ), Honduras (valor  $p<0,001$ ), el tener múltiples parejas sexuales (valor  $p=0,020$ ), el tener depresión moderada o severa (valor  $p<0,001$ ) y el haber consumido alcohol durante la carrera (valor  $p<0,001$ ). **Tabla 5**

En el modelo multivariado se encontró que hay menores niveles de autoestima baja entre los que no trabajan (RPa: 0,77;  $p=0,036$ ), entre los que vivían en Argentina (RPa: 0,47;  $p=0,049$ ) y entre los que habían consumido alcohol durante la carrera (RPa: 0,66; IC95%: 0,53-0,81; valor  $p<0,001$ ), por el contrario, hubo mayor autoestima baja entre los que tenían depresión moderada o severa (RPa: 5,64; IC95%: 3,71-8,59; valor  $p<0,001$ ), entre los que vivían en Bolivia (RPa: 1,91; IC95%: 1,32-2,75; valor  $p=0,001$ ), Ecuador (RPa: 2,05; IC95%: 1,10-3,81; valor  $p=0,024$ ) y Honduras (RPa: 2,56; IC95%: 1,74-3,75; valor  $p<0,001$ ), ajustado por el estado civil, el tipo de universidad y si tuvo múltiples parejas sexuales. **Tabla 5**

**Tabla 5.** Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a la baja autoestima entre los estudiantes de medicina en ocho países de Latinoamérica.

| Variable                       | Bivariado |            |         | Multivariado |                  |              |
|--------------------------------|-----------|------------|---------|--------------|------------------|--------------|
|                                | RPc       | IC95%      | Valor p | RPa          | IC95%            | Valor p      |
| <b>Sexo</b>                    |           |            |         |              |                  |              |
| Masculino                      |           | Referencia |         | -            | -                |              |
| Femenino                       | 1,19      | 0,97-1,46  | 0,099   | -            | -                |              |
| <b>Edad (años cumplidos) *</b> | 0,96      | 0,92-1,01  | 0,101   | -            | -                |              |
| <b>Estado civil</b>            |           |            |         |              |                  |              |
| No solteros                    |           | Referencia |         |              | Referencia       |              |
| solteros                       | 0,63      | 0,44-0,89  | 0,009   | 0,97         | 0,65-1,44        | 0,884        |
| <b>Condición laboral</b>       |           |            |         |              |                  |              |
| Trabaja                        |           | Referencia |         |              | Referencia       |              |
| No trabaja                     | 0,63      | 0,49-0,79  | <0,001  | <b>0,77</b>  | <b>0,60-0,98</b> | <b>0,036</b> |
| <b>Tipo de Universidad</b>     |           |            |         |              |                  |              |
| Pública                        |           | Referencia |         |              | Referencia       |              |
| Privada                        | 1,36      | 1,09-1,70  | 0,007   | 1,27         | 0,66-2,46        | 0,476        |
| <b>Categoría curricular</b>    |           |            |         |              |                  |              |
| Ciencias básicas               |           | Referencia |         | -            | -                |              |
| Ciencias clínicas              | 1,07      | 0,68-1,69  | 0,759   | -            | -                |              |
| <b>País de residencia</b>      |           |            |         |              |                  |              |
| Panamá                         |           | Referencia |         |              | Referencia       |              |
| Argentina                      | 0,39      | 0,22-0,68  | 0,001   | <b>0,47</b>  | <b>0,22-0,99</b> | <b>0,049</b> |
| Bolivia                        | 2,49      | 1,76-23,52 | <0,001  | <b>1,91</b>  | <b>1,32-2,75</b> | <b>0,001</b> |

|                                   |      |            |        |             |                  |                  |
|-----------------------------------|------|------------|--------|-------------|------------------|------------------|
| Chile                             | 1,07 | 0,68-1,69  | 0,759  | 1,04        | 0,66-1,62        | 0,871            |
| Colombia                          | 0,83 | 0,56-1,21  | 0,333  | 0,80        | 0,55-1,16        | 0,238            |
| Ecuador                           | 1,72 | 1,19-2,48  | 0,004  | <b>2,05</b> | <b>1,10-3,81</b> | <b>0,024</b>     |
| Honduras                          | 3,32 | 2,29-4,84  | <0,001 | <b>2,56</b> | <b>1,74-3,75</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| Perú                              | 1,08 | 0,58-2,02  | 0,805  |             | No converge      |                  |
| <b>Orientación sexual</b>         |      |            |        |             |                  |                  |
| Heterosexual                      |      | Referencia |        |             | -                | -                |
| No heterosexual                   | 1,19 | 0,82-1,73  | 0,369  |             | -                | -                |
| <b>Múltiples parejas sexuales</b> |      |            |        |             |                  |                  |
| No                                |      | Referencia |        |             | Referencia       |                  |
| Sí                                | 0,59 | 0,38-0,92  | 0,020  | 0,93        | 0,59-1,46        | 0,743            |
| <b>Depresión</b>                  |      |            |        |             |                  |                  |
| Normal o leve                     |      | Referencia |        |             | Referencia       |                  |
| Moderada o severa                 | 5,56 | 4,46-6,93  | <0,001 | <b>5,64</b> | <b>3,71-8,59</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Consumo de alcohol</b>         |      |            |        |             |                  |                  |
| No                                |      | Referencia |        |             | Referencia       |                  |
| Sí                                | 0,47 | 0,39-0,57  | <0,001 | <b>0,66</b> | <b>0,53-0,81</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Consumo de marihuana</b>       |      |            |        |             |                  |                  |
| No                                |      | Referencia |        |             | -                | -                |
| Sí                                | 0,79 | 0,61-1,02  | 0,071  |             | -                | -                |
| <b>Consumo de cocaína</b>         |      |            |        |             |                  |                  |
| No                                |      | Referencia |        |             | -                | -                |
| Sí                                | 0,89 | 0,47-1,72  | 0,735  |             | -                | -                |

