

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO,  
2025**

**PRESENTADO POR:**

**BR. NINOSKA GERALDINE GOMEZ AMAU**

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR:**

**M.C. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO**

**CUSCO – PERÚ**

**2025**

## INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesistitulada: RELACION ENTRE  
EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESION EN ESTUDIANTES  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025

Presentado por: NINOSKA GERALDINE GOMEZ AMAU DNI N° 70938201

presentado por: ..... DNI N°: .....

Para optar el título profesional/grado académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 5%.

### Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 10 de Julio de 2025

  
**JORGE LUIS CABEZAS LIMACO**  
MEDICO PSIQUIATRA  
C.M.P. 29844 - P.N.E. 10144  
Firma

Post firma Jorge Luis Cabezas Limaco

Nro. de DNI 23903098

ORCID del Asesor 0000-0002-0823-3146

### Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:** 27259:472835677

# RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD ...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

## Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:472835677

Fecha de entrega

9 jul 2025, 4:51 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

9 jul 2025, 4:55 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE L....pdf

Tamaño de archivo

5.0 MB

108 Páginas

29.968 Palabras

166.408 Caracteres

  
JORGE LUIS CABEZAS LIMACO  
MEDICO PSICUATRA  
C.M.P 29644 - R.N.E. 16144

## 5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

### Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

  
JORGE LUIS CABEZAS LIMACO  
MEDICO PSIQUIATRA  
C.M.P 29644 - R.N.E. 16144

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	i
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> .....	ii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	4
1.1. Fundamentación del problema.....	4
1.2. Antecedentes teóricos .....	8
1.3. Formulación del problema.....	15
1.3.1. Problema general .....	15
1.3.2. Problemas específicos.....	15
1.4. Objetivos de la investigación.....	15
1.4.1. Objetivo general.....	15
1.4.2. Objetivos específicos .....	16
1.5. Justificación de la investigación .....	16
1.6. Limitaciones de la investigación.....	18
1.7. Aspectos éticos.....	18
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	20
2.1. Marco teórico .....	20
2.1.1. Depresión .....	20
2.1.2. Experiencias adversas en la infancia .....	30
2.1.3. Experiencias adversas en la infancia y depresión.....	34
2.1.4. Instrumentos validados .....	35
2.2. Definición de términos básicos.....	38
2.3. Hipótesis.....	39
2.3.1. Hipótesis general .....	39
2.3.2. Hipótesis específicas .....	39
2.4. Variables.....	40
2.5. Definiciones operacionales .....	41
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	46
3.1. Tipo de investigación .....	46
3.2. Diseño de la investigación .....	46
3.3. Población y muestra .....	47
3.3.1. Descripción de la población .....	47
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión .....	47
3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo.....	47
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos .....	49
3.4.1. Técnica.....	49
3.4.2. Instrumento.....	49
3.4.3. Procedimientos de recolección de datos.....	50
3.5. Plan de análisis de datos .....	51
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	53
4.1. Resultados.....	53
4.2. Discusión .....	63
4.3. Conclusiones .....	67
4.4. Sugerencias.....	69
<b>PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO</b> .....	72
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	73
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	76
<b>ANEXOS</b> .....	85
ANEXO 1: Matriz de consistencia de la investigación.....	85
ANEXO 2: Instrumento de Investigación.....	87
ANEXO 3: Cuadernillo de validación .....	91
ANEXO 4: Validación del instrumento .....	95

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza persistente y pérdida de interés en actividades habituales. Afecta negativamente la calidad de vida de las personas y, en casos graves, puede llevar al suicidio. Este trastorno psiquiátrico es muy común y constituye un importante problema de salud pública. En cuanto a las experiencias adversas en la infancia, múltiples investigaciones han demostrado su impacto sobre la salud física y mental a lo largo de la vida, afectando diversas dimensiones del modelo biopsicosocial del ser humano. Se ha evidenciado que la exposición temprana a eventos potencialmente traumáticos se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos en la adultez, siendo la depresión uno de los más prevalentes. Esta relación cobra particular importancia en el contexto universitario, donde los estudiantes se enfrentan a exigencias académicas, sociales y emocionales; que pueden exacerbar o revelar síntomas depresivos previamente latentes.

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025. Asimismo, busca aportar información nueva y relevante en un contexto local, que permita visibilizar un problema latente y sustentar el diseño de intervenciones preventivas.

El primer capítulo aborda el problema de investigación, el cual está sustentado con antecedentes en relación con el tema de estudio, los objetivos que se pretende seguir y la justificación que destaca la importancia del estudio. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico conceptual, con una revisión centrada en la depresión y las experiencias adversas en la infancia; así como los instrumentos utilizados para su evaluación en esta investigación. El tercer capítulo describe la metodología empleada, incluyendo el tipo y diseño del estudio, el muestreo y los procedimientos de recolección de datos. Finalmente, el último capítulo presenta los resultados obtenidos, la discusión en relación con estudios previos, y las conclusiones y sugerencias derivadas del análisis realizado.

## RESUMEN

### “RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”

Gomez N

**Antecedentes:** La depresión afecta al 3,8% de la población mundial y se asocia a deterioro funcional y alta morbilidad. En estudiantes universitarios, su prevalencia alcanza el 38,4%, afectando su bienestar y rendimiento académico. Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia (EAI) son eventos que han demostrado tener efectos perjudiciales a largo plazo, comprometen la salud física y mental, representan así un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos como la depresión.

**Objetivo:** Determinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la presencia de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.

**Métodos:** Se realizó un estudio correlacional, de diseño observacional y transversal. Se aplicaron el Cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia (ACE-IQ) y el Inventario de Depresión Beck (BDI-II) en una muestra de 239 estudiantes.

**Resultados:** El 63,4% de los estudiantes reportó al menos una EAI, y el 15,3% cuatro o más. El 55,2% presentó síntomas depresivos, predominando el nivel leve (25,9%). Se halló una correlación positiva moderada entre el número de EAI y los niveles de depresión ( $\rho=0.553$ ,  $p<0.05$ ). La regresión logística indicó que por cada EAI adicional, la probabilidad de presentar depresión se incrementa significativamente (OR=2.514; IC 95% [1.923–3.288],  $p<0.001$ ). Además, el sexo femenino y la procedencia urbana se asociaron con mayor probabilidad de depresión.

**Conclusiones:** Las experiencias adversas en la infancia (EAI) se relacionan significativamente con la presencia y gravedad de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de áreas de la salud.

**Palabras clave:** Experiencias adversas en la infancia, Depresión, Estudiantes del Área de la Salud (DeCS).

## ABSTRACT

### "RELATIONSHIP BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND DEPRESSION IN STUDENTS OF THE FACULTY OF MEDICINE AT THE NATIONAL UNIVERSITY OF SAN ANTONIO ABAD OF CUSCO, 2025"

Gomez N

**Background:** Depression affects 3.8% of the global population and is associated with impaired daily functioning and high morbidity. Among university students, its prevalence reaches 38.4%, negatively impacting emotional well-being and academic performance. On the other hand, Adverse Childhood Experiences (ACEs) are events that have been shown to produce long-term negative effects, compromising both physical and mental health, and thus representing a significant risk factor for the development of disorders such as depression.

**Objective:** To determine the relationship between adverse childhood experiences and the presence of depression in students of the Faculty of Medicine at the National University of San Antonio Abad of Cusco in 2025.

**Methods:** A correlational, observational, and cross-sectional study was conducted. The Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-IQ) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) were applied to a sample of 239 students.

**Results:** A total of 63.4% of students reported at least one ACE, and 15.3% reported four or more. Depressive symptoms were present in 55.2%, with mild levels predominating (25.9%). A moderate positive correlation was found between the number of ACEs and depression levels ( $\rho = 0.553$ ,  $p < 0.05$ ). Logistic regression indicated that for each additional ACE, the likelihood of depression increased significantly (OR = 2.514; 95% CI [1.923–3.288],  $p < 0.001$ ). Female gender and urban origin were also associated with a higher probability of depression.

**Conclusions:** Adverse childhood experiences (ACEs) are significantly related to the presence and severity of depressive symptoms in university students from health-related fields.

**Keywords:** Adverse Childhood Experiences, Depression, Health Care Students (DeCS).

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Fundamentación del problema

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. Se caracteriza por tristeza persistente, baja autoestima, sentimientos de culpa, alteración en el sueño, falta de concentración, fatiga, cambios en el apetito y pérdida de placer e interés en actividades durante largos periodos de tiempo <sup>(1)</sup>. Es causa importante de discapacidad y, en casos severos, puede llevar al suicidio. Afecta a personas de todas las edades y constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial <sup>(2)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta al 3,8% de la población en general, al 5% de los adultos (6% de mujeres y 4% de varones) y al 5,7% de los adultos mayores de 60 años. Cada año, más de 700 000 personas mueren por suicidio, siendo esta la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años <sup>(3)</sup>.

