

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



**CONDUCTAS SALUDABLES Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
EN LOS POSGRADISTAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR EN EL AÑO 2024.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

MD. María Daniela Cortez Quishpe

MD. Andrés Alejandro Cruz Medina

Director

MD. PhD. Xavier Geovanny Sánchez Choez

QUITO, 2025

Agradecimiento

Mi de profundo agradecimiento a mi familia, en especial a mi padre, mi madre, mi hermano y sobrino, quienes me brindaron su amor, apoyo incondicional y motivación cada día. Sin su aliento constante, este logro no habría sido posible. Gracias por estar siempre a mi lado, por creer en mí incluso cuando las fuerzas flaqueaban y por darme la tranquilidad de saber que nunca estoy sola.

María Daniela Cortez Quishpe.

Agradezco profundamente a Dios y la Virgen Dolorosa por su constante protección y guía en cada paso de mi camino. Extiendo mi gratitud a mis padres, mi hermano, mi novia y a toda mi familia, cuyo amor y apoyo incondicional han sido mi fortaleza y motivación en cada etapa de este proceso.

Andrés Cruz Medina.

Agradecemos de manera especial a nuestro director de tesis, por brindarnos su invaluable guía, dedicación y tiempo, así como a todos los docentes que nos brindaron su apoyo, conocimiento y motivación durante el desarrollo y culminación de este proyecto. Su compromiso fue fundamental para alcanzar nuestros objetivos académicos y profesionales.

Daniela Cortez Quishpe, Andrés Cruz Medina.

Dedicatoria.

Dedicado a mis angelitos que ahora descansan en el cielo, mis abuelitos y mi sobrina, quienes siempre estarán presentes en mi corazón. Aunque ya no estén físicamente, su presencia espiritual ha sido mi guía y mi refugio.

Siento que su amor y protección me acompañan a cada paso y me han dado la fuerza para seguir adelante.

María Daniela Cortez Quishpe.

A todas las personas que, en todo momento y frente a cualquier adversidad, depositaron su confianza en mí y me brindaron su apoyo incondicional. A mis abuelos y mi hermana CrisMa, cuya presencia, amor y bendiciones desde el cielo me han acompañado y guiado día a día. Gracias a todos por ser parte invaluable de mi vida y por motivarme a seguir adelante con determinación y gratitud.

Andrés Cruz Medina.

Tabla de Contenidos

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	9
Materiales y Métodos.....	11
Resultados.....	15
Discusión	24
Conclusiones.....	29
Referencias Bibliográficas.....	30
Anexos	39

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas, académicas, laborales y comorbilidades	15
Tabla 2. Hábitos perniciosos	18
Tabla 3. Redes de apoyo	18
Tabla 4. Índice de comportamientos saludables	19
Tabla 5. Valoración global de las subescalas del (HBI)	19
Tabla 6. Valoración por género de las subescalas del (HBI)	19
Tabla 7. Síntomas de ansiedad y depresión	20
Tabla 8. Análisis univariado de variables asociadas a Depresión y Ansiedad	21
Tabla 9. Modelos de regresión logística para la identificación de factores asociados a síntomas de depresión (PHQ-9 ≥ 10)	22
Tabla 10. Modelos de regresión logística para la identificación de factores asociados a síntomas de ansiedad (GAD-7 ≥ 10)	23

ANEXOS

Anexo 1. Correlación entre conductas saludables (HBI) y síntomas de ansiedad (GAD-7)	39
Anexo 2. Correlación entre conductas saludables (HBI) y síntomas de depresión (PHQ-9)	39

LISTA DE ABREVIATURAS

DE:	Desviación estándar.
GAD-7:	Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada.
HBI:	Inventario de comportamientos saludables.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PHQ-9:	Cuestionario de Salud del Paciente-9.
PUCE:	Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
RIQ:	Rango intercuartílico.

Resumen

Introducción:

Las conductas saludables, como una dieta equilibrada, ejercicio regular y hábitos de sueño adecuados, pueden desempeñar un papel crucial en la mitigación de síntomas de ansiedad y depresión entre los médicos estudiantes de especialidades médicas. Estos profesionales están expuestos a altos niveles de estrés y demandas laborales intensas, lo que los hace vulnerables a trastornos mentales. Adoptar y mantener hábitos saludables puede proporcionarles un mecanismo efectivo para manejar el estrés y mejorar su bienestar psicológico general. Comprender cómo los comportamientos saludables pueden influir en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión se vuelve fundamental para promover el bienestar mental y emocional de los posgradistas de medicina. Además, es esencial estudiar cómo estas conductas saludables pueden estar afectadas en esta población específica, considerando los desafíos únicos que enfrentan en su formación y práctica profesional.

Objetivo:

Analizar la presencia de conductas saludables en los posgradistas de especialidades médicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en 2024 y su relación con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Métodos:

Se trata de un estudio transversal, analítico y correlacional, en posgradistas de especialidades médicas de Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Se realizó una encuesta anonimizada y autoadministrada, remitida en línea a los correos electrónicos de todos los posgradistas de especialidades médicas de la PUCE durante enero y febrero de 2025, a través de Google Forms. La encuesta recolectó información en cuatro secciones: la sección de datos sociodemográficos, el “Inventario de comportamientos saludables (HBI)”, la “Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 Ítems” (GDS-7); y el “Cuestionario de Salud del Paciente-9” (PHQ-9).

Se usó el coeficiente de correlación de Pearson y un modelo de regresión logística para determinar los factores relacionados a presencia de ansiedad o depresión. Se estableció un valor de significancia < 0.05 . El análisis se realizó en el programa R, versión 4.1.3.

Resultados:

La población estuvo conformada por 289 médicos posgradistas. La muestra estuvo conformada por un 55,36% de mujeres. La mediana de la edad fue de 33 años (rango intercuartílico, RIQ: 30-36), el 55,02% de los participantes fueron solteros el 55,02%. La prevalencia de ansiedad y depresión fue de 67,82% y , la prevalencia de depresión fue de 70,59%, respectivamente. El 54% de los posgradistas obtuvo un índice bajo de comportamientos saludables, el 33% un índice medio y el 13% alcanzó un índice alto. existió una correlación negativa moderada entre los síntomas de ansiedad y depresión con el HBI, ($r = -0,37$, IC 95%: $-0,47$ a $-0,28$, $p < 0,001$) ($r = -0,442$, IC 95%: $-0,531$ a $-0,345$, $p < 0,001$), respectivamente.

Conclusiones:

Los posgradistas de especialidades médicas de la PUCE presentaron bajos niveles de comportamientos saludables, destacando la actitud mental positiva como la conducta más frecuente. Se encontró una correlación negativa moderada entre estos comportamientos y los síntomas de ansiedad y depresión, evidenciando que quienes llevan un estilo de vida más saludable tienen menor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Estilo de Vida Saludable, médicos posgradistas.

Abstract

Introduction:

Healthy behaviors, such as a balanced diet, regular exercise, and adequate sleep habits, can play a crucial role in mitigating symptoms of anxiety and depression among medical specialty residents. These professionals are exposed to high levels of stress and intense work demands, making them vulnerable to mental disorders. Adopting and maintaining healthy habits can provide them with an effective mechanism to manage stress and improve their overall psychological well-being. Understanding how healthy behaviors influence the presence of anxiety and depression symptoms is essential for promoting the mental and emotional well-being of medical residents. Additionally, it is crucial to study how these healthy behaviors may be affected in this specific population, considering the unique challenges they face during their training and professional practice.

Objective:

To analyze the presence of healthy behaviors among medical specialty residents at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador in 2024 and their relationship with anxiety and depression symptoms.

Methods:

This is a cross-sectional, analytical, and correlational study conducted among medical specialty residents at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). An anonymous, self-administered survey was sent online via email to all medical residents at PUCE during January and February 2025 through Google Forms. The survey collected information in four sections: sociodemographic data, the “Healthy Behavior Inventory (HBI),” the “Generalized Anxiety Disorder-7 Scale” (GAD-7), and the “Patient Health Questionnaire-9” (PHQ-9).

Pearson’s correlation coefficient and a logistic regression model were used to determine the factors associated with the presence of anxiety or depression. A significance value of < 0.05 was established. The analysis was performed using R software, version 4.1.3.

Results:

The study population consisted of 289 medical residents, of whom 55.36% were women. The median age was 33 years (interquartile range, IQR: 30-36), and 55.02% of participants were single. The prevalence of anxiety and depression was 67.82% and 70.59%, respectively.

A total of 54% of the residents had a low healthy behavior index, 33% had a medium index, and 13% had a high index. There was a moderate negative correlation between anxiety and depression symptoms and the HBI ($r = -0.37$, 95% CI: -0.47 to -0.28, $p < 0.001$) and ($r = -0.442$, 95% CI: -0.531 to -0.345, $p < 0.001$), respectively.