\*Variable tomadas de forma cuantitativa, se muestran la mediana y rango intercuartílico. Las razones de prevalencia crudas (RPC), las razones de prevalencia ajustadas (RPa), los intervalos de confianza al 95% (IC95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log y modelos para varianzas robustas). Para ingresar al modelo multivariado se tuvo que tener un valor  $p < 0,05$  en la estadística bivariada.

#### IV. DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que casi una sexta parte de los estudiantes de medicina latinoamericanos tenían bajo nivel de autoestima, es decir, la prevalencia en este grupo de estudiantes fue alrededor del 15,13 %. Se observó un porcentaje similar de baja autoestima en Shrestha, B. en Nepal<sup>(31)</sup>, siendo de 18,9% y Nguyen, en vietnam<sup>(10)</sup> tuvo un porcentaje de baja autoestima de 19,5%. En comparación a la prevalencia de baja autoestima entre estudiantes universitarios en general, Ketata N. en África<sup>(23)</sup>, se encontró un porcentaje menor de 10,4%. Este porcentaje mayor de baja autoestima en nuestra población de estudio puede deberse a que los estudiantes de medicina enfrentan diferentes tipos de desafíos durante los estudios, incluyen grandes cargas de trabajo, presión académica, falta de tiempo, insomnio y, a veces, limitaciones financieras.<sup>(9)(32)</sup>

En relación al test de autoestima de Rosenberg se obtuvo que casi la tercera parte de encuestados pensaban que no tienen mucho por lo que se sientan orgullosos y que les gustaría sentir más respeto por ellos mismos. Puede deberse a una desmotivación personal reforzada por el entorno que vulnera la autoestima de los universitarios. Esto causa un mayor agotamiento emocional perjudicando el desarrollo psicológico y cognitivo. Por ello, las instituciones educativas del nivel superior deben implementar programas que coadyuven al fortalecimiento de las habilidades socioafectivas, ya sean con capacitaciones, talleres o tutorías que busquen el clima propicio para que los universitarios ganen confianza, afiancen las actitudes positivas y refuercen su seguridad emocional<sup>(33)</sup>. Intervenir tempranamente es vital. Un estudio realizado en Nueva York propone que aquellos con baja autoestima pueden fomentar relaciones parasociales para sentir un movimiento hacia el yo ideal contribuyendo a la despersonalización y vulnerando aún más la toma de decisiones según una

autopercepción irreal de la persona <sup>(34)</sup>. Asimismo, el no sentirse orgullosos ni sentir más respeto por sí mismos evidencia que hay una insatisfacción con la vida y una autoestima baja <sup>(35)</sup>. Se demostró que una autoestima elevada tiene un lazo predictivo relevante de satisfacción con la vida, correlación que no cambia a pesar de diversas variantes culturales estudiadas a nivel mundial <sup>(36)</sup>.

Con respecto a los factores socio - académicos, tenemos que los estudiantes evaluados con baja autoestima tenían una edad promedio de 22 años, se evidenció predominio en el sexo femenino. Similar a Shrestha, B. <sup>(31)</sup> encontró que la edad promedio de los estudiantes fue también de 22 años, que las participantes femeninas habían sufrido una autoestima más baja que los hombres. A diferencia de Mishra <sup>(37)</sup>, India, donde mostró una mayor prevalencia de baja autoestima en hombres que en mujeres. En nuestro estudio también se encontró que los estudiantes de cursos básicos de medicina presentaron el mayor porcentaje de baja autoestima, Shrestha <sup>(31)</sup> por su lado evidenció que transición de la fase preclínica a la fase clínica puede repercutir en el nivel de autoestima disminuyéndola. La adaptación a la carga académica sumado a las horas de práctica intrahospitalaria puede alterar la rutina previa de los EMH, repercutiendo en su salud tanto física como mental. Sin embargo, ningún de estas variables fue estadísticamente significativas.