En el Perú, estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi reportan una prevalencia anual de trastornos depresivos entre 3,3% (sierra rural) y el 8,6% (selva urbana). Desde el 2016 se implementó la vigilancia de problemas de salud mental, con la aprobación de la “Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de Salud Mental Priorizados en Establecimientos de Salud Centinela y mediante Encuesta Poblacional” <sup>(4,5)</sup>. Esta iniciativa reporta el número de episodios depresivos moderados a graves que presenta la población, el cual ha presentado un aumento gradual debido a la implementación de esta estrategia y se vio influenciada por la pandemia de COVID-19. Para el año 2023, la prevalencia general de episodios depresivos en personas mayores de 12 años fue del 7,6% <sup>(6)</sup>. Se observan diferencias en el reporte según sexo y edad, siendo más frecuente en mujeres (77,82%), en adultos (39,94%) y jóvenes (32,37%). En el 61% de los casos se identificó algún estresor social, destacando la violencia familiar (36%) y el duelo (18,95%). Del total de episodios depresivos registrados, el 80,14% fueron clasificados como moderados, mientras que el 16,7% corresponden a casos graves; además, predominando en estudiantes y amas de casa <sup>(7,8)</sup>.

En el Cusco, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del año 2021, la depresión unipolar fue la segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA), en personas de 15 a 44 años <sup>(9)</sup>. Según la sala situacional de problemas de salud mental priorizados, que reporta episodios depresivos moderados a graves, la región del Cusco registró 1220 casos acumulados durante el 2024, lo que evidenció un incremento del 36% respecto al año anterior. Los distritos con mayor número de casos fueron San Sebastián, Santiago, Cusco y Pichari; además, en su análisis sociodemográfico, en términos de ocupación, los estudiantes registraron la mayor cantidad de casos (389), seguidos por las amas de casa (277) <sup>(10)</sup>.

En la población universitaria, la mayoría de estudiantes de pregrado tienen entre 18 y 25 años, un periodo crítico para la aparición de trastornos mentales comunes, debido a que están expuestos a factores como el estrés académico, presión por el rendimiento y adaptación social, condiciones que generan un alto nivel de estrés, en comparación con la población general <sup>(11,12)</sup>. El Proyecto Internacional de Estudiantes Universitarios de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS reveló que el 38,4% de los estudiantes presentaron síntomas de algún trastorno mental, y el 43% de ellos reportaron que esto interrumpe en su rendimiento académico, bienestar, vida social y oportunidades laborales <sup>(13)</sup>. Se han analizado este tipo de problemas en estudiantes de Medicina, donde en una revisión sistemática que incluyó 249 estudios, se reportó una prevalencia de depresión importante del 27% en esta población <sup>(14)</sup>. Un estudio realizado en la India analizó la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de pregrado en varios países del mundo, empleando el cuestionario DASS 42. Los hallazgos indicaron que el 51,3% de los participantes padecía depresión, el 66,9% ansiedad y el 53% estrés; siendo los estudiantes de semestres avanzados los más afectados <sup>(15)</sup>. En Nepal, un estudio con 212 estudiantes de enfermería reportó una prevalencia de síntomas depresivos del 40%, de los cuales 27,4% fueron leves, 9% moderados y 1,4% severos <sup>(16)</sup>. En 2018, un estudio en siete regiones del Perú encontró que el 13,5% de los estudiantes de Medicina presentaba algún grado de depresión, y específicamente, un 8,8% de los estudiantes de la Universidad de San Antonio Abad Del Cusco cumplieron criterios de depresión según la escala de autoevaluación de depresión de Zung <sup>(17)</sup>.

Por otra parte, durante la pandemia de COVID-19, el confinamiento impuesto tuvo un impacto significativo en la población, provocando diferentes reacciones físicas, psicológicas y conductuales. Dentro de las afecciones psicológicas se resalta la depresión, con un notable aumento en su prevalencia, especialmente entre los estudiantes universitarios. Según lo mencionado, cuando se evaluaron los indicadores de depresión, un 55,0% de los estudiantes presentaba niveles bajos de depresión, mientras que un 36,2% presentó niveles medios y un 8,8% reportó niveles altos de depresión. Además, en su análisis según departamento de procedencia se encontró que en Cusco, los estudiantes mostraban una mayor tendencia a los niveles medio y alto de depresión <sup>(18)</sup>.

En general, la depresión en la adultez temprana puede generar abandono escolar, bajo rendimiento académico, consumo de sustancias, conductas suicidas y accidentes de tránsito. Existen múltiples factores que contribuyen en su aparición y desarrollo, como la pobreza, el abuso sexual, los conflictos, el desempleo y, de manera importante, las experiencias adversas en la infancia.

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son eventos ocurridos en la niñez, varían en severidad y suelen ser crónicos, ocurren en el entorno familiar o social, y generan daño, afectando el bienestar físico o desarrollo psicológico del niño <sup>(19)</sup>. Se han vinculado con consecuencias negativas a lo largo de la vida, como depresión en la adultez <sup>(20)</sup>, especialmente en países de bajos y medianos ingresos <sup>(11,21)</sup>. Un estudio de cohorte realizado en Suecia, que incluyó gemelos nacidos entre 1959 y 1998, se realizó un seguimiento de 39 años y los datos fueron analizados desde abril de 2022 hasta noviembre de 2023. Se encontró una sólida asociación entre la exposición a las EAI, tales como violencia familiar, abuso, negligencia y otros eventos; y el diagnóstico de trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, abuso de alcohol o drogas o trastornos relacionados con el estrés) en adultos mayores de 18 años. El 38,6% de los participantes reportó la exposición a al menos una EAI, el 8.1% informaron tres o más EAI, además de ello reportan que a mayor número de EAI, mayor probabilidad de presentar algún trastorno psiquiátrico <sup>(22)</sup>.

La hipótesis de la sensibilización al estrés plantea que las EAI afectan al desarrollo normal de áreas cerebrales responsables de la regulación del estrés, reduciendo la capacidad de afrontar futuros factores estresantes. Por tanto, los estudiantes

universitarios al experimentar y afrontar altos niveles de estrés, son más vulnerables a la depresión si han tenido EAI <sup>(21)</sup>.

A pesar de su relevancia y frecuencia, las EAI han recibido escasa atención en muchos contextos a pesar de su potencial riesgo de problemas mentales como la depresión. Por ello, este estudio plantea que los adultos jóvenes que han experimentado mayor cantidad de EAI presentan mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. Entonces, identificar estos fenómenos, entender su desarrollo e impacto en la salud es esencial para diseñar intervenciones que busquen eliminar la continuidad intergeneracional de problemas asociados como bajo nivel educativo, desempleo, desigualdad e incapacidad de alcanzar el potencial personal.

La depresión sigue siendo una condición subdiagnosticada, con alta carga de comorbilidad, deterioro funcional y mortalidad. Más del 75% de las personas con depresión en países de ingresos bajos o medianos no acceden a ningún tipo de atención médica. Se destaca la insuficiente inversión en atención de la salud mental, así como la continuidad de estigmatización asociada a los trastornos mentales <sup>(23)</sup>.

Para este estudio se utilizó el Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II) para identificar la presencia y nivel de depresión, así como el Cuestionario ACE-IQ (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire), para evaluar eventos adversos ocurridos antes de los 18 años.

Este trabajo tiene carácter original, debido a que no existen investigaciones previas en la región que exploren la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en los estudiantes universitarios. Dada la alta prevalencia de depresión en escuelas profesionales relacionadas a la salud, la muestra se extraerá de este grupo. Además, la depresión y sus factores asociados constituyen una prioridad nacional de investigación en salud en el Perú.

## 1.2. Antecedentes teóricos

### 1.2.1. Internacionales

**Akter S, Arnob RH, Ashik MAU, Rahman MM (Bangladesh – 2025)**, en su estudio “Exposición a experiencias adversas en la infancia y problemas de salud mental en una muestra de jóvenes universitarios de Bangladesh: un estudio transversal” cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia (EAI) y analizar su relación al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios jóvenes. El estudio fue de tipo transversal, realizado entre octubre y diciembre, con una muestra de 858 estudiantes de una universidad de Bangladesh. Para la evaluación de las EAI se utilizó el cuestionario ACE-IQ, mientras que los síntomas de ansiedad y depresión fueron medidos mediante la Escala GAD-7 y el PHQ-9, respectivamente. Los resultados indicaron que el 54% de los participantes reportaron haber vivido al menos una EAI antes de los 18 años. Las EAI más frecuentes reportadas fueron el abuso emocional (27.0%), la violencia materna (18.2%) y el abuso físico (15.2%). La prevalencia de ansiedad y de depresión de moderados a severos fue del 34,4% y del 71,6% respectivamente. El análisis estadístico mostró que cada incremento en una unidad del puntaje de EAI se asoció con un aumento de padecer ansiedad moderada a severa (ORa=1,27; IC 95% [1,16-1,38]) y un 19% en la probabilidad de presentar depresión moderada a severa (ORa=1,19; IC 95% [1,08-1,31]). Se concluyó que las experiencias adversas en la infancia están significativamente asociadas con problemas de salud mental en estudiantes universitarios, reforzando la evidencia sobre el impacto prolongado de estas experiencias y destacando la necesidad de intervenciones tempranas y políticas preventivas en el ámbito educativo y sanitario <sup>(24)</sup>.