Conclusions:

Medical specialty residents at PUCE exhibited low levels of healthy behaviors, with a positive mental attitude being the most frequent behavior. A moderate negative correlation was found between these behaviors and anxiety and depression symptoms, indicating that those who lead a healthier lifestyle have a lower risk of developing anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, Depression, Healthy Lifestyle, Medical Residents.

Introducción

Los comportamientos saludables son un indicador clave de la calidad de vida y pueden influir tanto positiva como negativamente en el bienestar físico y mental de las personas (1,2). Un estilo de vida saludable se define como el conjunto de hábitos, comportamientos y patrones conductuales que favorecen el bienestar y la satisfacción personal, proporcionando beneficios físicos, mentales y sociales (3,4). Este concepto abarca aspectos fundamentales como la alimentación, la salud física, las condiciones psicológicas, las relaciones sociales y las creencias personales (5).

La relación entre salud y enfermedad está influenciada directamente por estos comportamientos, ya que optar por un estilo de vida saludable se asocia con la promoción de la salud, mientras que la adopción de hábitos poco saludables puede contribuir al desarrollo de diversas patologías (6). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la promoción de estilos de vida saludables como un desafío global y una estrategia fundamental para reducir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, con el objetivo de disminuir la mortalidad prematura asociada a estas condiciones (2,7).

La relación entre conductas saludables y salud mental es un aspecto clave dentro del ámbito sanitario. Se ha evidenciado que los estilos de vida poco saludables están estrechamente relacionados con el estrés, la falta de satisfacción personal y la aparición de trastornos de salud mental, como la ansiedad y la depresión (8,9). La salud mental no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que implica un estado de bienestar integral que permite a las personas disfrutar la vida y enfrentar desafíos en un equilibrio entre factores biológicos, psicológicos y sociales (10,11). A nivel global, los trastornos de salud mental representan el 7% del total de enfermedades en años de vida ajustados en función de la discapacidad, se estima que aproximadamente tres cuartas partes de la carga mundial de estos trastornos, afectan a países de bajos y medianos ingresos (12). Además, el presupuesto destinado a la salud mental es menor al 1% en la mayoría de los países, mientras que, en algunos países desarrollados, los costos anuales de estas enfermedades representan hasta un 4% del producto interno bruto, generando aproximadamente 12 millones de días de productividad reducida cada año (12). En particular, el trastorno depresivo mayor implica costos cercanos a los 83.100 millones de dólares anuales, con una pérdida estimada de 27,2 días laborales por trabajador debido al ausentismo, la discapacidad y la reducción de productividad (13).

Se han identificado múltiples factores de riesgo asociados a los problemas de salud mental, incluyendo factores genéticos, epigenéticos, neurobiológicos, sociodemográficos y aquellos relacionados con el estilo de vida. Existe evidencia de que hábitos perjudiciales como el consumo de cigarrillos y alcohol, así como la baja actividad física, predisponen al desarrollo de trastornos mentales (14). Ante el aumento de la prevalencia de estas patologías a nivel mundial, resulta fundamental comprender el impacto de los distintos factores de riesgo para diseñar estrategias efectivas de prevención y mitigación de la carga de enfermedad (14).

El mantenimiento de hábitos saludables en el personal sanitario es un aspecto crucial para su bienestar físico, mental y emocional. Aunque la evidencia indica que los profesionales de salud poseen un alto nivel de conocimiento y suelen adoptar medidas preventivas, enfrentan dificultades en la implementación de ciertas prácticas, como la higiene del sueño y la actividad física. Estas maladaptaciones, se atribuyen en gran

medida, a la irregularidad de sus horarios laborales y a los elevados niveles de estrés ocupacional, factores que no solo afectan su estado de salud, sino que también pueden incrementar el riesgo de errores médicos, con consecuencias adversas tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes (15).

Los médicos posgradistas constituyen un grupo especialmente vulnerable, porque desde el inicio de su formación enfrentan modificaciones en su estilo de vida que los llevan a adoptar hábitos poco saludables, incrementando el riesgo de desarrollar diversas patologías (16,17). La evidencia indica que el personal sanitario está expuesto a jornadas laborales prolongadas, una elevada carga académica y una reducción en los períodos de descanso, factores que contribuyen al desarrollo de trastornos de salud mental; además, la adopción de hábitos no saludables en este contexto puede exacerbar dichos síntomas, generando un impacto negativo en su bienestar general (18,19).

Fomentar programas que promuevan estilos de vida saludables tiene un impacto positivo en el desarrollo social y emocional de las personas, reduciendo el riesgo de enfermedades y mejorando su calidad de vida (20). En este contexto, la presente investigación, busca analizar el impacto de los comportamientos saludables en la salud mental de los posgradistas de especialidades médicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Se espera que los hallazgos de este estudio contribuyan a la formulación de intervenciones y políticas destinadas a promover hábitos saludables y prevenir enfermedades, con el fin de mejorar de la calidad de vida de los estudiantes.

Materiales y Métodos

Diseño de estudio y población:

Se realizó un estudio transversal, analítico y correlacional en los estudiantes de posgrado de la PUCE. La PUCE es una de las principales instituciones privadas de educación superior en el país, en cuanto a programas de posgrado en medicina. La PUCE ofrece una amplia gama de especializaciones médicas por lo cual se realizó el estudio en posgradistas de 18 especialidades médicas a nivel nacional entre Enero y Febrero de 2025.

1. Muestra

Tamaño de la muestra: Para este estudio, se trabajó con el total de universo de la población compuesto por 1,122 individuos a quienes se remitió la encuesta. Considerando que los estudios que utilizan una encuesta on-line obtienen una tasa de respuesta mínima de 25% (21,22) se esperaba que al menos 300 individuos respondan, la cual cumple con un muestreo probabilístico calculado a continuación: Para cumplir con un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), un margen de error del 5% (0,05) y una variabilidad del 50% (0,5). Utilizando una fórmula para una población finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra, N es el tamaño de la población (1,122), Z es el valor crítico de Z para el nivel de confianza (1,96), p es la proporción esperada (0,5), E es el margen de error (0,05). Sustituyendo los valores: $n = 286$

El tamaño de muestra mínimo necesario es de 286 individuos para obtener significancia de sus resultados, la cual cumple con una tasa de respuesta mínima del 25%.

Para obtener la muestra se utilizó los siguientes criterios:

Criterios de selección:

a) **Inclusión:**

- Estudiantes inscritos en programas de especialidades médicas en la universidad PUCE durante el período de estudio.
- Participantes que proporcionan consentimiento informado para participar en el estudio.

b) **Exclusión:**

- Participantes que no proporcionan un consentimiento informado válido o que retiraron su consentimiento durante el estudio.
- Estudiantes de Maestrías presenciales o en línea de la PUCE.
- Estudiantes de posgrado que no pertenecen a los programas de especialidades médicas, se refiere a programas de posgrados en otras unidades académicas que no sean de Medicina.
- Estudiantes de grado de las carreras de salud de la PUCE.

Una vez recolectados los datos se aplicó también criterios de eliminación debido a que estos criterios no se pueden verificar previamente a la aplicación de la encuesta y no pueden constituirse como criterios de exclusión.

- Datos incompletos: Participantes que no completen todas las secciones relevantes del cuestionario o que dejen respuestas en blanco en las variables clave (conductas saludables, síntomas de ansiedad y depresión).
- Respuestas extremas o no confiables: Respuestas que sean inconsistentes o que presenten patrones sospechosos, como respuestas idénticas en todas las preguntas de una escala, o valores que claramente no son plausibles (por ejemplo, un número de horas de ejercicio diario extremadamente alto).
- Participantes con diagnósticos psiquiátricos graves: Participantes que informen haber sido diagnosticados con trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), ya que estos pueden influir significativamente en los niveles de ansiedad y depresión y no ser representativos de la población general.
- Uso de medicación psicotrópica: Participantes que están tomando medicación para la ansiedad, la depresión o cualquier otro trastorno mental, ya que esto podría alterar los niveles de síntomas reportados.
- Condiciones médicas crónicas catastróficas: Participantes con condiciones catastróficas (Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas. Todo tipo de cáncer. Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo. Insuficiencia renal crónica. Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea. Secuelas de quemaduras graves. Malformaciones arterio-venosas cerebrales. Síndrome de Klippel Trenaunay. Aneurisma tóraco-abdominal.) definidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador según Acuerdo Ministerial 1829, y publicado en el Registro Oficial 798 de 27-sep-2012 (23), que podrían afectar tanto sus conductas saludables como sus niveles de ansiedad y depresión.
- Participación Duplicada: Se excluyó respuestas duplicadas en caso de que un participante haya completado el cuestionario más de una vez.

Participantes: Un total de 316 estudiantes de posgrado respondieron la encuesta, sin embargo, tras la aplicación de criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se retiró a 27 posgradistas, quedando una muestra final de 289 posgradistas.