Respecto al tipo de universidad, al igual que en Ketata N. <sup>(23)</sup> se encontró el estudiar en una universidad privada es factor asociado a baja autoestima. Similar a Loli J. <sup>(38)</sup> donde encontró que hay predominio de la autoestima baja tanto universidad privada como pública. Esto se puede deber a que la educación privada tiende a ser costosa, por lo cual el entorno del estudiante se puede privar de condiciones para cumplir con los pagos. Esto aumentaría

la presión social del estudiante pudiendo afectar la salud psicológica, llevando a presentar autoestima baja. Sin embargo, ninguna de estas variables fue estadísticamente significativa.

El residir en algún país mostró diferencias, tuvieron mejor autoestima los que residían en Argentina, y países como Honduras o Bolivia tenían peor autoestima, lo que nos muestra que se debe evaluar cada contexto o entorno, los hábitos individuales, el estilo de vida y otros factores sociales, económicos, y políticos <sup>(39,40)</sup>. Se han encontrado que hay estas diferencias entre otras poblaciones evaluadas, por lo que, cada institución y país debe hacer sus propias evaluaciones de los determinantes de la salud. Por ejemplo, D Agostino, en México, menciona que es bien sabido que los argentinos se le adjudica fama de agrandados, cancheros y algo creídos, estos están satisfechos con su imagen personal lo que les lleva tener una autoestima elevada. Un estudio finlandés encontró asociación entre el bajo nivel educativo y la pobreza con mayor posibilidad de desarrollar alteraciones mentales <sup>(41)</sup>. Una investigación chilena recomienda abordar las necesidades locales desde un enfoque biológico, psicológico y social. La implementación de programas de salud mental en la atención primaria se verá influenciada negativamente por la mala gestión y pobre productividad de las autoridades. Mientras que los países desarrollados tendrán una respuesta eficaz ante las necesidades de su población y podrán aumentar o mejorar la distribución de recursos humanos y económicos como inversión en los determinantes de la salud <sup>(42,43)</sup>. Es más, la autoestima puede verse influenciada por las creencias religiosas y la espiritualidad que ésta les brinda para formar los valores y seguridad al encontrar el propósito de la existencia individual que contribuirá al bienestar emocional de las personas <sup>(45)</sup>.

Aquellos estudiantes que no trabajaban tenían una peor autoestima, a comparación con los que trabajaban. Esto también se observó en Dueñas S <sup>(48)</sup> donde se concluyó que los estudiantes con dependencia económica no se sienten autónomos ya que la posibilidad de independencia económica es aún lejano por ello puede existir un grado de desestabilización emocional que contribuiría a una baja autoestima. En contraste con Seijas-Solano <sup>(44)</sup> y Riquelme A <sup>(45)</sup>, que han llegado a evidenciar que los que trabajan tienen más problemas en la esfera mental que los que aún no lo hacen, como el estrés laboral que aumenta ante malas condiciones laborales y deficiente organización empresarial lo que repercute negativamente en la integridad de la persona, familia y sociedad. Esto podría deberse a que los que trabajan tienen otras responsabilidades, pueden padecer de estrés por sobrecarga en el trabajo, acoso y problemas laborales relacionados; así como el proceso de ser independiente. Un estudio italiano demostró que la angustia en el trabajo también genera hostilidad en la atención y disminución de una adecuada autopercepción complicando también el avance profesional con un desgaste emocional <sup>(46)</sup>. En América Latina es muy frecuente los casos de Burnout que trae otras alteraciones emocionales como la despersonalización, pensamientos negativos como el suicidio, y aparición de comorbilidades con una baja autoestima cuando los estudiantes culminan sus estudios y ejercen sus especialidades <sup>(47)</sup>.

Por otro lado, en cuanto a las conductas sexuales, en nuestro estudio la orientación sexual no se asoció significativamente a baja autoestima. A comparación de Ceballos G el al. <sup>(49)</sup>, donde la baja autoestima fue significativamente más frecuente en estudiantes universitarios no heterosexuales. Es posible que el deterioro en la autoestima de personas no heterosexuales se relacione con el estigma, el prejuicio y la discriminación. Según Costa.

et al <sup>(50)</sup>, la autoestima reducida puede ser un indicador de homofobia internalizada o endohemofobia en algunas personas LGB.

Además, tener múltiples parejas sexuales si se asoció a baja autoestima en el análisis bivariado mas no en el multivariado. Al igual que Yazdi-Feyzabad V. et al <sup>(8)</sup>, que determinó que la autoestima baja aumenta la probabilidad de múltiples parejas sexuales. Similar a David P. Schmitt y Peter K. Jonason <sup>(51)</sup> donde la autoestima de los hombres se relacionó positivamente con el mayor número de parejas sexuales anteriores. Se basaron de su estudio en la teoría del sociómetro de la autoestima en donde la capacidad de los hombres para transmitir sus genes depende en gran medida de tener una gran cantidad de parejas sexuales, mientras que el éxito de las mujeres para transmitir sus genes se basa en tener parejas sexuales de mayor calidad que invertirán en la descendencia.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, los que han consumido alcohol alguna vez durante la carrera tenían mejor autoestima. Al igual que Yazdi-Feyzabad V. donde determinó que la autoestima baja aumenta la probabilidad de abuso de drogas y consumo de alcohol. <sup>(8)</sup> Esto podría deberse a que, estas personas suelen tener un entorno más social, que los lleva a generar mejores relaciones, hecho que apoya Blank M., realizado en estudiantes universitarios de Nueva Zelanda donde resultó que una mayor autoestima estaba muy asociada al consumo en exceso de alcohol para el género masculino <sup>(52)</sup>. Sin embargo, también podría ser que el alcohol y otras similares puedan estar camuflando una baja autoestima. En contraste, Nadaleti N., encontró que las mujeres con mayor consumo alcohólico tienen una menor autoestima, mayor carga laboral e inseguridad emocional <sup>(53)</sup>.