**Yu Y, Chotipanvithayakul R, Kuang H, Wichaidit W, Tan J (China - 2024)**, en su estudio “Variaciones en la asociación entre experiencias adversas en la infancia (EAI) y depresión según la edad en la primera aparición de EAI”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión entre estudiantes universitarios, además de evaluar como esta asociación varía según la edad en la que ocurrieron las experiencias adversas en la infancia por primera vez. Se realizó un estudio transversal con la participación de 1562 estudiantes de una Universidad del sur de China mediante un cuestionario autoadministrado que incluía

características básicas, la escala de experiencias adversas en la infancia y la escala de depresión (C-CES-D-SF). Los resultados mostraron una asociación significativa entre las EAI y la prevalencia de la depresión (OR=1,45; IC 95% [1,15-1,82]), con un impacto aún mayor en quienes reportaron haber experimentado tres o más ACE en comparación con aquellos sin antecedentes de EAI (OR=2,93; IC 95% [1,73-4,47]). Asimismo, se encontró que esta asociación era especialmente significativa en estudiantes cuya primera EAI ocurrió entre los 0 y 6 años (OR=3,48; IC 95% [1,71-7,11]). El estudio concluyó que la relación entre EAI y depresión se intensifica a medida que aumenta el número de experiencias adversas y según la edad en que ocurrieron por primera vez, además que ciertos tipos de EAI, como el abuso emocional y físico, tuvieron un impacto más significativo en la depresión cuando ocurren en edades más tempranas. Además, los hallazgos pueden contribuir a la formulación de estrategias en salud pública y salud mental <sup>(25)</sup>.

**Tao H, Zeng X, Hou M, Chen S, Shen J, Liao X, Zou C (China – 2023)**, en su estudio “Asociación entre experiencias adversas en la infancia y depresión entre estudiantes de medicina: el papel del funcionamiento familiar y el insomnio”, cuyo objetivo fue analizar cómo las experiencias adversas en la infancia influyen en la depresión, considerando el funcionamiento familiar y el insomnio como posibles factores mediadores. Es un estudio transversal realizado en una muestra de 368 estudiantes de medicina de la Universidad de Chengdu en el año 2021. Para la recolección de datos, los participantes completaron cuatro cuestionarios de autoinforme: la escala ACE, el índice APGAR familiar, el ISI y el PHQ-9. Los hallazgos indicaron que el 38,3% de los participantes presentó síntomas de depresión leve, el 12,5% mostraba depresión moderada, el 4,1% presentaba depresión moderada a severa y el 2,4% presentaba depresión severa. Además, el 46,7% de los encuestados había experimentado al menos una EAI. Asimismo, se identificó una relación significativa entre la exposición a EAI y la depresión ( $\beta = 0.441$ ,  $p < 0.001$ ), lo que sugiere que a mayor exposición a estas experiencias adversas en la infancia se asocia a con la presencia de síntomas depresivos. Se concluyó que las EAI están significativamente asociadas con la depresión en estudiantes de medicina y que esta relación está parcialmente mediada por el funcionamiento familiar y el insomnio, resaltando la importancia de estos factores en la salud mental de los futuros profesionales de la salud <sup>(26)</sup>.

**Bhattarai A, King N, Adhikari K, Dimitropoulos G, Devoe D, Byun J y cols (Canadá, 2022)**, en su estudio “Adversidad infantil y resultados de salud mental entre estudiantes universitarios: un estudio longitudinal”, cuyo objetivo fue analizar la asociación entre las experiencias adversas en la infancia y el impacto en la salud mental en estudiantes universitarios de pregrado, y evaluar si los factores psicosociales y conductuales median esta asociación. Se realizó un estudio longitudinal con encuestas aplicadas en múltiples momentos a 5,943 estudiantes de primer año de la Universidad de Queens en Canadá desde el año 2018. Para evaluar las EAI se utilizó el cuestionario de Experiencia Infantil de Cuidado y Abuso (CECA), mientras que los síntomas depresivos y de ansiedad se midieron utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Los resultados indicaron que cualquier tipo de abuso infantil (OR=2,89; IC 95% [2,58-3,23]) y separación o divorcio de los padres (OR=1,29; IC95% [1,12-1,50]) se asociaron significativamente con un indicador compuesto de problemas de salud mental, que incluía síntomas depresivos (PHQ-9  $\geq 10$ ), ansiedad (GAD-7  $\geq 10$ ), tendencias suicidas o autolesiones. El estudio concluyó que el abuso y la separación o divorcio de los padres están asociadas significativamente con trastornos de salud mental en estudiantes universitarios, además de estar relacionados a mayor sensibilidad al estrés, baja autoestima y dificultad para dormir; lo que sugiere que intervenciones dirigidas a mejorar estos factores pueden mitigar el impacto de las EAI en la salud mental <sup>(27)</sup>.

**Hedrick J, Bennett V, Carpenter J, Dercher L, Grandstaff D, Gosch K, et al (EE. UU. - 2021)**, en su estudio “Un estudio descriptivo de experiencias adversas en la infancia y depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes universitarios de enfermería”, cuyo objetivo fue examinar la prevalencia de experiencias adversas en la infancia (EAI) y su relación con la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería. Es un estudio descriptivo, correlacional y transversal en el que participaron 409 estudiantes de pregrado en una escuela de Enfermería. Los datos se recopilaron mediante autoinforme, utilizando el Cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia (ACE-IQ), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) para evaluar síntomas de salud mental y un cuestionario de datos demográficos. Los resultados mostraron que el 17 % de los estudiantes obtuvo una puntuación de EAI  $\geq 4$ , y estos presentaron con mayor frecuencia síntomas de depresión, ansiedad

y estrés en comparación con aquellos con puntuaciones de EAI <4. Además, el análisis de regresión reveló una correlación estadísticamente significativa, entre la puntuación total de las EAI y la puntuación de la subescala de depresión de la DASS-21 ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,0001$ ), la puntuación de la subescala de ansiedad de la DASS-21 ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,0001$ ) y la puntuación de la subescala de estrés de la DASS-21 ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,0001$ ). Se concluyó que las experiencias adversas en la infancia tienen alta prevalencia y aquellos con puntuaciones mayores a cuatro EAI están significativamente asociadas con niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés en este grupo poblacional. Estos hallazgos deben impulsar a reconocer la prevalencia de EAI entre los estudiantes universitarios y su impacto en la salud mental <sup>(28)</sup>.

**Mall S, Mortier P, Taljaard L, Roos J, Stein DJ, Lochner C (Sudáfrica, 2018)** en su estudio “La relación entre la adversidad infantil, los factores estresantes recientes y la depresión en estudiantes universitarios que asisten a una universidad sudafricana”, cuyo objetivo fue analizar las experiencias adversas en la infancia y los factores estresantes recientes y su relación con la depresión en estudiantes universitarios. Es un estudio transversal que incluyó un total de 686 participantes, evaluaron experiencias adversas en la infancia (ACE-IQ), factores estresantes recientes (Cuestionario de Eventos Vitales) y depresión (criterios del DSM-5). Los resultados informaron una prevalencia de depresión del 16,1% en los últimos 12 meses y la prevalencia de eventos adversos antes de los 17 años fue del 79,4% de los encuestados de la muestra completa (es decir, con o sin depresión) informó haber experimentado al menos un EAI. Las EAI que se asociaron significativamente con la depresión fueron: psicopatología de los padres (OR=2,1; IC 95% [1,3 - 3,2]), abuso emocional (OR=3,2; IC 95% [2,0 - 5,0]), abuso sexual (OR=3,0; IC 95% [1,3 - 7,1]), negligencia (OR=3,4; IC 95% [1,9 - 6,0]) y acoso (OR=3,0; IC 95% [1,9 - 4,8]). Además, haber experimentado cualquier adversidad infantil incrementó el riesgo de depresión (OR=4,6; IC del 95% [2,0 - 10,4]). Se concluyó que existe una relación significativa entre la adversidad temprana, los factores estresantes recientes y la depresión en los estudiantes universitarios. Este estudio contribuye a los datos limitados sobre la salud mental en estudiantes universitarios en países de ingresos bajos y medios <sup>(29)</sup>.

**Mieles I, Barchelot L, Pabón D, Guzmán JF, Pérez P (Colombia - 2024)**, en su estudio "Más allá de las aulas: relación entre experiencias adversas infantiles, satisfacción familiar y salud mental en estudiantes universitarios", cuyo objetivo fue analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI), la satisfacción familiar y los índices de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Es un estudio transversal y correlacional donde participaron 304 estudiantes de distintos programas académicos. Para la recolección de datos, se utilizaron los instrumentos IDER, STAI, ACE y la Escala de Satisfacción Familiar. Los hallazgos revelaron que el 35% de los participantes obtuvo puntuaciones altas en depresión estado (transitorio), mientras que el 29,1%, en depresión rasgo (permanente). Además, el 37,8% de los estudiantes reportó haber experimentado más de una EAI. Se encontró una correlación significativa entre el número de EAI y los niveles de depresión ( $r = 0.306$ ) y ansiedad ( $r = 0.266$ ), con ( $p < 0.01$ ) lo que sugiere que a mayor número de EAI, mayor es la intensidad de estos trastornos. Se concluyó que existe una asociación significativa entre las EAI y niveles elevados de ansiedad y depresión, lo que resalta el impacto a largo plazo de estas experiencias en la salud mental de los estudiantes (30).