2. Instrumentos de recolección de datos:

El estudio incluyó una encuesta autoadministrada dividida en cuatro secciones. La primera recopiló datos sociodemográficos, mientras que las siguientes aplicaron instrumentos validados: el “Inventario de comportamientos saludables (HBI)”, la “Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 Ítems” (GAD-7); y finalmente el “Cuestionario de Salud del Paciente-9” (PHQ-9).

Sección 1.- Datos sociodemográficos: Se recopiló la siguiente información: género, edad, estado civil, religión, número de hijos, número de personas a cargo, presencia de comorbilidades, programa de posgrado de especialidad médica, semestre en curso del programa de posgrado, tipo de financiamiento del posgrado, presencia de turnos nocturnos, número de turnos nocturnos por semana, presencia de actividades laborales no relacionadas al programa de posgrado. Además, otras preguntas que se incluyen: “¿Con quién vive en su residencia?” (ej. solo, familia,

amigos, etc.), información que podría influenciar los resultados. También se indagó sobre la presencia de redes de apoyo a través de preguntas tipo escala Likert como: "Cuál es la frecuencia con la que recibe ayuda de los vecinos? (Nunca/Casi nunca/A veces/Con frecuencia/Siempre)", "Cuál es la frecuencia con la que recibe ayuda de amigos (Nunca/Casi nunca/A veces/Con frecuencia/Siempre)", "Cuál es la frecuencia con la que recibe ayuda de su familia (Nunca/Casi nunca/A veces/Con frecuencia/Siempre)" y "Usted confía sus problemas a otros? (Nunca/Casi nunca/A veces/Con frecuencia/Siempre).

Sección 2.- Inventario de comportamientos saludables (HBI): El HBI está destinado al estudio de comportamientos saludables de adultos sanos y enfermos. Contiene 24 afirmaciones que describen varios tipos de comportamientos relacionados con la salud y permite la determinación tanto de un indicador general del nivel de comportamientos de salud como de indicadores específicos para las siguientes categorías de comportamientos: a) buenos hábitos alimentarios, b) conductas preventivas, c) prácticas de salud, d) actitud mental positiva (24,25). Los encuestados evalúan con qué frecuencia realizan las actividades relacionadas con la salud en una escala Likert de cinco puntos, donde: 1-casi nunca; 2-raramente; 3-de vez en cuando; 4-a menudo; 5- casi siempre. El índice HBI se calcula utilizando la clave del cuestionario. Las puntuaciones brutas se transforman en una escala de puntuaciones estándar de diez (1–10), donde 1–4 significa puntuaciones bajas, 5–6 puntuaciones promedio, y 7–10 puntuaciones altas. Se asume que cuanto mayor sea la intensidad del comportamiento de salud, mayores serán los beneficios potenciales para la salud en un individuo. La fiabilidad interna de la escala HBI, basada en el alfa de Cronbach, es de 0,85 para todo el inventario; para las cuatro subescalas, la fiabilidad interna varía de 0,60 a 0,65 (25).

Sección 3.- Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7): El GAD-7 es un instrumento auto aplicable de 7 ítems que se utiliza ampliamente para evaluar la presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-5. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, y una puntuación ≥ 10 indica un posible trastorno de ansiedad generalizada. El estudio original reportó adecuados valores de sensibilidad de 89% y especificidad del 82% (26). Se empleó la versión adaptada del GAD-7 para Perú (27), con las oportunas adecuaciones idiomáticas para la población ecuatoriana, la versión en español está ampliamente difundida y es un cuestionario de uso de práctica clínica común.

Sección 4.- Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9): Esta es una medida de autorregistro utilizada para evaluar los síntomas de depresión y la gravedad de la depresión. Cada uno de los 9 ítems se divide en una escala de cuatro grados (0=nada en absoluto; 1=alguna parte del tiempo; 2=más de la mitad del tiempo; 3=casi todos los días) en las últimas dos semanas. PHQ-9 es el instrumento más utilizado para la detección de la depresión en la atención primaria de salud (28). La puntuación total se registra de 0 a 27. Se han reportado valores de sensibilidad de 88% y especificidad del 85% (28); el cuestionario es ampliamente utilizado y ha sido validado en idioma español, también se ha informado que un punto de corte de 10 puntos puede ser utilizado como discriminador. El PHQ-9 es un cuestionario de uso de práctica clínica común.

- 3. Aprobación ética y consentimiento informado:** El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), el 16 de diciembre de 2024, bajo el código EO-071-2024, V2. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los posgradistas.

- 4. Análisis estadístico:** El análisis de las variables categóricas se realizó calculando números absolutos y porcentajes; mientras que, para variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central: Media, Mediana junto con medidas de dispersión correspondientes como desviación estándar y Rango intercuartílico (RIQ). Las comparaciones de las variables cualitativas entre los grupos se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado mientras que, para variables cuantitativas se comparan las medias o medianas de los grupos, dependiendo de su distribución de normalidad. Como medida de relación entre las variables (dependientes e independiente) se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, según la distribución de normalidad de los datos. Además, se realizó el modelo de regresión logística, se calculó OR e intervalos de confianza. El nivel de significancia estadística se fijó por debajo del 5% ($p < 0,05$). El análisis se realizó con el programa R, versión 4.1.3.

Resultados

Características sociodemográficas, académicas, laborales y comorbilidades en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1. La muestra estuvo conformada por 289 posgradistas, de los cuales el 55,36% fueron mujeres y el 44,64% hombres. La mediana de la edad fue de 33 años (RIQ: 30-36). El grupo etario más frecuente correspondió a los posgradistas de 31 a 35 años, representando el 49,13%. Respecto al estado civil, el 55,02% eran solteros, seguido de un 34,26% de casados. La religión católica fue la más prevalente, presente en el 80,62% de los posgradistas.

En relación al programa de posgrado, las especialidades médicas más frecuentes fueron emergencia y gastroenterología, ambas con un 9,69%, seguidas de anestesiología con un 9,00%. El 32,53% de los posgradistas se encontraba cursando el tercer semestre, mientras que el 27,33% estaba en primer semestre. El 77,85% de los posgradistas cubría los costos de su formación de forma autofinanciada. En cuanto a la carga laboral, la mediana fue de 70 horas semanales (RIQ: 60-80). El 42,91% de los posgradistas trabajaba entre 50 y 75 horas semanales y el 35,64% entre 75 y 100 horas. Respecto a los turnos nocturnos, la mediana fue de 2 turnos por semana (RIQ: 2-2). Un 97,92% de los posgradistas realizaba turnos nocturnos, siendo más común hacer 2 turnos por semana, representado un 85,87%. Por otro lado, el 21,8% de los posgradistas tenía actividades laborales adicionales al posgrado.

En relación con la situación familiar y de convivencia de los posgradistas, el 41,52% indicó tener hijos, siendo lo más común tener uno solo, con un 55,83%. Además, el 48,44% tenía personas a su cargo, destacándose la presencia de una o dos personas a su cargo como lo más frecuente. En cuanto a la convivencia, el 43,25% vivía con familiares, el 26,30% con su pareja y el 21,80% vivía solo.

El 25,61% de los posgradistas presentaba alguna comorbilidad, destacando como las más frecuentes, el hipotiroidismo con un 15,73% y la hipertensión arterial con 11,24%. Las enfermedades endocrino-metabólicas, reumatológicas, gastrointestinales y respiratorias fueron las más reportadas.

Tabla 1. Características sociodemográficas, académicas, laborales y comorbilidades en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

Variabes	n°	%
Género		
Femenino	160	55,36
Masculino	129	44,64
Edad		
26 a 30 años	74	25,61
31 a 35 años	142	49,13
36 a 40 años	63	21,80
41 a 44 años	10	3,46
Mediana (RIQ)	33 (30-36)	
Estado civil		
Casado	99	34,26
Divorciado	17	5,88

Soltero	159	55,02
Unión estable	14	4,84
Religión		
Ateo	11	3,81
Católica	233	80,62
Cristiana	21	7,27
Otra	24	8,30
Posgrado		
Anestesiología	26	9,00
Cardiología	25	8,65
Cirugía General	9	3,11
Cirugía Plástica	15	5,19
Cirugía Vasculat	5	1,73
Coloproctología	9	3,11
Cuidados Intensivos	10	3,46
Cuidados Paliativos	17	5,88
Emergencia	28	9,69
Gastroenterología	28	9,69
Geriatría	23	7,96
Ginecología	11	3,81
Infectología	2	0,69
Medicina Familiar	23	7,96
Medicina Interna	14	4,84
Otorrinolaringología	10	3,46
Pediatría	23	7,96
Traumatología	11	3,81
Semestre		
Primero	79	27,33
Segundo	36	12,46
Tercero	94	32,53
Cuarto	2	0,69
Quinto	26	8,99
Sexto	49	16,96
Séptimo	1	0,35
Octavo	2	0,69
Financiamiento		
Autofinanciado	225	77,85
Becado	64	22,15
Horas trabajo/semana		
0-25 horas	34	11,76
25-50 horas	28	9,69
50-75 horas	124	42,91
75-100 horas	103	35,64
Mediana (RIQ)	70 (60 – 80)	
Turnos		
Si	283	97,92
No	6	2,08
Turnos nocturnos/semana		
1	9	3,18
2	243	85,87
3	23	8,13
4 o más	8	2,82
Mediana (RIQ)	2 (2 – 2)	