Esto predispone a que el individuo sea partícipe de otras propuestas negativas, como sumar el consumo de tabaco y drogas o de participar en conductas de riesgo que pueden comprometen la integridad física y sexual de muchos estudiantes <sup>(8,54)</sup>.

Los universitarios que tuvieron depresión fueron los que presentaron más baja autoestima. esto es esperado, y ha sido mostrado en múltiples estudios. Aboalshamat. et al <sup>(24)</sup> en Arabia Saudita, evidenció que existe una fuerte relación entre la autoestima y los síntomas depresivos experimentados por los estudiantes de educación superior. Chandni <sup>(9)</sup> por su parte en su estudio encontró una relación inversa significativa entre autoestima y depresión. Similar a Dat Tan Nguyen <sup>(10)</sup> donde detectó una asociación entre baja autoestima y aumento de ansiedad, depresión e ideación suicida. Se sabe que la depresión influye mucho en cómo se ve uno mismo, en cuánto se aprecia y cómo ve su entorno; dificultando el autorreconocimiento asertivo del ánimo individual y del manejo adecuado de las emociones que puede llegar a tomar medidas autolesivas. Lo anterior, convierte a la depresión en un factor adverso para la desestabilización de la salud emocional de los estudiantes conllevando a una afectación personal, académica y desempeño laboral futuro <sup>(55)</sup>.

Se ha planteado la posibilidad de promover cambios de estilos de vida con regímenes saludables que ayuden a mermar la clínica depresiva y sus efectos adverso; mediante la implementación de planes que contengan charlas grupales, tecnologías de la información y el seguimiento de profesionales de la salud mental o no mental que tengan los conocimientos necesarios para tal rol <sup>(56)</sup>. Estas intervenciones también podrían ser favorables en las universidades latinoamericanas.

Los estudiantes deben ser conscientes y dar importancia a cuidar su propia salud mental, utilizando las instalaciones disponibles en el campus para este fin. Además de esto, se pueden recomendar intervenciones muy simples y factibles para mejorar el trastorno emocional y la autoestima, como actividad física regular. Tales intervenciones darían como resultado mejores resultados académicos, psicosociales y se evitaría así conductas de riesgo que podrían dañar tanto física como mentalmente a nuestros estudiantes.

Los hallazgos de este estudio aportan evidencia a la literatura limitada sobre el estado de la baja autoestima en estudiantes de medicina Latinoamericanos. Nuestros hallazgos proporcionan estimaciones de los niveles de autoestima y conductas de riesgo de nuestros futuros médicos. El estudio utilizó herramientas de detección estándar bien conocidas, es decir, RSES, para evaluar la autoestima y midió su diferencia entre varias variables. Al ser un estudio transversal, no se encuentra causa-efecto. El muestreo fue no probabilístico por lo que puede no ser representativo de la población objetivo. Sin embargo, por el tamaño de muestra y la potencia estadística, creemos que puede llegar a ser representativo. Por ser un estudio multicéntrico, explora de manera global una parte de la salud mental del estudiante de medicina. Se prefirió usar análisis de datos secundarios por la facilidad de recolección de datos, ya que precisó menos tiempo y recursos, también facilitó el acceso mayor cantidad de datos que no se hubiera podido reunir en un periodo corto de tiempo.

Las limitaciones de nuestro estudio fueron que no se puede extrapolar a todos los países de Latinoamérica, ya que solo se contó con la información de estudiantes en ocho países, sin embargo, al ser una gran población de distintos lugares nos puede dar una primera idea de cómo se podría estar comportando esta realidad.

## **V. CONCLUSIONES:**

1. El no trabajar y el país de residencia fueron los factores socio - académicos que estuvieron asociados a tener baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.
2. Las conductas sexuales no estuvieron asociadas a tener baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.
3. De las sustancias psicoactivas, el haber consumido alcohol durante la carrera estuvo asociado a tener baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.
4. La depresión moderada y severa estuvo asociado a tener baja autoestima en estudiantes de medicina humana de Latinoamérica.

## **VI. RECOMENDACIONES**

La universidad debe fomentar estrategias e intervenciones, como promoción del deporte y actividades de esparcimiento, para mejorar la autoestima en los estudiantes.

Poner a disposición de los estudiantes de medicina personal profesional que brinde consejería psicológica.

Dar tratamiento y seguimiento a los EM con casos detectados de baja autoestima.

Realizar campañas de concientización sobre salud mental en EM.