**Agudelo Hernández F, Benavides Bastidas M, Arango Gómez F (Colombia, 2023)**, en su estudio "Resiliencia, experiencias adversas en la infancia y salud mental en estudiantes de Ciencias de la Salud durante la pandemia de COVID-19", cuyo objetivo fue describir la presencia de síntomas psiquiátricos y su relación con experiencias adversas en la infancia (EAI) en estudiantes universitarios. Es un estudio descriptivo, transversal y correlacional en una muestra de 108 estudiantes de tres programas de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas, en el primer semestre del año 2021. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Autoinforme (SRQ) para la evaluación de síntomas psiquiátricos, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young para medir la resiliencia; además de preguntas sobre experiencias adversas en la infancia. Los resultados indicaron que el 6,4% de los participantes presentaba síntomas afectivos, la experiencia adversa en la infancia más comúnmente reportada fue el abuso, mientras que el nivel de resiliencia más común fue el medio (52,7%). Además, el evento adverso más reportado fue el maltrato infantil (42,5%). Se encontró una asociación significativa entre la exposición a eventos adversos en la infancia y la presencia de síntomas que

comprometen la salud mental en los adultos, como la violencia ( $r = 0.197$ ,  $p < 0.05$ ) y el abuso ( $r = 0.223$ ,  $p < 0.01$ ). Se concluyó que existe una asociación entre la exposición a EAI y la presencia de síntomas que comprometen la salud mental, influyendo negativamente en uno de los dominios de la resiliencia. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar tanto los factores de riesgo como los factores protectores al abordar la salud mental en poblaciones estudiantiles <sup>(31)</sup>.

**Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, Cáceres C, Ormazábal M, Asenjo A (Chile, 2017)** en su estudio “Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile” cuyo objetivo fue determinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) y la depresión en adultos que consultan en atención primaria. Fue un estudio transversal, descriptivo y correlacional, que incluyó a 394 pacientes mayores de 15 años diagnosticados con depresión mayor. Para la recolección de datos se utilizaron diversos instrumentos validados, como una entrevista sociodemográfica, la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), el Cuestionario de experiencias adversas en la infancia (ACE-IQ), el Cuestionario de violencia de pareja (PV), la Encuesta de experiencias vitales (LES) y la Escala de Hamilton para la depresión (HDRS). Los resultados revelaron que el 82% de los participantes reportaron al menos una EAI, y el 43% informó haber experimentado tres o más EAI. Se identificó una correlación positiva significativa entre el número de EAI y la severidad de los síntomas depresivos ( $r = 0.19$ ;  $p < 0.01$ ). Asimismo, se encontró una correlación negativa entre la frecuencia de EAI y la edad del primer episodio depresivo ( $r = -0.12$ ;  $p < 0.05$ ), lo cual sugiere que quienes vivieron más EAI tienden a desarrollar síntomas depresivos a edades más tempranas. Se concluyó que los hallazgos respaldan la existencia de un subtipo depresivo más severo y complejo en adultos con antecedentes de experiencias adversas en la infancia, destacando la relevancia de considerar estos factores en la evaluación y manejo clínico de la depresión <sup>(32)</sup>.

### **1.2.2. Nacionales**

**Fernández-Arana A, Olórtegui-Yzú A, Vega-Dienstmaier JM, Cuesta MJ (Perú, 2021)**, en su estudio “Síntomas de depresión y ansiedad y estrés percibido en profesionales de la salud en el contexto de COVID-19: ¿Las experiencias adversas

en la infancia tienen un efecto modulador?”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) y la aparición de ansiedad, depresión y estrés percibido en profesionales de la salud que brindaron atención a pacientes con COVID-19. Es un estudio transversal realizado en una muestra de 542 profesionales de la salud en la región de Lima. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta en línea aplicada entre mayo y julio de 2020, empleando instrumentos de autoevaluación estandarizados para medir ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9), estrés agudo (PSS-10) y el historial de EAI (ETI). Los resultados revelaron una alta prevalencia de trastornos de salud mental en este grupo, con ansiedad en el 54,2% de los participantes, depresión en el 44,5% y estrés agudo en el 50,7% de los participantes. El análisis bivariado mostró que la depresión se asociaba significativamente con el sexo femenino (OR=2,20; IC 95% [1,54-3,20]), abuso sexual (OR=3,23; IC 95% [1,77-5,86]) y el abuso emocional (OR=2,07; IC 95% [1,45-2,95]). Se concluyó que las experiencias adversas en la infancia pueden aumentar la vulnerabilidad de los profesionales de la salud a desarrollar síntomas de ansiedad y depresión en contextos de alta demanda emocional, como la atención a pacientes durante la pandemia de COVID-19. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el historial de experiencias adversas en la infancia al diseñar intervenciones de apoyo psicológico para el personal de salud <sup>(33)</sup>.

### 1.2.3. Locales

**Perales A, Saco S, Izaguirre M, Luna-Solís Y, Arias H, Padilla A, et al. (Perú, 2023)** en su estudio “Salud mental en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2021”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes de pregrado de cinco escuelas académicas (Medicina, Odontología, Farmacia y Bioquímica, Enfermería y Obstetricia) de la UNSAAC, considerando factores como intento suicida, pensamiento homicida, conducta disocial, consumo problemático de alcohol, depresión y ansiedad. Fue un estudio de tipo observacional y transversal que incluyó 257 estudiantes, utilizando como instrumento una encuesta virtual aplicada mediante Google Forms. El cuestionario incorporó ítems extraídos del Cuestionario de Salud Mental, la Escala de depresión y ansiedad de Zung y el cuestionario de CAGE para detección de consumo problemático de alcohol. Los resultados

encontraron que el 42,8% de los estudiantes universitarios presentaba síntomas de depresión y que el 45% manifestó haber intentado suicidarse al menos una vez. Sin embargo, se debe considerar que el contexto de la pandemia de COVID-19, porque generó un alto nivel de estrés y tuvo influencia en la salud mental de la población en general. Se concluyó que los estudiantes universitarios peruanos, por su edad y condiciones propias del entorno, presentan una alta prevalencia de trastornos de salud mental, problemática que no recibe una respuesta adecuada por parte de las autoridades competentes <sup>(34)</sup>.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

- ¿Cuál es la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la prevalencia y nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la asociación estadística entre las experiencias adversas en la infancia y el nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?

### **1.4. Objetivos de la investigación**

#### **1.4.1. Objetivo general**

- Analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.
- Estimar la prevalencia y nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.
- Establecer la asociación estadística entre las experiencias adversas en la infancia y los niveles de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025

### **1.5. Justificación de la investigación**

#### **1.5.1. Trascendencia**

Los problemas de salud mental en la población universitaria han adquirido gran relevancia en el ámbito de la salud pública por su impacto en el rendimiento académico y el bienestar general. En el Perú, la salud mental de los estudiantes continúa siendo un desafío debido al acceso limitado a servicios de apoyo psicológico y a la escasa investigación sobre los factores que contribuyen a su desarrollo. Analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) y la depresión en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana permitirá generar información nueva y útil el diseño de políticas educativas y sanitarias orientadas a la prevención y atención de este tipo de problemas. En particular, en la región del Cusco, donde los estudios sobre esta temática son escasos, esta investigación representa una contribución novedosa y necesaria para comprender la magnitud del problema.

#### **1.5.2. Aporte al conocimiento**

Este estudio permite conocer la prevalencia de las EAI en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana y su relación con la depresión, ampliando así el conocimiento sobre los determinantes psicosociales que afectan la salud mental en esta población. La identificación

de factores de riesgo contribuye a una mejor comprensión del impacto de las EAI en el desarrollo de trastornos mentales y teniendo en cuenta que los estudios sobre esta relación en estudiantes universitarios son escasos, servirá como base para futuras investigaciones en el ámbito local y nacional. Además, la información generada puede ser útil para fortalecer programas universitarios de apoyo psicológico y orientación, y estimular nuevas líneas de investigación en la prevención desde etapas tempranas de la vida.

### **1.5.3. Aporte a la ciencia**

Desde el enfoque científico, esta investigación permite profundizar en la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión, considerando mecanismos biológicos, psicológicos y sociales. Se ha demostrado que las EAI incrementan el riesgo de desarrollar problemas de salud física, mental y conductual, mediante alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, estrés tóxico, cambios epigenéticos y respuestas inflamatorias crónicas. Este estudio permite replicar y contrastar hallazgos internacionales en una muestra local, aportando datos específicos sobre la realidad universitaria en la Facultad de Medicina Humana. Además, al enfocarse en una población en etapa de formación crítica (18 – 25 años), se resalta la importancia de intervención temprana y del abordaje integral del trauma infantil para prevenir consecuencias negativas a largo plazo.