Actividades laborales fuera del posgrado		
Si	63	21,8
No	226	78,2
Hijos		
Si	120	41,52
No	169	58,48
Número de hijos		
1	67	55,83
2	43	35,84
3	9	7,50
6	1	0,83
Convivencia		
Amigo(s)	25	8,65
Familiar	125	43,25
Pareja	76	26,30
Solo	63	21,80
Persona a cargo		
Si	140	48,44
No	149	51,56
Nº personas a cargo		
1	57	40,71
2	48	34,29
3	25	17,86
4	9	6,43
6	1	0,71
Presencia de comorbilidades		
Si	74	25,61
No	215	74,39
Comorbilidades		
Hipotiroidismo	14	15,73
Hipertensión arterial	10	11,24
Endocrino-Metabólicas	10	11,24
Reumatológicas y Autoinmunes	10	11,24
Gastrointestinales	9	10,11
Respiratorias	8	8,99
Oftalmológicas	7	7,86
Ginecológicas	6	6,74
Neuro-Psiquiátricas	6	6,74
Cardíacas	3	3,37
Musculo-esqueléticas	3	3,37
Otras	3	3,37

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Las características relacionadas con los hábitos perniciosos de los posgradistas se presentan en la Tabla 2. El 53,29% de los posgradistas reportó consumo de alcohol. Al evaluar el riesgo, el 87,54% presentó un riesgo bajo, el 10,03% un riesgo medio, el 1,73% un riesgo alto y el 0,70% con probable adicción. En relación al consumo de tabaco, el 88,24% no fumaba, mientras que el 11,76% era fumador, clasificándose el 97,05% como fumador leve. En cuanto al consumo de otras drogas, el 98,96% no las consumía.

Tabla 2. Hábitos perniciosos en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

Variables	n°	%
Consumo de alcohol		
Si	154	53,29
No	135	46,71
Riesgo de nivel de consumo de alcohol		
Riesgo Bajo	253	87,54
Riesgo Medio	29	10,03
Riesgo Alto	5	1,73
Probable adicción	2	0,70
Consumo de tabaco		
Si	34	11,76
No	255	88,24
Clasificación de fumadores		
Fumador leve	33	97,05
Fumador moderado	1	2,95
Consumo de otras drogas		
Si	3	1,04
No	286	98,96

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

En la Tabla 3 se presentan las características relacionadas con las redes de apoyo de los posgradistas. El 76,12% de los posgradistas indicó que nunca recibe apoyo de los vecinos, mientras que solo el 3,46% lo recibe con frecuencia. En cuanto al apoyo de amigos, el 35,29% nunca recibe respaldo, y el 30,45% lo recibe a veces. El apoyo familiar fue el más frecuente, con el 37,37% de los posgradistas afirmando que siempre cuentan con esta red de apoyo, y el 27,34% lo recibe con frecuencia.

Tabla 3. Redes de apoyo en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

Variables	n°	%
Vecinos		
A veces	23	7,96
Casi nunca	35	12,11
Con frecuencia	10	3,46
Nunca	220	76,12
Siempre	1	0,35
Amigos		
A veces	88	30,45
Casi nunca	67	23,18
Con frecuencia	27	9,35
Nunca	102	35,29
Siempre	5	1,73
Familia		
A veces	57	19,72
Casi nunca	16	5,54
Con frecuencia	79	27,34
Nunca	29	10,03
Siempre	108	37,37

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

En las Tablas 4, 5 y 6 se presentan los resultados de los Índices de comportamientos saludables de los posgradistas. El 54% de los posgradistas obtuvo un índice bajo de comportamientos saludables. El índice global tuvo una media de 73,01 (DE = 15,45). En cuanto a las subescalas evaluadas, los resultados mostraron que las cuatro subescalas (buenos hábitos alimenticios, conductas preventivas, prácticas de salud y actitud mental positiva) presentaron una puntuación media cercana a 3, lo que corresponde a que las conductas saludables se realizan “de vez en cuando”. La subescala Actitud mental positiva fue la que obtuvo la puntuación media más alta, con 3,33 (DE = 0,79), mientras que Prácticas de salud presentó la puntuación más baja, con 2,85 (DE = 0,63). Al analizar los resultados por género, se observó que las puntuaciones de las subescalas fueron similares en hombres y mujeres, destacando nuevamente la subescala Actitud mental positiva como la de mayor puntuación (3,38 en mujeres; DE = 0,75 y 3,28 en hombres; DE = 0,85) y Prácticas de salud como la de menor puntuación (2,91 en mujeres; DE = 0,60 y 2,80 en hombres; DE = 0,68).

Tabla 4. Índice de comportamientos saludables en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

HBI—Número de puntos		Variables	n°	%
Mujer	Hombres			
24–77	24–71	Bajo	155	54,00%
78–91	72–86	Medio	95	33,00%
92–120	87–120	Alto	39	13,00%

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Tabla 5. Valoración global de las subescalas del (HBI)

Variabes	Estadística	Valor
Buenos hábitos alimenticios	Media ± (DE)	2,97 ± 0,84
Conductas Preventivas	Media ± (DE)	2,99 ± 0,79
Prácticas de salud	Media ± (DE)	2,85 ± 0,63
Actitud Mental Positiva	Media ± (DE)	3,33 ± 0,79

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Tabla 6. Valoración por género de las subescalas del (HBI)

Variabes	Estadística	Femenino	Masculino
Buenos hábitos alimenticios	Media ± (DE)	3,09 ± 0,80	2,84 ± 0,87
Conductas Preventivas	Media ± (DE)	3,03 ± 0,79	2,95 ± 0,79

Prácticas de salud	Media ± (DE)	2,91 ± 0,60	2,80 ± 0,68
Actitud Mental Positiva	Media ± (DE)	3,38 ± 0,75	3,28 ± 0,85

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Los síntomas de ansiedad y depresión en los posgradistas se presentan en la Tabla 7. El 67,82% de los posgradistas experimentaron algún grado de ansiedad y el 12,46% ansiedad severa. Por otro lado, el 70,59% experimentó algún grado de depresión, el 10,03% depresión moderadamente severa y el 9,00% depresión grave.

Tabla 7. Síntomas de ansiedad y depresión en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

Variables	n°	%
Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)		
Normal	93	32,18
Ansiedad Leve	100	34,60
Ansiedad Moderada	60	20,76
Ansiedad Severa	36	12,46
Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)		
Normal	85	29,41
Leve	95	32,87
Moderada	54	18,69
Moderadamente severa	29	10,03
Grave	26	9,00

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

El análisis de la correlación entre conductas saludables (HBI) y los síntomas de ansiedad (GAD-7) en los posgradistas, mostró una correlación negativa moderada entre ambas variables ($r = -0,37$, IC 95%: $-0,47$ a $-0,28$, $p < 0,001$). La prueba t de Student ($t = -6,94$, $gl = 287$, $p < 0,001$) respaldó la existencia de esta asociación (Anexo 1). En cuanto a la correlación entre conductas saludables (HBI) y los síntomas de depresión (PHQ-9), el análisis mostró una correlación negativa moderada entre ambas variables ($r = -0,442$, IC 95%: $-0,531$ a $-0,345$, $p < 0,001$). La prueba t de Student ($t = -8,36$, $gl = 287$, $p < 0,001$) respaldó la existencia de esta asociación (Anexo 2).

En la Tabla 8 se presentan los resultados de las variables categóricas asociadas a depresión y ansiedad. Las conductas saludables (HBI) mostraron la asociación más fuerte y significativa, tanto con depresión ($\chi^2 = 38,24$, $p < 0,001$) como con ansiedad ($\chi^2 = 10,02$, $p = 0,001$). Las cargas familiares mostraron una asociación significativa con depresión ($\chi^2 = 6,75$, $p = 0,009$), pero no con ansiedad ($\chi^2 = 0,56$, $p = 0,45$). En cuanto a otras variables, como género, estado civil, religión, convivencia, posgrado, financiamiento de posgrado, turnos nocturnos y otras actividades laborales, no se observó asociación significativa con depresión ($p > 0,05$) ni con ansiedad ($p > 0,05$).

En la Tabla 8 se presentan los resultados de las variables continuas asociadas a depresión y ansiedad. Las horas de trabajo semanales mostraron la asociación más fuerte y significativa, tanto con depresión ($t = 42,21$, $p < 0,001$) como con ansiedad ($t = 42,24$, $p < 0,001$). El resto de las variables analizadas, incluyendo edad, número de hijos, cargas familiares y semestre académico, también presentaron asociaciones significativas con ambos trastornos ($p < 0,001$ en todos los casos).