Realizar campañas contra conductas sexuales de riesgo y uso de sustancias psicoactivas en EM.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Doré C. L'estime de soi : analyse de concept. *Rech Soins Infirm.* 2017;(129):18–26.
2. Pinho Soster A, Kern de Castro E. Casual Sex: Self-Esteem and Sexual Feelings in University. *Psicol Saúde Doença.* 2018;19(1):18–25.
3. Derrick JL, Gabriel S, Tippin B. Parasocial relationships and self-discrepancies: Faux relationships have benefits for low self-esteem individuals. *Pers Relatsh.* 2008;15(2):261–80.
4. Gonzales. K, Guevara, C, Autoestima en los universitarios ingresantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2015. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos.* Perú. 2016; 1(1):8-20.
5. Gidi NW, Horesa A, Jarso H, Tesfaye W, Tucho GT, Abera M, Abafita J. Prevalence of Low Self-esteem and Mental Distress among Undergraduate Medical Students in Jimma University: A Cross-Sectional Study. *Ethiop J Health Sci.* 2021;31(3):573-580.
6. Atienza, F.L., Moreno, Y. y Balaguer, I. Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Rev Psicol.*, 2000; 22: 29-42.
7. Auttama N, Seangpraw K, Rak POA, Tonchoy P. Factors Associated with Self-Esteem, Resilience, Mental Health, and Psychological Self-Care Among University Students in Northern Thailand. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:1213–21.
8. Yazdi-Feyzabadi V, Mehroolhassani MH, Zolala F, Haghdoost A, Oroomiei N. Determinants of risky sexual practice, drug abuse and alcohol consumption in adolescents in Iran: a systematic literature review. *Reprod Health.* 2019;16(1):115.

9. Chandni H., Rahman S., Osama H., Ashar M.; et al. Relationship of Self-esteem with Depression, Anxiety and Stress among Pakistani medical students. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. 2022; 16(2):176-178
10. Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT and Bunders J. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry* 2019;10:698.
11. Análisis de las conductas sexuales de riesgo en un grupo estudiantes de medicina del Hospital de Clínicas Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2021; Volumen 59, número 1: 19-27
12. Longo LM, Ertl MM, Paziienza R, Agiliga AU, Dillon FR, Martin JL. Associations among Negative Urgency, Sensation Seeking, Alcohol Use, Self-Esteem, and Casual Sexual Behavior for College Students. 2019;55(5):796–805.
13. Fernandes, Thaís Ferraz et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017; 25(4): 498-507.
14. Hernández C., Rodríguez M., Sanmiguel F. Autoestima y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Praxis Investigativa ReDIE*., ISSN-e 2007-5111, Vol. 2, N°. 3, 2010, 43-54
15. Khajehdaluee M, Zavar A, Alidoust M, Pourandi R. The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(11):e7682.

16. Musitu G, Jiménez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Publica Mex.* 2007;49(1):3–10.
17. Obregón-Morales Berea, Montalván-Romero José C., Segama-Fabian Edinho, Dámaso-Mata Bernardo, Panduro-Correa Vicky, Arteaga-Livias Kovy. Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Educ Med Super* . 2020 Jun ; 34( 2 ): e1881
18. Baader T, Rojas C, Molina JL, Gotelli M, Álamo C, Fierro C, et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev Chil Neuro-psiquiat.* 2014;52(3):167-76
19. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. *J Ment Health Policy Econ.* 2005;8(3):145-151
20. CONDE V, SÁNCHEZ J. La escala autoaplicada para las depresiones de Zung. *Arch Neurobiol* 1969; 33 (4): 335-358.
21. C. Campo-Arias Adalberto, Díaz-Martínez Luis Alfonso, Rueda-Jaimes Germán Eduardo, Barros-Bermúdez Jaider Alfonso. Validación de la escala de Zung para depresión en universidades de Bucaramanga, Colombia. *rev.colomb.psiquiatr.* 2005;34(1): 54-62.
22. Damasio IL, Castro Pecci N, Kleinsorge R, Lamas Granero A, Cerrato SH, Da Silva O, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(1):21-8.

23. N Ketata, H Ben Ayed, M Baklouti, M Trigui, S Yaich, M Abdelmoula, H Feki, J Damak, Self-esteem and university students: Findings from a multi-center study. *European Journal of Public Health*. 2021;31
24. Aboalshamat, Khalid & Jawhari, Abrar & Alotibi, Sarah & Alzahrani, Khulood & Al-Mohimeed, Haya & Alzahrani, Manal & Rashedi, Haya. Relationship of self-esteem with depression, anxiety, and stress among dental and medical students in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of International Medicine and Dentistry*. 2017; 4(2): 61-68.
25. Mejía C., Serrano F et al. Síndrome de Burnout, según el año de estudio, en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, 2016-2017. *CIMEL* 2020; 26(1): 22-29.
26. Promoción de la salud sexual. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Guatemala. 2000
27. G. ROSENBERG, MORRIS. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, 1965. JSTOR
28. H. Ceballos, G., Paba, C., Suescún, J., Oviedo, H. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 2017;15(2):29-39
29. Zung W . A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63
30. Perales A., Mendoza D., Colegio Médico Del Perú ., CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA. 2007