### **1.5.4. Impacto en la comunidad**

Los resultados obtenidos crean un precedente para identificar estudiantes en riesgo y fundamentar estrategias institucionales orientadas a la promoción de la salud mental universitaria. Asimismo, al evidenciar en nuestra población la importancia de las experiencias adversas en la infancia en el desarrollo de la depresión, se podría fomentar la creación de políticas de prevención y apoyo temprano dirigidas a la población infantil, reduciendo así el impacto a largo plazo de estos eventos en la vida adulta. De este modo, el estudio no solo contribuye al ámbito académico, sino también al bienestar y desarrollo integral de las futuras generaciones.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

- Existe un importante sesgo de memoria o recuerdo, dado que se valoraron eventos ocurridos hace muchos años, en etapas tempranas de la vida. Esto genera dificultad en el participante para recordar con precisión las experiencias vividas, al responder las preguntas. Para mitigar este riesgo, se utiliza un instrumento estructurado (ACE-IQ), con enunciados que facilitan la rememoración de eventos relevantes, orientando al participante que considere aquellos eventos ocurridos a partir de los 5 años de edad.
- El uso de un instrumento de recolección de datos con un número considerable de ítems puede resultar agotador para el participante, lo cual podría afectar su concentración y disposición al momento de responder. Para lo cual, se garantizó un ambiente cómodo y tranquilo durante la aplicación de la encuesta; además, se le brindó una explicación previa de la importancia del estudio para generar confianza y compromiso con el proceso.
- En relación a la depresión, es importante reconocer que esta puede originarse a partir de múltiples factores etiológicos de naturaleza compleja. Sin embargo, este estudio tiene un enfoque asociativo y no causal, por lo que su objetivo no es establecer relación es de causa - efecto, sino identificar posibles vínculos entre las variables analizadas en un contexto determinado.

## **1.7. Aspectos éticos**

La recolección de datos para esta investigación se llevó a cabo una vez obtenido el permiso correspondiente por parte de las autoridades de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y de las respectivas escuelas profesionales. A los participantes se les proporcionó una explicación clara y precisa sobre el rol que desempeñan en el proceso de la investigación, así como los objetivos del estudio. Antes de la aplicación del instrumento, se solicitó el consentimiento informado de cada participante, asegurando que su participación sea completamente voluntaria. Se garantizó la confidencialidad de su información, el adecuado manejo de sus datos personales, y se les informó que pueden retirar su consentimiento en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencia. Esto es especialmente relevante considerando que la información solicitada aborda experiencias que podrían resultar emocionalmente sensibles. Esto busca garantizar el bienestar integral de los

participantes durante todo el proceso de investigación. Toda la información recolectada fue manejada y almacenada con estricta confidencialidad y los resultados se emplearon únicamente con intenciones académicas, con el propósito de contribuir al conocimiento de la comunidad científica.

Los procedimientos contemplados en este estudio se ajustan a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, que orienta la investigación médica en seres humanos. Asimismo, se respetaron los principios del Reporte de Belmont y el Código de Núremberg, los cuales establecen las directrices fundamentales para la protección de las personas involucradas en investigaciones. Entre estos principios se incluyen el respeto a la autonomía de cada individuo, garantizando su bienestar, evitando cualquier daño, maximizando los beneficios potenciales y la justicia en la selección de los participantes <sup>(35,36)</sup>.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **2.1. Marco teórico**

#### **2.1.1. Depresión**

##### **2.1.1.1. Definición de la depresión**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de un ánimo persistentemente bajo y/o una marcada pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, presentes la mayor parte del día durante al menos dos semanas. Un episodio depresivo se acompaña de síntomas adicionales que interfieren significativamente en el funcionamiento personal, social o académico del individuo. Entre ellos se incluyen: alteraciones del sueño o del apetito, fatiga, agitación o enlentecimiento psicomotor, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de culpa o inutilidad, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio <sup>(1,37)</sup>. Una definición más técnica proviene del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), que para establecer el diagnóstico, al menos cinco de estos síntomas deben estar presentes durante el mismo periodo, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer <sup>(38)</sup>.

##### **2.1.1.2. Epidemiología de la depresión**

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a cerca de 280 millones de personas en todo el mundo. Según la OMS, su prevalencia global es del 3,8% <sup>(39,40)</sup>. En el 2020, se posicionó entre las diez principales causas de morbilidad y discapacidad a nivel mundial, de acuerdo con el análisis global de carga de enfermedad <sup>(25,43)</sup>.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) dispone de 49 unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones (UHSMA), estos centros reflejan una alta demanda de atención por trastornos depresivos. En uno de los establecimientos, los trastornos depresivos representan entre el 30% y 40% de sus atenciones, siendo más frecuente en mujeres de 20 a 40 años <sup>(42)</sup>.

La depresión también se asocia a una mayor carga de enfermedades físicas, como afecciones cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades autoinmunes, diabetes y cáncer <sup>(43,44)</sup>.

En poblaciones jóvenes, como estudiantes universitarios, la prevalencia de síntomas depresivos es particularmente alta. Un metanálisis global, que incluyó 166 estudios transversales y 16 estudios longitudinales de 43 países, en estudiantes de medicina reportó una prevalencia del 27,2 % para depresión y del 11,1% para ideación suicida <sup>(40)</sup>. Y respecto a los estudiantes en otras escuelas profesionales, se ha encontrado una prevalencia del 34% en estudiantes de enfermería y del 29% en estudiantes de odontología <sup>(46,47)</sup>.

### **2.1.1.3. Etiopatogenia de la depresión**

La depresión es resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos <sup>(1)</sup>. Según el modelo explicativo, su origen multicausal y heterogéneo, afectando en diversos niveles, individual, interpersonal, comunitario y social; además, están estrechamente vinculados a condiciones de vida como el abuso, maltrato, adversidades tempranas, pérdidas significativas, desempleo, entre otros eventos estresantes <sup>(48,49)</sup>.

- **Factores biológicos.** Se reconoce la interacción entre sistemas orgánicos responsables de generar respuestas ante el estrés ambiental.
  - **Disbalance neuroquímico.** La depresión se asocia con una disminución en la disponibilidad de neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y dopamina, esenciales en la regulación del estado del ánimo <sup>(50)</sup>. Además, se ha identificado la participación de citocinas proinflamatorias (como la IL-6 y TNF- $\alpha$ ), que tienen la capacidad de inducir cambios neuronales al estimular los receptores NMDA y AMPA, alterando su activación y reducen la expresión de los receptores GABA aumentando la excitabilidad neuronal. Estas alteraciones pueden perdurar semanas o meses, contribuyendo a la persistencia de los síntomas depresivos <sup>(40,44,51)</sup>.
  - **Disfunción del eje hipotálamo–hipófiso–adrenal (HHA).** Se ha observado hiperactividad de este eje en personas con depresión, lo

que genera niveles elevados de cortisol de forma crónica. Este aumento puede deberse a la acción directa de las citocinas inflamatorias en el cerebro, generando resistencia a los glucocorticoides. El exceso de cortisol tiene efectos neurotóxicos, especialmente en el hipocampo, donde puede inhibir la neurogénesis y afectar la memoria y el estado de ánimo <sup>(51,52)</sup>.

- **Factores genéticos y epigenéticos.** Estudios sugieren una predisposición hereditaria a la depresión, respaldada por correlaciones genéticas significativas <sup>(53)</sup>. Además, modificaciones epigenéticas influyen en la expresión génica relacionada con respuestas neuroendocrinas anormales, alteraciones en la neuroplasticidad, la neurotransmisión y la difusión neuronal, procesos que participan en la fisiopatología de la depresión <sup>(54)</sup>.
- **Factores psicológicos.** Los patrones de pensamiento negativos y distorsionados, pensamientos de todo o nada, generalización excesiva y filtraje negativo, desempeñan un rol importante en la aparición y mantenimiento de la depresión. Las personas con vulnerabilidad cognitiva, como baja autoestima, pensamientos pesimistas o rasgos de neuroticismo, son más propensas a desarrollar síntomas depresivos frente a situaciones estresantes <sup>(55)</sup>.
- **Factores sociales:**
  - **Estrés y experiencias adversas.** Eventos como el abuso infantil, el abandono, los conflictos familiares, el duelo, las crisis económicas, los problemas académicos o de salud, y el dolor crónico, incrementan el riesgo de desarrollar depresión en la adultez. La interacción entre el cerebro y el cuerpo puede sobrecargarse ante las constantes demandas ambientales <sup>(56)</sup>. El estrés crónico actúa como un precipitante importante, generando un ciclo disfuncional entre la carga alostática, el funcionamiento desregulado de los glucocorticoides, la sobreactivación del sistema inmunitario y una excesiva liberación de moléculas inflamatorias, lo que perpetúa el estado depresivo <sup>(57)</sup>.

- **Falta de apoyo social.** La ausencia de relaciones interpersonales positivas y de apoyo social puede intensificar los síntomas depresivos e intervenir de forma negativa a la recuperación <sup>(23)</sup>.

#### **2.1.1.4. Factores de riesgo de la depresión**

La depresión es de origen multifactorial, intervienen variables individuales y ambientales, interactuando de forma compleja y dinámica. Identificar estos factores permite comprender mejor la vulnerabilidad de ciertos grupos <sup>(40,44)</sup>:

- **Factores individuales:**
  - **Biológicos y genéticos:**
    - Predisposición genética (riesgo hereditario estimado en 35%).
    - Sexo femenino, relacionado a cambios hormonales y vulnerabilidad emocional.
    - Presencia de enfermedad médica previa, especialmente crónica.
  - **Psicológicos:**
    - Vulnerabilidad psicológica, baja resiliencia y antecedentes personales de depresión o trastornos mentales.
    - Exposición prolongada al estrés.
    - Rasgos de personalidad asociado a depresión, como neuroticismo.
    - Estilos de vida poco saludables: consumo de sustancias, sedentarismo, falta de actividad física, sueño irregular o uso excesivo de pantallas.
  - **Condiciones personales y contextuales:**
    - Estado civil soltero o ausencia de red de apoyo emocional estable.
    - Ser estudiante, debido al estrés académico, presión por el rendimiento y transición adulta.
- **Factores ambientales:**
  - **Contexto familiar:**
    - Historia de depresión u otros trastornos mentales.