Tabla 8. Análisis univariado de variables asociadas a Depresión y Ansiedad en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

Variables	PHQ-9 (≥ 10)	GAD-7 (≥ 10)
Género	0,59 (0,44)	0,35 (0,55)
Estado civil	1,70 (0,43)	0,59 (0,75)
Religión	0,53 (0,47)	0,84 (0,36)
Convivencia	2,20 (0,53)	0,75 (0,86)
Cargas familiares	6,75 **	0,56 (0,45)
Tipo de Posgrado	10,96 (0,86)	22,48 (0,17)
Financiamiento de posgrado	0,23 (0,63)	1,28 (0,26)
Turnos nocturnos	0,42 (0,52)	1,71 (0,19)
Otras actividades laborales	0,26 (0,61)	0,61 (0,44)
Conductas saludables (HBI)	38,24 ***	10,02 **
Edad	151,16 ***	151,44 ***
Número de hijos	4,41 ***	5,18 ***
Número de cargas familiares	8,34 ***	8,98 ***
Horas de trabajo semanales	42,21 ***	42,24 ***
Semestre académico	24,21 ***	24,66 ***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Nota: Variables categóricas analizadas con Chi cuadrado (χ^2)

Variables continuas analizadas con t de Student.

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

En la Tabla 9 se presentan los resultados de los modelos de regresión logística para la identificación de factores asociados a síntomas de depresión. Un alto nivel de conductas saludables (HBI alto) se asoció significativamente con una menor probabilidad de síntomas depresivos en todos los modelos evaluados ($OR = 0,188-0,217$, $p < 0,001$). En contraste, el género masculino, las horas de trabajo, los turnos nocturnos, las cargas familiares y el semestre académico no mostraron asociaciones significativas con la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en ningún modelo ($p > 0,05$).

En la Tabla 10 se presentan los resultados de los modelos de regresión logística para la identificación de factores asociados a síntomas de ansiedad. Un alto nivel de conductas saludables (HBI alto) se asoció significativamente con una menor probabilidad de síntomas de ansiedad en todos los modelos evaluados (OR = 0,419–0,445, $p < 0,001$). En cuanto a las horas de trabajo a la semana, se encontró una relación significativa con síntomas de ansiedad en los modelos 3, 4 y 5 (OR = 1,007, $p < 0,05$). También, la edad mostró una relación significativa en el modelo 6 (OR = 0,894, $p < 0,01$). Finalmente, el género masculino, los turnos nocturnos, las cargas familiares y el número de cargas familiares no presentaron asociaciones significativas con la probabilidad de desarrollar síntomas de ansiedad en ningún modelo ($p > 0,05$).

Tabla 9. Modelos de regresión logística para la identificación de factores asociados a síntomas de depresión (PHQ-9 ≥ 10) en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

PHQ-9 (≥ 10)	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
HBI (alto)	OR = 0,198 (0,117–0,331) Coef = -1,62 ***	OR = 0,189 (0,110–0,316) Coef = -1,67 ***	OR = 0,188 (0,110–0,316) Coef = -1,67 ***	OR = 0,189 (0,109–0,320) Coef = -1,66 ***	OR = 0,204 (0,117–0,348) Coef = -1,59 ***	OR = 0,217 (0,126–0,365) Coef = -1,53 ***
Género (Masculino)	—	OR = 0,657 (0,386–1,107) Coef = -0,42 ($p = 0,684$)	OR = 0,659 (0,387–1,110) Coef = -0,42 ($p = 0,673$)	OR = 0,660 (0,387–1,111) Coef = -0,42 ($p = 0,677$)	OR = 0,657 (0,385–1,109) Coef = -0,42 ($p = 0,673$)	—
Horas de trabajo	—	—	OR = 1,002 (0,992–1,012) Coef = 0,00 ($p = 0,840$)	OR = 1,002 (0,992–1,012) Coef = 0,00 ($p = 0,838$)	OR = 1,002 (0,992–1,012) Coef = 0,00 ($p = 0,837$)	—
Turnos nocturnos	—	—	—	OR = 1,199 (0,181–23,635) Coef = 0,18 ($p = 0,87$)	OR = 1,274 (0,190–25,263) Coef = 0,24 ($p = 0,79$)	—
Cargas familiares	—	—	—	—	OR = 1,474 (0,871–2,494) Coef = 0,39 ($p = 0,329$)	OR = 1,620 (0,745–3,549) Coef = 0,48 ($p = 0,154$)
Número de cargas familiares	—	—	—	—	—	OR = 0,95 (0,687–1,318) Coef = -0,05 ($p = 0,834$)
Semestre	—	—	—	—	—	OR = 1,055 (0,914–1,221) Coef = 0,05 ($p = 0,757$)
Pseudo R²	0,18	0,19	0,19	0,19	0,20	0,19

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Tabla 10. Modelos de regresión logística para la identificación de factores asociados a síntomas de ansiedad (GAD-7 \geq 10) en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

GAD-7 (\geq 10)	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
HBI (alto)	OR = 0,435 (0,262–0,714) Coef = -0,83 **	OR = 0,423 (0,254–0,698) Coef = -0,86 ***	OR = 0,419 (0,251–0,693) Coef = -0,87 ***	OR = 0,441 (0,263–0,730) Coef = -0,82 **	OR = 0,445 (0,262–0,747) Coef = -0,81 **	OR = 0,414 (0,244–0,694) Coef = -0,88 ***
Género (Masculino)	—	OR = 0,766 (0,458–1,268) Coef = -0,27 (p = 0,238)	OR = 0,770 (0,460–1,278) Coef = -0,26 (p = 0,243)	OR = 0,777 (0,464–1,291) Coef = -0,25 (p = 0,247)	OR = 0,777 (0,464–1,291) Coef = -0,25 (p = 0,247)	—
Horas de trabajo a la semana	—	—	OR = 1,008 (0,998–1,018) Coef = 0,01 (p = 0,0239)	OR = 1,007 (0,997–1,017) Coef = 0,01 (p = 0,0232)	OR = 1,007 (0,997–1,017) Coef = 0,01 (p = 0,0230)	OR = 1,007 (0,997–1,017) Coef = 0,01 (p = 0,0229)
Turnos nocturnos	—	—	—	OR = $4,54 \times 10^6$ (0,000–NA) Coef = 15,33 ***	OR = $4,56 \times 10^6$ (0,000–NA) Coef = 15,33 ***	—
Cargas familiares	—	—	—	—	OR = 1,044 (0,621–1,750) Coef = 0,04 (p = 0,0427)	—
Edad	—	—	—	—	—	OR = 0,894 (0,823–0,967) Coef = -0,11 **
Número de cargas familiares	—	—	—	—	—	OR = 1,154 (0,909–1,466) Coef = 0,14 (p = 0,2457)
Pseudo R²	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,10

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05.

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Discusión

Este estudio obtuvo información importante sobre los hábitos de vida saludable y su relación con los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de especialidades médicas. Un estudio realizado en la ciudad de Ambato con el objetivo de identificar el desarrollo de ideas hipocondriacas y niveles de ansiedad en médicos residentes, internos rotativos de medicina y pasantes de Medicina con una población de 314 participantes informó una prevalencia de ansiedad somática en el 13%, y de ansiedad psíquica en el 4%. Así también se puede diferenciar los niveles de ansiedad que presentan, ansiedad leve en este nivel se encuentran 21 médicos residentes que representan el 6%, ansiedad moderada 25 médicos residentes que representan al 7%, ansiedad grave en este nivel se encuentran 12 médicos residentes que representan el 4% (29). Estas diferencias pueden explicarse por el hecho de que dicho estudio abarcó una muestra que incluyó tanto estudiantes de grado y posgrado, lo cual reduce la población a la cual nuestro estudio se enfocó.

Un estudio realizado en la ciudad de Quito en el hospital de niños Baca Ortiz durante el año 2010, en una muestra de 110 médicos, observando que la mayoría de residentes se encontró dentro del área Clínica 29% y el 30% en el área quirúrgica, aplicó la escala de ansiedad GAD 7 presentando un 80% síntomas ansiosos (30). Este estudio utilizó la misma herramienta de medición y reportó una mayor prevalencia de ansiedad en comparación con nuestro estudio. Sin embargo, su muestra incluyó tanto médicos posgradistas como asistenciales, lo que podría explicar esta diferencia. Por otro lado, para la evaluación de la depresión, se aplicó la escala de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), encontrando que el 65% de los participantes presentaban síntomas depresivos. De estos residentes con depresión, el mayor porcentaje se encontró en el género femenino con un 55% (30), estos resultados son similares a los hallados en nuestro estudio. La inclusión de médicos asistenciales en la muestra sugiere que no solo la carga laboral influye en el desarrollo de síntomas depresivos, sino también la carga académica.