31. Shrestha B, Yadav S, Dhakal S, Ghimire P, Shrestha Y, Singh Rathaur E. Status of self-esteem in medical students at a college in Kathmandu: A descriptive cross-sectional study. *F1000Res*. 2021;10:1031
32. González Castro I, Vázquez García MA, Zavala Guirado MA. La desmotivación y su relación con factores académicos y psicosociales de estudiantes universitarios. *Rev Digit Investig en Docencia Univ*. 2021;15(2):e1392.
33. Elena N, Robles C, Maribel L, Bravo R, Meneses ME, Riva L, et al. Revisión sistemática Salud mental en adolescentes. *Arch Venez Farmacol y Ter*. 2020;39(6):689–705.
34. Nechita F, Nechita D, Pîrllog MC, Rogoveanu I. Stress in medical students. *Romanian J Morphol Embryol Rev Roum Morphol Embryol*. 2014;55:1263–6.
35. Ruiz-Gonzales P, Medina-Mesa Y, Zayas A, Gómez-Molinero R. Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol*. 2018;2(1):67–76.
36. Alberto M, Ramírez N, Ivonne S, Maldonado M. Autoestima y satisfacción con la vida en los estudiantes universitarios de México, Bolivia y España. *Rev Int Filos y Teoría Soc*. 2019;24:104–15.
37. SM, Mishra B: Are the future doctors low on mental health and self esteem: a cross sectional study from a rural health university. *Indian J Prev Soc Med*. 2009; 40(3,4): 189–193
38. Loli A., López E., Atalaya M., La autoestima y los valores organizacionales en estudiantes universitarios de Lima. *Revista de investigación en psicología*, Vol. 3, Nº. 1, 2000, págs. 55-70

39. Villar Aguirre M. Determining factors in health: Importance of prevention. *Acta Med Per.* 2011;28(4):237–41.
40. Silva Fhon JR, Ayala Caire M, Valério Mendonça Júnior JA, Rodrigues RA. Estilo de vida asociado a autoestima y variables demográficas en estudiantes de enfermería. *Rev Científica Ciencias la Salud.* 2017;9(2):72–8.
41. Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Gissler M. Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. *J Epidemiol Community Heal.* 2013;67(12):1025–31.
42. Leiva- Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública.* 2021;45.
43. Rodríguez-Yunta E, Rodríguez-Yunta E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Pers y Bioética.* 2016;20(2):192–204.
44. Seijas-Solano DE. Riesgos psicosociales, estrés laboral y síndrome burnout en trabajadores universitarios de una escuela de bioanálisis. *Rev Salud Pública* 2020;21(1):102–8.
45. Riquelme A, Soto M, Torres M, Luengo C. Condiciones de trabajo y estrés laboral en madres académicas universitarias. *Rev Cuba Salud y Trab.* 2019;3(3):26–34.
46. Garbarino S, Cuomo G, Chiorri C, Magnavita N. Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit. *BMJ Open.* 2013;3(7):e002791.
47. Gall S, Kiltz U, Kobylinski T, Andreica I, Vaupel K, Baraliakos X, et al. Burnout in Rheumatologists in Latin America. *Ann Rheum Dis.* 2021;80(1):376–7.

48. Santander Dueñas CI, Rojas Betancur HM. El apoyo familiar y la pérdida de la autonomía de los jóvenes universitarios. *Rev la Educ Super.* 2020;49(195):21–34.
49. Ceballos G., Arias-Montoya M., Asociación entre orientación sexual y autoestima en estudiantes universitarios. Santa Marta, Colombia. *Rev.cienc.biomed.* 2013;4(2):270-274
50. Costa, PA, Pereira H, Leal I. Internalized homonegativity, disclosure, and acceptance of sexual orientation in a sample of Portuguese gay and bisexual men, and lesbian and bisexual women. *J Bisex.* 2013;13:229-244
51. David P. Schmitt, Peter K. Jonason, Self-esteem as an adaptive sociometer of mating success: Evaluating evidence of sex-specific psychological design across 10 world regions, *Personality and Individual Differences*, Volume 143, 2019, 13-20,
52. Blank ML, Connor J, Gray A, Tustin K. Alcohol use, mental well-being, self-esteem and general self-efficacy among final-year university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(3):431–41.
53. Nadaleti NP, Ribeiro JF, Ferreira PM, Dos Santos SVM, Terra F de S. Autoestima e o consumo de álcool, de tabaco e de outras substâncias em trabalhadores terceirizados. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27.
54. Arsandaux J, Montagni I, Macalli M, Bouteloup V, Tzourio C, Galéra C. Health Risk Behaviors and Self-Esteem Among College Students: Systematic Review of Quantitative Studies. *Int J Behav Med.* 2020;27(2):142–59.
55. Barraza-Lopez RJ, Munoz-Navarro NA, Behrens-Perez CC. Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2017;55(1):18–25.