- Conflictos o disfunciones familiares, violencia intrafamiliar, abuso o negligencia en la infancia.
  - Carga emocional por el cuidado de familiares enfermos.
  - Padres con bajo nivel educativo, limitando el soporte emocional y académico.
- **Entorno social:**
  - Dificultad en las relaciones interpersonales, escaso apoyo social.
  - Aislamiento, acoso escolar (bullying), eventos vitales estresantes.
  - Desempleo, precariedad laboral, condiciones laborales hostiles.
  - Bajo nivel educativo o recursos económicos limitados.
  - Profesionales sanitarios y estudiantes de carreras afines enfrentan altos niveles de estrés, presión emocional y sobrecarga académica.
- **Factores específicos en estudiantes universitarios <sup>(58)</sup>:**

Los estudiantes universitarios representan una población especialmente vulnerable, debido a una combinación de factores académicos, sociales y personales.

  - **Académicos:**
    - Dificultad de adaptación a la carrera o frustración con la elección vocacional.
    - Duración prolongada de la carrera.
    - Relaciones tensas con compañeros de clase.
  - **Salud y hábitos:**
    - Privación del sueño.
    - Consumo de tabaco o alcohol.
    - Percepción negativa sobre la propia salud mental.
  - **Socioeconómicos:**
    - Bajo ingreso familiar o problemas financieros personales.
    - Limitado soporte emocional familiar.
    - Procedencia de áreas rurales y experiencias de abandono de hogar a edad temprana.

La interacción de estos factores genera un entorno desfavorable para la salud mental universitaria, lo que hace imprescindible establecer estrategias que promuevan redes de apoyo y fomente un entorno académico y social que proteja su bienestar emocional.

#### **2.1.1.5. Evaluación y diagnóstico**

La evaluación debe llevarse a cabo de forma integral y centrada en la persona, con el objetivo de identificar la presencia de la depresión, excluir otras condiciones médicas o psiquiátricas, y establecer factores que influyen en su curso y severidad. Para ello, se realiza una entrevista clínica que permite valorar las características del episodio, los signos y síntomas, la existencia de comorbilidades, el nivel de disfunción, el contexto psicosocial, el respaldo social disponible, el riesgo suicida, así como factores de vulnerabilidad y fortalezas individuales <sup>(40)</sup>.

El diagnóstico de los trastornos depresivos es clínico y se basa en función a criterios diagnósticos establecidos. Los sistemas más utilizados en la práctica clínica y en la investigación científica son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10). El DSM, se enfoca en la identificación de síntomas específicos, su duración y su impacto funcional personal y social <sup>(38)</sup>.

#### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR, DSM-5.**

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y suponen un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: (1) estado de ánimo deprimido, o (2) pérdida del interés o del placer. Nota: no incluir síntomas claramente secundarios a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el propio paciente (se siente triste o vacío) u observado por otras personas (parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
  2. Disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (indicado por el propio paciente o por observación)

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o ganancia ponderal (modificación de más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por terceros, no sólo la sensación subjetiva de inquietud o de lentitud).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante), casi todos los días (no sólo autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (indicado por el propio paciente u observado por terceros)
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, o intento de suicidio o un plan específico de para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes en el funcionamiento.
- C.** El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.
- D.** La aparición de un episodio depresivo grave no se explica mejor por algún trastorno afectivo estacional, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos delirantes u otros componentes del espectro de esquizofrenia especificados y no especificados y de otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha presentado un episodio maníaco o hipomaníaco.

*\*Tomado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - V)<sup>(38)</sup>.*

Una adecuada evaluación permite no solo confirmar el diagnóstico, sino también orientar el plan terapéutico, tomando en cuenta la respuesta previa a tratamientos, las características del episodio actual y las condiciones personales del paciente.

#### **2.1.1.6. Tratamiento de la depresión**

El tratamiento de la depresión debe abordarse desde una perspectiva integral que combine enfoques clínicos y psicosociales. Existen opciones terapéuticas efectivas para la depresión, las cuales se seleccionan en función a la gravedad

de los episodios depresivos, su evolución en el tiempo, la presencia de comorbilidades, la etapa del ciclo vital, antecedentes de uso de múltiples fármacos, persistencia de síntomas, actividad sexual y otros factores individuales relevantes. Es esencial que este abordaje sea personalizado, intercultural y apoyado por equipos multidisciplinarios para garantizar una atención efectiva. En el manejo de la depresión se puede incluir enfoques psicológicos y farmacológicos. Entre las intervenciones psicológicas más utilizadas se encuentran la activación conductual, la terapia cognitivo – conductual y la psicoterapia interpersonal. En cuanto al tratamiento farmacológico, se pueden emplear antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tales como la fluoxetina y sertralina, y en algunos casos, antidepresivos tricíclicos. Cabe destacar que, en casos de depresión leve, los antidepresivos no constituyen la primera línea de tratamiento <sup>(1,40,59)</sup>.

Independientemente del enfoque terapéutico elegido, es clave establecer una relación médico - paciente basada en la confianza, el respeto y la comunicación abierta. Además, se debe orientar al paciente en la adopción de hábitos saludables que contribuyan a su bienestar general, como adecuada calidad de sueño, actividad física regular, evitar el consumo de sustancias nocivas, y fortalecer redes de apoyo social, como parte del tratamiento integral y prevención de recaídas.

#### **2.1.1.6.1. Psicoterapia**

La psicoterapia constituye una intervención psicológica eficaz, especialmente recomendado como primera opción terapéutica no farmacológica en casos de depresión leve o como complemento en cuadros más severos. Su objetivo principal es fortalecer las habilidades propias del individuo para afrontar sus síntomas, resolver problemas, adaptarse a situaciones difíciles y asumir con mayor responsabilidad su tratamiento, autocuidado y aprovechamiento de otras oportunidades, permitiéndole asumir tanto su situación de conflicto actual como desafíos futuros. Asimismo, para lograr resultados efectivos es fundamental considerar el contexto familiar, social y comunitario del paciente. Entre las modalidades terapéuticas más utilizadas se incluyen la consejería

psicológica, la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal, las intervenciones familiares y grupales <sup>(40,60)</sup>.

#### **2.1.1.6.2. Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico está indicado principalmente en casos de depresión moderada a severa y debe emplearse en combinación con intervenciones psicoterapéuticas. Su prescripción es responsabilidad del médico psiquiatra, médico de familia o médico cirujano. Al seleccionar un antidepresivo, deben considerarse diversos factores clínicos y personales como los efectos secundarios, presencia de comorbilidades, costo y disponibilidad del medicamento, preferencias del paciente, antecedentes de uso o respuesta previa a antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina y sertralina, constituyen la primera línea de tratamiento por su eficacia y buena tolerabilidad por menores efectos colaterales. Si su uso no genera una respuesta terapéutica adecuada, donde los síntomas persisten entre 4 a 6 semanas, se puede recurrir, según criterio clínico, al ajuste de dosis, uso de otros antidepresivos o combinación con otro fármaco. Estas decisiones deben basarse en la evolución clínica, la gravedad del cuadro, las comorbilidades y la respuesta individual al tratamiento. En cuanto al seguimiento, el primer control en casos de depresión severa debe realizarse dentro de los primeros 8 días y en cuadros de depresión moderada se recomienda dentro de los primeros 15 días; con el objetivo de monitorear la evolución del cuadro depresivo, identificar los efectos adversos, reforzar la adherencia al tratamiento y fomentar la progresiva recuperación funcional. El retiro del medicamento debe realizarse de forma gradual, dado que una suspensión abrupta puede inducir a una recaída rápida <sup>(40)</sup>.

#### **2.1.1.7. Prevención**

La implementación de programas preventivos ha demostrado ser eficaz para reducir la incidencia de la depresión, así como para disminuir su impacto a nivel individual, familiar y social. Estas estrategias se centran principalmente en el fortalecimiento de factores protectores y la promoción del bienestar emocional

en diferentes etapas de la vida. Entre las principales medidas preventivas se incluyen <sup>(1,61,62)</sup>:

- **Prevención primaria:**
  - Fomento de estilos de vida saludable, como actividad física regular, dieta equilibrada, sueño adecuado y mantenimiento de relaciones sociales positivas.
  - Intervenciones escolares y comunitarias, orientadas a desarrollar habilidades de afrontamiento y resiliencia en niños y adolescentes, promover el manejo positivo del estrés y resiliencia, así fortalecer la salud mental desde etapas tempranas.
  - Programas de ejercicio físico en personas mayores, los cuales contribuyen a mejorar la calidad de vida y autonomía.
  - Educación sobre salud mental en instituciones educativas.
- **Prevención secundaria:**
  - Tamizaje de depresión en poblaciones vulnerables (estudiantes, adolescentes, mujeres embarazadas).
  - Programas dirigidos a padres, especialmente aquellos con hijos que presentan problemas de conducta, mejorando el entorno emocional y bienestar de los menores.
  - Derivación oportuna a un profesional de salud mental.
- **Prevención terciaria:**
  - Tratamiento psicológico y/o farmacológico temprano.
  - Seguimiento continuo.
  - Rehabilitación psicosocial.