Otro estudio realizado en Cuenca realizado en 112 médicos residentes posgradistas, se usó el Cuestionario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, la prevalencia de ansiedad 93,8%, ansiedad leve fue el 28,6%, la ansiedad moderada se presentó en el 46,4% y ansiedad grave en el 18,8%. La prevalencia de depresión fue de 73,2%, siendo el nivel más frecuente la depresión mínima con el 35,7%, depresión moderada se presentó en el 17,9% y depresión grave en el 19,6%. (31) Las comorbilidades y el hábito de fumar fueron los únicos factores asociados a un mayor riesgo de depresión en dicho estudio. En comparación con nuestros resultados, se observa que el estudio de Cuenca presenta cifras más altas para ambas condiciones. Sin embargo, esto podría explicarse por el tamaño reducido de su muestra y la mayor proporción de fumadores en la población analizada, mientras que en nuestro estudio se evidenció un bajo porcentaje de fumadores.

A nivel regional en Perú, se llevó a cabo un estudio en 145 médicos residentes utilizando el PHQ-9. Los resultados indicaron que el 27,6% presentó síntomas depresivos leves, el 13,8% moderados y el 5,5% moderadamente severos (35). Este estudio empleó la misma herramienta de evaluación que nuestra investigación, pero reportó cifras más bajas, lo que podría estar influenciado por el tamaño de la muestra, que fue menor en comparación con nuestro estudio.

En otro estudio realizado en Perú que incluyó a 68 médicos residentes se usó la Escala de Goldberg (GADS); donde se determinó que 60,3% de los médicos residentes presentaron síntomas de ansiedad, predominan síntomas de ansiedad en residentes que como factores

de riesgo se presentaban en familiares con infección por Covid-19 y pertenecer a la especialidad de cirugía, además se determinó que 44,1% presentaron síntomas de depresión (36). En comparación los resultados de nuestro estudio muestran una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, lo que sugiere posibles diferencias en los contextos y condiciones de los médicos residentes.

En México, un estudio realizado en 71 estudiantes de 6 especialidades médicas: Anestesiología 12,7%, Cirugía General 15,5%, Ginecología y Obstetricia 23,9%, Medicina Integrada 22,5%, medicina Interna 12,7% y Pediatría 12,7%, utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton donde se determinó la prevalencia de la ansiedad fue de 59,1%, se observó ansiedad leve el 52,1% y moderada se presentó en el 7,0%, además se utilizó el Inventario de depresión de Beck donde la prevalencia de la depresión 32,3% para depresión leve 23,9, moderada 5,6 % y severa fue del 2,8%, la edad de los participantes fue de 24 a 40 años. El 53,5% de los estudiantes fueron del sexo femenino y el 46,5% del masculino (32). En comparación con nuestro estudio, se observan cifras considerablemente más bajas. Esto puede deberse a diferencias en el tamaño de la muestra, las condiciones laborales y académicas de los posgradistas en otro contexto, así como posibles factores culturales y de soporte que podrían influir en la salud mental de los médicos en formación mexicanos.

Otro estudio realizado en México, con una muestra de 247 médicos residentes, utilizó instrumentos de medición validados el Cuestionario de Hamilton para la Estadificación de la ansiedad, donde la frecuencia de ansiedad fue del 17%, con una mayor prevalencia de ansiedad leve. En cambio, no se registraron casos de ansiedad grave en ningún médico; además, a través de la escala PHQ-9 se evidenció que la frecuencia de depresión fue de 45%. Los médicos de las especialidades que mostraron mayor frecuencia de depresión fueron anestesiología, medicina interna y pediatría (33). Este estudio reportó cifras considerablemente menores en comparación con nuestro estudio. Es relevante señalar que la investigación de México se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19, lo que representaría contradictorio al considerarlo un factor de riesgo importante, estas consideraciones se encuentran más allá del alcance de nuestra investigación.

Otro estudio realizado con 119 médicos residentes en México en las áreas de Urgencias, Cirugía General, Medicina Interna y Medicina Familiar, utilizó el cuestionario SRQ de 30 preguntas obteniendo una prevalencia de 7,56% con probables casos de episodio depresivo grave y 27,73% con episodio depresivo moderado y 64,71% fueron clasificados con depresión leve (34). Cabe destacar que en este estudio se consideró a la totalidad de la muestra como población con depresión 100%, lo que dificulta establecer una comparación directa con nuestra investigación. Sin embargo, al analizar los casos de depresión grave, se observa que el porcentaje reportado 7,56% es cercano al obtenido en nuestro estudio 9%, a pesar de que se utilizaron herramientas de evaluación diferentes.

A nivel internacional, en un estudio realizado en África del Norte, se observó una prevalencia relativamente baja de ansiedad, a pesar de que el tamaño de la muestra fue considerablemente mayor que el de nuestro estudio. Sin embargo, en cuanto a la depresión, nuestros resultados muestran una prevalencia más alta. Este estudio incluyó a 1700 médicos residentes de diversas especialidades y utilizó el cuestionario Hospital Ansiedad y Depresión (HAD) para medir la prevalencia de ansiedad y/o depresión. Los resultados indicaron que el 74,1% de los residentes presentaron ansiedad (43,6% con ansiedad definida y 30,5% con ansiedad probable). Además, el 62% reportó síntomas de depresión (30,5% con depresión definida y 31,5% con depresión probable) (37).

En una revisión sistemática, se recolectó información de publicaciones entre enero de 1963 y septiembre de 2015, de 31 estudios transversales (9447 individuos) y 23 estudios longitudinales (8113 individuos), con un total 17 560 médicos en formación llevado a cabo en América del Norte, en Asia, en Europa, en América del Sur y en África los resultados arrojaron que la prevalencia global agrupada de depresión o síntomas depresivos fue del 28,8% (38). Este estudio, con una muestra mucho más grande y datos recolectados a lo largo de varios años, muestra cifras considerablemente más bajas en comparación con nuestro estudio, lo que podría explicar la diferencia en los resultados. Es importante considerar que la mayoría de los estudios incluidos fueron de contextos fuera de Sudamérica.

Un estudio español, en 48 residentes de dermatología, aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), donde se evidenció el 22,9% manifestó algún grado de depresión, el 58,33% de los residentes presentaba algún grado de ansiedad, uno de los factores asociados fue la carga de trabajo (39). Cabe destacar que, a diferencia de este estudio, en el nuestro no se incluyó esta especialidad médica y se realizó en una muestra considerablemente más pequeña.

Las escalas de evaluación de la ansiedad y la depresión, como la escala de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), el Cuestionario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Goldberg (GADS), han sido ampliamente utilizadas en estudios clínicos y epidemiológicos. Sin embargo, las escalas GAD-7 y PHQ-9 son actualmente más reconocidas por su alta sensibilidad y especificidad en la detección de trastornos de ansiedad y depresión. Estas herramientas han demostrado ser más efectivas en la práctica clínica y la investigación debido a su facilidad de aplicación, interpretación y validación en diversas poblaciones. Además, el uso de diferentes escalas en estudios previos puede generar variabilidad en los resultados, ya que cada una mide distintos aspectos de la sintomatología y posee diferentes puntos de corte para clasificar la gravedad de los trastornos.

El índice de comportamientos saludables en los posgradistas de especialidades médicas, evaluado mediante el (HBI), evidenció que la mayoría de los posgradistas presentó índices bajos de comportamientos saludables. Resultados similares fueron reportados en un estudio polaco con personal de enfermería, donde se evaluaron 312 profesionales de la salud con el mismo instrumento, en dicho estudio, el 44,55% presentó un índice bajo de comportamientos saludables, el 35,58% un índice medio y el 19,87% un índice alto (24). De manera similar, un estudio realizado en personal sanitario femenino de centros de atención médica en el sur de Polonia reportó que el 33% de las participantes mostró un índice bajo, el 39% un índice medio y el 28% un índice alto de comportamientos saludables (25). Por otro lado, en contraste con estos hallazgos, una investigación en personal sanitario en formación en Polonia encontró que el 46,5% de los participantes presentó un índice bajo, el 29,1% un índice medio y el 24,4% un índice alto de comportamientos saludables (40). En conjunto, estos resultados sugieren que, en general, los profesionales de la salud tienden a presentar comportamientos saludables deficientes.