56. Aguilar-Latorre A, Navarro C, Oliván-Blázquez B, Gervilla E, Magallón Botaya R, Calafat-Villalonga C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a lifestyle modification programme in the prevention and treatment of subclinical, mild and moderate depression in primary care: a randomised clinical trial protocol. *BMJ Open*. 2020;10(12):e038457.

**ANEXOS:**

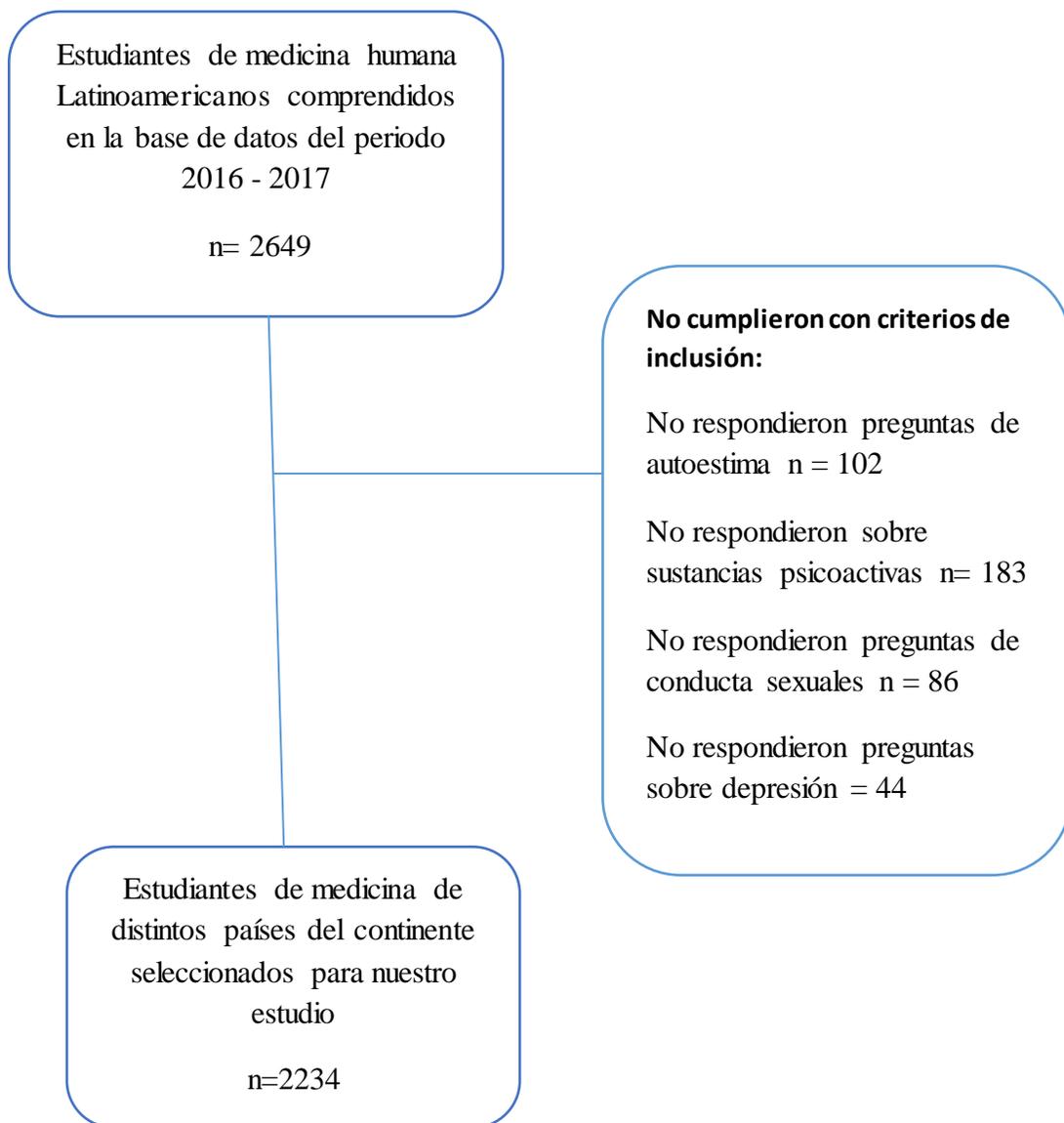
**ANEXO N° 1:**

**Figura 1:** Potencia estadística

*Información de entrada*

|   |        |
|---|--------|
| <i>Nivel de confianza</i>                     | 95%    |
| <i>Cantidad de expuestos</i>                  | 338    |
| <i>Prevalencia/cobertura de expuestos</i>     | 15.13% |
| <i>Cantidad de no expuestos</i>               | 1896   |
| <i>Prevalencia/cobertura de no expuestos</i>  | 84.87  |
| <i>Razón de prevalencia</i>                   | 0.17   |
| <i>Potencia basada en aproximación normal</i> | 100%   |

**Figura 2:** Flujograma de selección de estudiantes de medicina latinoamericanos para este estudio.



## ANEXO N° 2

### SOLICITO AUTORIZACIÓN DE USO DE BASE DE DATOS PARA OBTENCIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

Yo, Christian Mejía Alvarez, identificado con DNI 42399133, en mi calidad de past docente universitario del área de Tesis I de la institución educativa Universidad Privada Antenor Orrego, ubicada en la ciudad de Trujillo y autor original del estudio primario denominado “Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, 2016-2017”, OTORGO LA AUTORIZACIÓN a la Srta. Adriana Vivar Balcázar, con DNI 76266701, estudiante de medicina de Universidad Privada Antenor Orrego. Para que utilice la información pertinente de esta base de datos con la finalidad de que pueda desarrollar su Tesis y de esta manera optar al Título Profesional.