La prevención de la depresión requiere un enfoque integral, sostenible y adaptado a cada grupo poblacional, priorizando el trabajo multidisciplinario y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias.

## **2.1.2. Experiencias adversas en la infancia**

### **2.1.2.1. Definición de las experiencias adversas en la infancia**

Las experiencias adversas en la infancia (EAI, o ACE por sus siglas en inglés) se refieren a acontecimientos potencialmente traumáticos, estresantes, complejos y frecuentes que ocurren antes de los 18 años y se asocian con múltiples consecuencias negativas a corto y largo plazo <sup>(63)</sup>. Estas experiencias incluyen el abuso físico, emocional o sexual; la negligencia; la exposición a violencia entre los padres o cuidadores; y la convivencia en hogares marcados por disfunciones graves como el consumo de sustancias, enfermedades mentales, encarcelamiento de un familiar o ausencia prolongada de uno de los padres <sup>(64,65)</sup>.

Las EAI pueden alterar el desarrollo normal en cada dimensión del modelo biopsicosocial de la persona. Su impacto puede manifestarse en la niñez, pero también perdurar en la adultez, contribuyendo al desarrollo de trastornos de salud mental, como depresión y ansiedad, así como a enfermedades físicas crónicas. A pesar de su alta prevalencia global y consecuencias duraderas, las EAI son, en gran medida, prevenibles. Por ello su identificación temprana y la intervención oportuna resultan fundamentales para reducir sus efectos y promover un desarrollo saludable <sup>(66,67)</sup>.

### **2.1.2.2. Epidemiología de las experiencias adversas en la infancia**

Las EAI presentan una prevalencia considerablemente alta a nivel mundial. Se estima que el 64% de los adultos reportaron al menos una EAI, mientras que entre el 17% reportan haber experimentado cuatro o más <sup>(63)</sup>. Estas cifras evidencian la magnitud del problema y su impacto potencial en la salud pública. Uno de los estudios más influyentes en este campo fue realizado a principios de la década de 1990 dirigido por Felitti y colaboradores, que incluyó aproximadamente 17.000 adultos. Los resultados mostraron una fuerte asociación entre la exposición a las EAI y una amplia variedad de afecciones médicas y trastornos de salud mental, subrayando su relevancia clínica y epidemiológica <sup>(68)</sup>.

A pesar de su importancia, la evaluación de las EAI aún enfrenta limitaciones en la atención médica pediátrica. Un estudio realizado entre el 2017 y 2018 en un hospital de México, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y la frecuencia con la que los médicos residentes de pediatría preguntan sobre las EAI en sus consultas, revelando deficiencias significativas en el abordaje de estas experiencias. El 60% de los participantes no estaba familiarizado en absoluto con las EAI y el 71% reportó limitaciones para formular las preguntas relacionadas, considerando que la identificación de factores de riesgo socioemocionales en las familias está fuera del alcance del pediatra. Además, solo el 56% de los residentes investigaba activamente al menos una forma de maltrato infantil. Estos hallazgos resaltan la necesidad de reforzar la formación médica en salud mental y en la detección de factores de riesgo psicosociales durante la residencia médica <sup>(69)</sup>.

### **2.1.2.3. Fisiopatología de las experiencias adversas en la infancia**

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) activan diversos mecanismos fisiopatológicos que afectan de forma significativa el desarrollo neurobiológico del individuo. Durante esta etapa crítica, las EAI alteran procesos fundamentales como la regulación del estrés, la maduración cerebral y el equilibrio del sistema inmunológico y endocrino. Un mecanismo clave es la activación sostenida del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal (HHA), en respuesta al estrés persistente. Esta activación crónica da lugar a lo que se denomina estrés tóxico, caracterizado por una exposición prolongada a niveles elevados de cortisol. A diferencia del estrés tolerable, que puede ser adaptativo, el estrés tóxico ocurre sin un soporte emocional adecuado y conlleva una sobrecarga fisiológica del organismo, conocida como carga alostática, que representa una desregulación progresiva de los sistemas involucrados en la respuesta al estrés. Este tipo de estrés afecta el desarrollo del sistema nervioso central, comprometiendo estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, que participan en la regulación emocional, el procesamiento de información y la toma de decisiones. También puede alterar el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, con efectos que en algunos casos pueden ser irreversibles <sup>(70)</sup>. A nivel inmunológico, las EAI inducen una

activación sostenida del sistema inmune innato, con un aumento de mediadores inflamatorios. Las personas expuestas a estas experiencias tienden a presentar niveles más altos de citocinas proinflamatorias, como la interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), así como proteínas inflamatorias de fase aguda, como la proteína C reactiva (PCR), lo cual sugiere un estado inflamatorio persistente <sup>(71,72)</sup>. Desde el punto de vista epigenético, las EAI pueden inducir modificaciones estables en la expresión génica a través de procesos como la metilación del ADN y las histonas. Estos cambios pueden afectar el desarrollo cerebral y la respuesta al estrés a largo plazo, y, en algunos casos, ser transmitidos intergeneracionalmente, perpetuando alteraciones en la regulación biológica de los descendientes <sup>(71,73)</sup>.

Por último, se ha identificado que ciertos factores protectores pueden modular los efectos fisiopatológicos de las EAI. La presencia de experiencias positivas durante la infancia, como vínculos afectivos seguros, participación comunitaria y un entorno familiar estable lo cual contribuye a una regulación más adecuada del estrés y al desarrollo de una mayor resiliencia biológica <sup>(1,65)</sup>.

#### **2.1.2.4. Impacto de las experiencias adversas en la infancia**

Las experiencias adversas en la infancia constituyen un problema de salud pública de gran magnitud, no solo por sus implicancias en el bienestar personal, sino también por sus consecuencias económicas y sociales que conllevan, como la pérdida de oportunidades educativas, disminución de la productividad y carga asistencial en salud. Estas experiencias tienen un impacto negativo comprobado en la salud física y mental a lo largo de la vida, siendo un factor de riesgo importante para múltiples enfermedades crónicas y trastornos psicológicos. Estudios epidemiológicos han estimado que una proporción considerable de la población ha estado expuesta a EAI. Un metanálisis reciente reportó que el 39,9% de las personas no había experimentado ninguna EAI, mientras que el 22,4% había vivido al menos una, el 13% dos, el 8,7% tres y el 16,1% cuatro o más <sup>(74)</sup>. Desde el estudio pionero de Felitti y colaboradores, donde se evidenció que el 52% de los participantes había experimentado al menos una EAI, también se reportó una fuerte

asociación entre estas experiencias y la aparición de múltiples comorbilidades, tanto físicas como mentales <sup>(75)</sup>.

En el ámbito psicológico, las EAI incrementan el riesgo de padecer trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicóticos, conductas suicidas, autolesiones, trastornos por consumo de sustancias, así como trastornos de conducta y del neurodesarrollo, incluyendo déficit de atención. Estas consecuencias se explican por el deterioro de funciones cognitivas, sociales y emocionales que resulta de los cambios neurobiológicos inducidos por el estrés crónico en etapas sensibles del desarrollo. Dichos cambios afectan estructuras clave del cerebro, como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, responsables de la regulación emocional, la memoria y el comportamiento. A nivel somático, las EAI se han relacionado con un aumento en la carga alostática, es decir, la acumulación de desgaste fisiológico producto de la exposición prolongada al estrés. Esto conlleva una mayor susceptibilidad a enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, hepáticas y autoinmunes. La disrupción en los ejes de regulación neuroendocrina, junto con la activación persistente del sistema inmune y la inflamación sistémica de bajo grado, contribuyen a este proceso patológico. Estos mecanismos también están relacionados con la adopción de comportamientos de salud perjudiciales, como el consumo de sustancias, sedentarismo o alimentación inadecuada, que agravan aún más los riesgos para la salud <sup>(76)</sup>.

Se ha identificado un patrón dosis–respuesta, en el cual el riesgo de desarrollar problemas físicos y mentales aumenta proporcionalmente con la cantidad de EAI sufridas. Este fenómeno es conocido como trauma acumulativo, y refleja la compleja interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, el impacto de las EAI no es homogéneo. La presencia de factores protectores, como un entorno seguro, apoyo social, vínculos afectivos sólidos y el desarrollo de resiliencia, puede atenuar significativamente las consecuencias adversas, especialmente cuando se promueven en etapas tempranas de la vida. Este aspecto es fundamental

al abordar poblaciones vulnerables, como los estudiantes universitarios, quienes se encuentran en una fase de transición y pueden arrastrar efectos latentes de experiencias adversas infantiles <sup>(77,78)</sup>.

### **2.1.3. Experiencias adversas en la infancia y depresión**

Diversas investigaciones han evidenciado una relación consistente y significativa entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) y la depresión en la vida adulta. Las personas que han experimentado EAI presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos, caracterizados por una mayor severidad, cronicidad y menor respuesta a los tratamientos convencionales. Esta asociación se ha vinculado con la alteración del desarrollo emocional y la vulnerabilidad psicológica originada en etapas tempranas de la vida. Estas alteraciones incluyen cambios epigenéticos, disfunciones en sistemas neuroendocrinos y en la neurotransmisión cerebral, respuestas inflamatorias mediadas, así como daños específicos en regiones cerebrales vinculadas con el control emocional en personas expuestas a experiencias adversas en la infancia <sup>(79)</sup>.