En cuanto a la valoración de las subescalas del HBI, un estudio en personal de enfermería en Polonia, reportó una puntuación media de 3 puntos en cada una de las cuatro subescalas evaluadas (buenos hábitos alimentarios, conductas preventivas, prácticas saludables y actitud mental positiva), lo que se interpreta como la realización de

estas conductas “de vez en cuando” (24). De manera similar, otra investigación en personal sanitario femenino polaco encontró que la subescala con mayor frecuencia fue "Actitud mental positiva", mientras que la menos frecuente fue "Prácticas saludables" (25). Estos hallazgos coinciden con los de nuestro estudio, donde la puntuación media en todas las subescalas fue similar, destacándose que la puntuación media más alta en ambos géneros correspondió a la subescala de “Actitud mental positiva”, mientras que la más baja fue para “Prácticas saludables”. Esto refuerza la idea de que la adopción de conductas saludables entre el personal de salud no es frecuente ni prioritaria. Estos resultados son preocupantes, dado que la escasa adopción de comportamientos saludables en el personal sanitario puede afectar tanto la salud de los médicos en formación como la calidad de atención que brindan a sus pacientes. La evidencia demuestra que los profesionales de la salud que incorporan hábitos saludables tienen mayor credibilidad y capacidad para motivar a sus pacientes en la adopción de comportamientos saludables. En este sentido, la baja prevalencia de comportamientos saludables en los posgradistas podría influir negativamente en la promoción de conductas saludables en sus pacientes (41). Por ello, estos hallazgos subrayan la necesidad de diseñar e implementar estrategias en los programas de formación médica que fomenten la adopción de conductas saludables, esto no solo contribuirá a mejorar la salud y el desempeño de los médicos en formación, sino que también generaría un impacto positivo en la promoción de hábitos saludables en los pacientes.

Los resultados de este estudio evidencian una correlación negativa moderada entre las conductas saludables y los síntomas de ansiedad y depresión en los posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, estos hallazgos sugieren que una mayor adopción de comportamientos saludables se asocia con una menor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, además, son consistentes con investigaciones previas que han identificado la influencia de los hábitos saludables en el bienestar mental de las personas. Por ejemplo, un estudio realizado en estudiantes universitarios brasileños, encontró que aquellos con conductas de riesgo relacionadas con el estilo de vida, como el consumo de cigarrillo y alcohol, malos hábitos alimenticios, inactividad física y menos de seis horas de sueño al día, presentaban una mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con aquellos quienes adoptaban conductas más saludables (42). De manera similar, en adultos londinenses se demostró que la práctica regular de actividad física se asocia inversamente con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, disminuyendo su probabilidad (43). Asimismo, en estudiantes universitarios españoles se reportó que el 82,3% de los participantes tenía una alimentación poco saludable, lo que se relacionó significativamente con una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y estrés (44). Estos antecedentes refuerzan la relevancia de los resultados obtenidos en el presente estudio y resaltan la necesidad de implementar intervenciones que fomenten comportamientos saludables entre los posgradistas de especialidades médicas, promover estos hábitos no solo podría mejorar la salud mental y física de los médicos en formación, sino también fortalecer su capacidad para brindar una atención de calidad y para influir positivamente en la adopción de conductas saludables por parte de sus pacientes (41).

En el presente estudio, se identificó una relación significativa entre niveles altos de conductas saludables y una menor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad y depresión, específicamente, un alto nivel de conductas saludables (HBI alto) se asoció con una menor probabilidad de síntomas depresivos y de ansiedad en todos los modelos de regresión logística evaluados. Estos hallazgos destacan el impacto positivo que puede ejercer la adopción de comportamientos saludables en la salud mental de los médicos en

formación, desempeñando un papel fundamental en la prevención y reducción trastornos mentales. Resultados similares han sido reportados en otros estudios, por ejemplo, en personal sanitario español durante la pandemia de SARS-CoV-2, se observó que los niveles más altos de actividad física tuvieron un impacto positivo en la salud mental, mejorando la ansiedad, el estrés y la depresión, en contraste, el consumo de cigarrillo, el abuso de sustancias y una menor actividad física se asociaron con un deterioro significativo de la salud mental de los trabajadores de la salud (45). Por otro lado, en estudiantes universitarios brasileños se identificó una relación bidireccional entre los comportamientos relacionados con el estilo de vida y la depresión, lo que sugiere que los hábitos poco saludables pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos, mientras que la presencia de estos trastornos, a su vez, puede influir negativamente en dichos comportamientos, este fenómeno está respaldado por procesos neurobiológicos y vías fisiológicas implicadas en la depresión, formando un ciclo que refuerza la importancia del estilo de vida en la salud mental (42). En este contexto, resulta fundamental implementar estrategias efectivas que promuevan comportamientos saludables dentro de los programas de formación médica. A futuro, sería valioso llevar a cabo estudios que analicen el impacto de estas intervenciones, contribuyendo de manera significativa a un abordaje integral que favorezca el bienestar físico y mental de los profesionales de la salud.

El diseño del estudio es idóneo para identificar las correlaciones entre comportamientos saludables y síntomas de ansiedad y depresión, ofreciendo información valiosa en el contexto específico de los estudiantes de posgrado en medicina. Además, se utilizaron instrumentos de medición validados y reconocidos, lo que potencia la fiabilidad y validez de los datos obtenidos. Este estudio representa una contribución significativa al campo de la medicina al proporcionar información nueva y relevante sobre la ansiedad y depresión en posgradistas en Ecuador. Al tratarse de un estudio transversal y de diseño observacional, existe el riesgo de sesgo de selección debido a que la participación fue voluntaria, lo que impide garantizar la total representatividad de la muestra. Aunque se emplearon instrumentos validados, el uso de cuestionarios autoadministrados depende de la honestidad de las respuestas de los participantes. Otra limitación relevante es que, al ser un estudio realizado en línea, no fue posible realizar una evaluación clínica presencial que permitiera identificar alteraciones de salud mental de forma oportuna. Finalmente, aunque el tamaño de la muestra fue adecuado para realizar los análisis, una muestra mayor podría haber mejorado la generalización de los resultados.

Conclusiones

La mayoría de los posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, presentaron índices bajos de comportamientos saludables; las Prácticas de Salud, fueron las áreas más descuidadas, mientras que la Actitud Mental Positiva destacó como la conducta más frecuente. Se encontró una correlación negativa moderada entre los niveles de comportamientos saludables y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Los posgradistas con niveles altos de comportamientos saludables mostraron una menor probabilidad de desarrollar estos trastornos, lo que resalta la importancia de adoptar estilos de vida saludables para preservar la salud mental. Como institución comprometida con el desarrollo estudiantil, la (PUCE) tiene un rol clave en la promoción de la salud de sus alumnos. Es fundamental implementar estrategias que fomenten cambios positivos en el estilo de vida, permitan la detección temprana de trastornos mentales y ofrezcan programas de apoyo psicológico. Estas acciones no solo contribuirán a reducir la incidencia de problemas de salud mental, sino también podría mejorar el rendimiento académico y la calidad de vida de los estudiantes.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de financiación: La presente investigación fue financiada en su totalidad por los autores, sin recibir apoyo financiero externo.

Referencias Bibliográficas

1. Grimaldo Muchotrigo MP. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. Psicología y Salud [Internet]. 2012 [citado el 27 de marzo de 2025];22:75–87. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/559/958>
2. Morales M, Gómez M. V, García R. C, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno S. Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería del Estado de México. Revista Colombiana de Enfermería [Internet]. el 20 de septiembre de 2018 [citado el 27 de marzo de 2025];16:14–24. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2300/1737>
3. Campo-Tenera L, Herazo-Beltrán Y, García-Puello F, Suarez-Villa M, Méndez O, Vásquez-De La Hoz F. Healthy lifestyles of children and adolescents. Salud Uninorte Barranquilla (Col) [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2025];33(3):419–28. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00419.pdf>
4. Chalapud Narváez LM, Molano Tobar NJ, Roldán González E. Estilos de vida saludable en docentes y estudiantes universitarios. Retos [Internet]. el 18 de diciembre de 2021;44:477–84. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/89342>
5. Vallejo Alviter NG, Martínez Moctezuma E. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. Drugs and Addictive Behavior [Internet]. el 1 de julio de 2017 [citado el 27 de marzo de 2025];2(2):225. Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/DAB/article/view/2442/1861>

6. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2012 [citado el 27 de marzo de 2025];30:202–11. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000200009&script=sci_abstract&tlng=es
7. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado el 2 de mayo de 2024]. Conferencia Mundial de la OMS sobre las Enfermedades No Transmisibles. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2017/10/16/default-calendar/who-global-conference-on-noncommunicable-diseases>
8. Mebarak M, De Castro A, Salamanca M del P, Quintero MF. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2009 [citado el 27 de marzo de 2025];23:83–112. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2009000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
9. Zullig KJ, Ward RM, Horn T. The Association Between Perceived Spirituality, Religiosity, and Life Satisfaction: The Mediating Role of Self-Rated Health. *Soc Indic Res* [Internet]. el 17 de octubre de 2006;79(2):255–74. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11205-005-4127-5>
10. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* [Internet]. el 2 de junio de 2015 [citado el 25 de abril de 2024];5(6):e007079. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2014-007079>

11. Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annu Rev Public Health* [Internet]. el 2 de abril de 2020;41(1):201–21. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-040119-094247>
12. Doran CM, Kinchin I. Economics of Mental Health: Providing a Platform for Efficient Mental Health Policy. *Appl Health Econ Health Policy* [Internet]. el 15 de abril de 2020;18(2):143–5. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40258-020-00569-6>
13. Wagner S, Koehn C, White M, Harder H, Schultz I, Williams-Whitt K, et al. Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *Int J Occup Environ Med* [Internet]. el 1 de enero de 2016 [citado el 27 de marzo de 2025];7(1):1–14. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6816521/>
14. Wang X, Memon AA, Palmér K, Hedelius A, Sundquist J, Sundquist K. Role of multiple risk factors in mental disorders diagnosed in middle-aged women: A population-based follow-up study. *J Psychiatr Res* [Internet]. el 1 de diciembre de 2022;156:414–21. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395622005921>
15. Frاسquilho D, Matos MG, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health* [Internet]. el 3 de diciembre de 2015;16(1):115. Disponible en: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2720-y>
16. Argüello-González AJ, Cruz-Arteaga G. Autorregulación de hábitos alimenticios en médicos residentes de Medicina Familiar con sobrepeso u obesidad. *Atención*

- Familiar [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2025];24((4)):160–4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74978>
17. Diaz-Carrion EG, Failoc-Rojas VE. Estilos de vida en profesionales de salud de un hospital en Chiclayo, Perú 2017. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2020;19((5)):1–10. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2876>
 18. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel P. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: Efecto Covid-19. Revista Interamericana de Psicología [Internet]. 2020 [citado el 27 de marzo de 2025];54(1):1–19. Disponible en: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298/1013>
 19. López Izurieta I, López Izurieta I. La Salud Mental del personal sanitario ante la Pandemia del Covid-19. Enfermería Investiga [Internet]. el 3 de enero de 2021 [citado el 27 de marzo de 2025];6(1):47–50. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1026/956>
 20. Otáñez-Ludick JE. Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2025];20(2):5–11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82567>
 21. Menon V, Muraleedharan A. Internet-based surveys: relevance, methodological considerations and troubleshooting strategies. Gen Psychiatr [Internet]. el 1 de julio de 2020;33(5):e100264. Disponible en: <http://gpsych.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gpsych-2020-100264>

22. Aerny Perreten N, Domínguez-Berjón M a F, Astray Mochales J, Esteban-Vasallo MD, Blanco Ancos LM, Lópaz Pérez M a Á. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gac Sanit* [Internet]. septiembre de 2012;26(5):477–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111200012X>
23. Gobierno del Ecuador. Registro Oficial del Ecuador N° 798 [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_Acuerdo-ministerial-1829.pdf
24. Orszulak N, Kubiak K, Kowal A, Czapla M, Uchmanowicz I. Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. el 9 de octubre de 2022 [citado el 26 de marzo de 2025];19(19):12927. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12927>
25. Niestrój-Jaworska M, Dębska-Janus M, Polechoński J, Tomik R. Health Behaviors and Health-Related Quality of Life in Female Medical Staff. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. el 25 de marzo de 2022 [citado el 25 de marzo de 2025];19(7):3896. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/7/3896>
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Intern Med* [Internet]. el 22 de mayo de 2006;166(10):1092. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.166.10.1092>
27. Zhong QY, Gelaye B, Zaslavsky AM, Fann JR, Rondon MB, Sánchez SE, et al. Diagnostic Validity of the Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) among Pregnant Women. Dekel S, editor. *PLoS One* [Internet]. el 27 de abril de 2015;10(4):e0125096. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0125096>

28. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* [Internet]. el 9 de abril de 2019;365:11476. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.11476>
29. Silva-Quintana RA. Ideas hipocondriacas y los niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del Hospital provincial docente Ambato en el período Enero - Julio del año 2013. [Internet]. 2015 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/8e074bb8-ea9c-400f-9243-2843cdd113df/content>
30. Calderón-Villota DB. Ansiedad y depresión en médicos residentes con Síndrome de burnout, en hospital de niños Baca Ortiz, del distrito metropolitano de Quito durante el año 2010. [Internet]. 2010 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/31036>
31. Ayala-Tenesaca EP. Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño en médicos postgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019 [Internet]. 2020 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e1e0e5b0-9212-4076-bc00-53247e9ca2ad/content>
32. Aguirre-Hernández R, Flores-López FJ, Flores-Flores CR. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente Año* [Internet]. 2011 [citado el 20 de marzo de 2025];3(8). Disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>
33. Martínez-García JA, Aguirre-Barbosa M, Mancilla-Hernández E, Hernández-Morales M del R, Guerrero-Cabrera MB, Schiaffini-Salgado LG, et al. Prevalencia

- de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Rev Alerg Mex* [Internet]. el 1 de enero de 2022 [citado el 20 de marzo de 2025];69(1):1–6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902022000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Saldaña-Ibarra O; LOM. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. www.medigraphic.com/emis [Internet]. 2014 [citado el 20 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo144d.pdf>
 35. Huarcaya V, Calle-González R. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Médica* [Internet]. el 1 de mayo de 2021 [citado el 20 de marzo de 2025];22:142–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181320300371>
 36. Rivera-Huayna LA. Factores asociados a ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa [Internet]. 2021 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9a55feaf-29ec-4bc7-b8a0-e4aed34f7d59/content>
 37. Marzouk M, Ouanes-Besbes L, Ouanes I, Hammouda Z, Dachraoui F, Abroug F. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre médicos residentes en Túnez: un estudio transversal. *BMJ Open* [Internet]. junio de 2018 [citado el 20 de marzo de 2025];8:20655. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/>
 38. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians:

- A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA [Internet]. el 8 de diciembre de 2015 [citado el 20 de marzo de 2025];314(22):2373–83. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2474424>
39. Soto-Moreno A, Martínez-López A, Ureña-Paniego C, Martínez-García E, Buendía-Eisman A, Arias-Santiago S. Burnout Syndrome, Anxiety, and Depression in Dermatology Residents: A Cross-Sectional Study. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. el 1 de noviembre de 2024 [citado el 20 de marzo de 2025];115(10):T935–42. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731024007087>
40. Chawłowska E, Staszewski R, Zawiejska A, Giernas B, Domaradzki J. Actions Speak Louder Than Words: Health Behaviours and the Literacy of Future Healthcare Professionals. *Healthcare* [Internet]. el 8 de septiembre de 2022;10(9):1723. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/9/1723>
41. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med* [Internet]. febrero de 2009;43(2):89–92. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bjsm.2008.055426>
42. Vieira F da ST, Muraro AP, Rodrigues PRM, Sichieri R, Pereira RA, Ferreira MG. Lifestyle-related behaviors and depressive symptoms in college students. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;37(10). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001005001&tlng=en
43. Azevedo Da Silva M, Singh-Manoux A, Brunner EJ, Kaffashian S, Shipley MJ, Kivimäki M, et al. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. *Eur J Epidemiol*

- [Internet]. el 24 de julio de 2012;27(7):537–46. Disponible en:
<http://link.springer.com/10.1007/s10654-012-9692-8>
44. Ramón-Arbués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R, et al. Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019;36(6):1339–45. Disponible en:
<https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02641/show>
45. Sangrà PS, Ribeiro TC, Esteban-Sepúlveda S, Pagès EG, Barbeito BL, Llobet JA, et al. Mental health assessment of Spanish frontline healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic. *Med Clin (Barc)* [Internet]. el 23 de septiembre de 2022;159(6):268–77. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775321007090>

Anexos

Anexo 1. Correlación entre conductas saludables (HBI) y síntomas de ansiedad (GAD-7) en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

```
##  
## Pearson's product-moment correlation  
##  
## data: HBI and GAD  
## t = -6.941, df = 287, p-value = 2.597e-11  
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0  
## 95 percent confidence interval:  
## -0.4737794 -0.2758108  
## sample estimates:  
## cor  
## -0.379125
```

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

Anexo 2. Correlación entre conductas saludables (HBI) y síntomas de depresión (PHQ-9) en posgradistas de especialidades médicas de la PUCE, 2024.

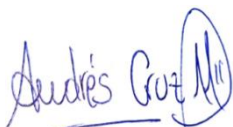
```
##  
## Pearson's product-moment correlation  
##  
## data: HBI and PHQ  
## t = -8.3669, df = 287, p-value = 2.616e-15  
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0  
## 95 percent confidence interval:  
## -0.5310674 -0.3450735  
## sample estimates:  
## cor  
## -0.4428219
```

Elaborado por: Andrés Cruz – Daniela Cortez

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El presente Trabajo de Titulación titulado: *“Conductas saludables y síntomas de ansiedad y depresión en los posgradistas de especialidades médicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2024”*, elaborado por Andrés Alejandro Cruz Medina y María Daniela Cortez Quishpe, declaramos que los análisis, resultados, opiniones y comentarios que constan en el mismo son de nuestra exclusiva responsabilidad legal y académica.

Firmamos esta declaración en conocimiento de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, asumiendo plenamente las implicaciones éticas y profesionales que ello conlleva.



Md. Andrés Alejandro Cruz Medina
1716753858



Md. María Daniela Cortez Quishpe
1722667506