La estudiante de medicina solicitante declara que los datos emitidos en esta carta y en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el estudiante será sometido a un procedimiento disciplinario; asimismo, asumirá toda responsabilidad ante posibles acciones legales.

Trujillo, 06 de Julio del 2020



---

Dr. Christian Meía Alvarez



---

Adriana Vivar Balcázar  
ID:000151308

### ANEXO N° 3:

**Ficha de recolección de datos del estudio primario titulado: “Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, 2016-2017”**

---

1. **Género:** Masculino ( ) Femenino ( )
2. **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ (Día/Mes/Año: 15/10/1996)
3. **Estado civil:** Soltera/o ( ) Casada/o-unión libre ( ) Conviviente ( ) Viuda/o ( )  
Separado/a ( ) Otro: \_\_\_\_\_
4. **País:** \_\_\_\_\_
5. **Universidad:** Pública ( ) Privada ( )
6. **Año académico:** \_\_\_\_\_ (*1er, 2do, 3er*)
7. **Fuente de ingresos económicos:** Trabajo ( ) Recibe dinero de familiares ( )
8. **¿Cuál es su orientación sexual?:** Heterosexual ( ) Homosexual ( ) Bisexual ( )  
Asexual ( ) Otro ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_
9. **¿Cuántas parejas SEXUALES ha tenido en la vida?:** \_\_\_\_\_ Ninguna ( )
10. **Indique las características de consumo de las siguientes sustancias:**

| Hábito              | ¿Lo ha consumido alguna vez durante la carrera? |        |
|---------------------|---|--------|
| Bebidas alcohólicas | No ( )  | Sí ( ) |
| Marihuana           | No ( )  | Sí ( ) |
| Cocaína             | No ( )  | Sí ( ) |

### 11. Escala de depresión de Zung

| Nº | Preguntas  | Nunca | A veces | Frecuentemente | Siempre |
|----|--|-------|---------|----------------|---------|
| 1  | Me siento abatido, desanimado y triste.                    |       |         |                |         |
| 2  | Por la mañana es cuando me siento mejor.                   |       |         |                |         |
| 3  | Siento ganas de llorar o tengo ataques de llanto.          |       |         |                |         |
| 4  | Tengo problemas para dormir por la noche.                  |       |         |                |         |
| 5  | Como o me alimento en la misma cantidad que antes.         |       |         |                |         |
| 6  | Todavía disfruto el sexo.                                  |       |         |                |         |
| 7  | He notado que estoy perdiendo peso.                        |       |         |                |         |
| 8  | Tengo problemas de estreñimiento o problemas intestinales. |       |         |                |         |
| 9  | Mi corazón late más rápido de lo normal.                   |       |         |                |         |
| 10 | Me canso sin razón o motivo alguno.                        |       |         |                |         |
| 11 | Mi mente está tan clara o despejada como siempre.          |       |         |                |         |
| 12 | Me es fácil hacer lo que siempre hacía.                    |       |         |                |         |
| 13 | Me siento agitado/intranquilo y no puedo estar quieto.     |       |         |                |         |
| 14 | Siento esperanza en el futuro.                             |       |         |                |         |
| 15 | Estoy más irritable de lo normal.                          |       |         |                |         |
| 16 | Me es fácil tomar decisiones.                              |       |         |                |         |
| 17 | Siento que soy útil y me necesitan.                        |       |         |                |         |
| 18 | Siento que mi vida es bastante plena/completa.             |       |         |                |         |
| 19 | Siento que los demás estarían mejor sin mí, si yo muriera. |       |         |                |         |
| 20 | Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.        |       |         |                |         |

## 12. Escala de autoestima de Rosenberg

| N° | Preguntas  | Muy de acuerdo (A) | De acuerdo (B) | En desacuerdo (C) | Muy en desacuerdo (D) |
|----|--|--------------------|----------------|-------------------|-----------------------|
| 1  | Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. |                    |                |                   |                       |
| 2  | Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.                                     |                    |                |                   |                       |
| 3  | Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.                   |                    |                |                   |                       |
| 4  | Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.   |                    |                |                   |                       |
| 5  | En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.   |                    |                |                   |                       |
| 6  | Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.                               |                    |                |                   |                       |
| 7  | En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.                              |                    |                |                   |                       |
| 8  | Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.                                   |                    |                |                   |                       |
| 9  | Hay veces que realmente pienso que soy inútil.                                       |                    |                |                   |                       |
| 10 | A veces creo que no soy buena persona.   |                    |                |                   |                       |