Un equipo de investigación, a través de una revisión sistemática y un metanálisis, reportó que las personas que habían experimentado al menos cuatro EAI (38%) presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar diversos problemas de salud en comparación con aquellas personas que no han experimentado EAI (67%). En su análisis cuantitativo, se identificó la relación entre las EAI y diversos efectos perjudiciales para la salud, con distintos niveles de asociación. La depresión fue uno de los trastornos más fuertemente asociados a las EAI (OR = 4,40; IC 95% [3,54 – 5,46]) <sup>(78)</sup>.

En la población universitaria, se evidenció que los estudiantes con mayores puntuaciones de EAI presentan niveles más altos de estrés, menor apoyo social y mayor prevalencia de síntomas depresivos <sup>(80)</sup>. Además, aquellos con dos o más EAI tienen doble probabilidad de desarrollar depresión o ansiedad desde el inicio hasta el final del semestre, en comparación con los estudiantes con menos de dos EAI <sup>(81)</sup>.

## **2.1.4. Instrumentos validados**

### **2.1.4.1. Inventario de depresión de Beck – II (BDI – II)**

Es un cuestionario de autoinforme diseñado para detectar y medir la severidad de los síntomas depresivos en personas mayores de 13 años. Desarrollado originalmente por Aaron T. Beck en 1961 y revisado en 1996, esta versión actualizada incorpora los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE – 10 para el Trastorno Depresivo Mayor, evaluando los síntomas presentados durante las dos últimas semanas <sup>(82,83)</sup>.

Este instrumento consta de 21 ítems de opción múltiple, donde cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que incluyen 7 opciones de respuesta. Cada ítem se califica en función de la intensidad con la que se han experimentado los síntomas durante las últimas dos semanas. La puntuación total obtenida puede variar entre 0 y 63 puntos. Los ítems se organizan en dos dimensiones principales: la dimensión afectivo – cognitiva y la somático – motivacional, las cuales evalúan diferentes aspectos relacionados con la sintomatología depresiva. Según los puntos de corte establecidos en cuatro niveles de severidad: depresión mínima o ausente (0 - 13), leve (14 - 19), moderada (20 - 28) y grave (29 – 63). La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 5 a 10 minutos <sup>(82,84)</sup>.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el BDI – II ha demostrado una adecuada fiabilidad y validez en diversas poblaciones y contextos. En estudios internacionales con estudiantes universitarios, se ha reportado un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90, lo cual indica una excelente consistencia interna <sup>(85)</sup>. En investigaciones realizadas en población peruana, se obtuvo un valor de 0.878, reflejando una buena consistencia interna <sup>(86)</sup>. La validez de contenido está respaldada por expertos en salud mental y se ha encontrado una correlación alta con otros instrumentos de evaluación de la depresión <sup>(84)</sup>.

#### 2.1.4.2. Cuestionario Internacional de experiencias adversas en la infancia (ACE-IQ)

Las experiencias adversas analizadas en este estudio corresponden a aquellas consideradas por la OMS mediante el instrumento internacional de evaluación Adverse Childhood Experiences (ACE-IQ) <sup>(68)</sup>. La primera investigación se llevó a cabo por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos entre 1995 y 1997, a través de la implementación de entrevistas confidenciales a 17,000 individuos. Estos incluyen datos sobre sus vivencias infantiles, su estado de salud y sus comportamientos actuales <sup>(87)</sup>. La red de investigación internacional de ACE (International ACE Research Network) ha instaurado este cuestionario estandarizado en diversas naciones con el objetivo de ser empleado como instrumento de diagnóstico a escala global, denominado ACE-IQ. Este instrumento tiene por objetivo medir las experiencias adversas durante la infancia a escala mundial y la relación con la aparición de conductas peligrosas en la vida adulta.

El cuestionario consta de varias secciones donde se recaudan datos sociodemográficos del individuo, la relación con sus padres, el entorno familiar en el que creció y si presenció o sufrió violencia dentro del hogar. De este modo abarca múltiples dimensiones de las experiencias adversas en la infancia, incluyendo la violencia, el maltrato físico y psicológico, así como el consumo de sustancias dentro del núcleo familiar <sup>(78)</sup>. El cuestionario presenta una consistencia interna aceptable (Alfa de Cronbach de 0.78) <sup>(88)</sup>.

La ACE-IQ es un cuestionario de autoreporte, compuesto por 10 preguntas que evalúan de forma retrospectiva posibles experiencias adversas vividas durante la infancia. Su formato de respuesta es dicotómico (sí o no) y está indicado para ser aplicado a mayores de 18 años. Se consideran 10 experiencias adversas, dentro de 3 dimensiones <sup>(67)</sup>:

Dimensiones del ACE-IQ		Ítem
Abuso	Emocional	1. Alguno de tus padres u otros adultos en la familia con frecuencia o mucha frecuencia: ¿Te ofendían, insultaban, menospreciaban o humillaban? O ¿actuaban de tal forma que temías que fueran a lastimarte físicamente?

	<b>Físico</b>	2. Alguno de tus padres u otros adultos en la familia con frecuencia o mucha frecuencia: ¿Te empujaban, tironeaban, cacheteaban, o te lanzaban cosas? O ¿alguna vez te golpearon con tanta fuerza que te dejaron marcas o te lastimaron?
	<b>Sexual</b>	3. Algún adulto o alguna persona por lo menos 5 años mayor: ¿Te tocó alguna vez, o te acarició indebidamente o te pidió que tocaras su cuerpo de alguna forma sexual? O ¿intentó relaciones sexuales orales, anales o vaginales contigo?
<b>Negligencia</b>	<b>Emocional</b>	4. Sentías con frecuencia o mucha frecuencia: ¿Que nadie en tu familia te quería o pensaba que eras especial o importante? O ¿que en tu familia no se cuidaban unos a los otros, sentías que no tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?
	<b>Física</b>	5. Con frecuencia o mucha frecuencia: ¿No tenías suficiente comida, tenías la ropa sucia, o no tenías a nadie que te protegiera? O ¿Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si es que lo necesitabas?
<b>Disfunción familiar</b>	<b>Divorcio o separación de padres</b>	6. ¿Alguna vez perdiste a tu padre o madre biológico debido al divorcio, abandono, alguna otra razón?
	<b>Exposición a violencia doméstica</b>	7. Fue tu madre o madrastra: ¿Con frecuencia o mucha frecuencia empujada, tironeada, golpeada? ¿Le pegaron, mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con un objeto duro?
	<b>Consumo de sustancias en entorno familiar</b>	8. ¿Conviviste con alguien en tu familia que era alcohólico, o que usaba drogas?
	<b>Historia de patología mental</b>	9. ¿Algún miembro de tu familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien de tu familia trató de suicidarse?
	<b>Criminalidad doméstica</b>	10. ¿Algún miembro de tu familia fue a la cárcel?

*\*Tomado de OMS - Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ) <sup>(67)</sup>.*

Una respuesta de Sí (afirmativa) para cada ítem se realiza una sumatoria global para proporcionar una puntuación general de ACE-IQ (puntaje máximo de 10). Cuanto más alto sea el puntaje, más experiencias adversas en la infancia ha tenido la persona y mayor es el riesgo de problemas sociales,

mentales u otros problemas de bienestar. Las puntuaciones de 4 o mayores se consideran clínicamente significativas. Cuando se comparan con las personas que tienen un puntaje ACE-IQ de 0, las personas con un puntaje ACE-IQ de 4 presentan el doble de probabilidad de ser fumadores, 5 veces más probabilidad de tener depresión, 7 veces más probabilidad de consumir alcohol, 10 veces más probabilidades del consumo de drogas ilícitas y 12 veces más probabilidades de intento de suicidio <sup>(78)</sup>.

## **2.2. Definición de términos básicos**

### **2.2.1. Síntomas depresivos**

Conjunto de manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y físicas que indican la presencia de un estado de ánimo deprimido. Estos síntomas pueden incluir tristeza persistente, anhedonia, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, alteraciones del sueño o apetito, dificultades para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio <sup>(89)</sup>.

### **2.2.2. Trastorno depresivo**

Un trastorno afectivo que se manifiesta tanto por un estado anímico disfórico como por la pérdida de interés o placer en las actividades usuales. El trastorno del ánimo es prominente y relativamente persistente <sup>(90)</sup>.

### **2.2.3. Trastorno depresivo mayor**

Trastorno en el que cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer. Los síntomas incluyen: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días; interés o placer notablemente disminuido en las actividades la mayor parte del día, casi todos los días; pérdida significativa de peso cuando no está a dieta o aumenta de peso; Insomnio o hipersomnias casi todos los días; agitación psicomotora o retraso casi todos los días; fatiga o pérdida de energía casi todos los días; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada; capacidad

disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días; o pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio <sup>(91)</sup>.

#### **2.2.4. Experiencias adversas en la infancia**

Son aquellas experiencias potencialmente traumáticas en los primeros 18 años de vida <sup>(92)</sup>.

#### **2.2.5. Estudiantes del área de la salud**

Individuos matriculados en una escuela o programa formal de educación referido a las ocupaciones relacionadas con la salud <sup>(93)</sup>.

### **2.3. Hipótesis**

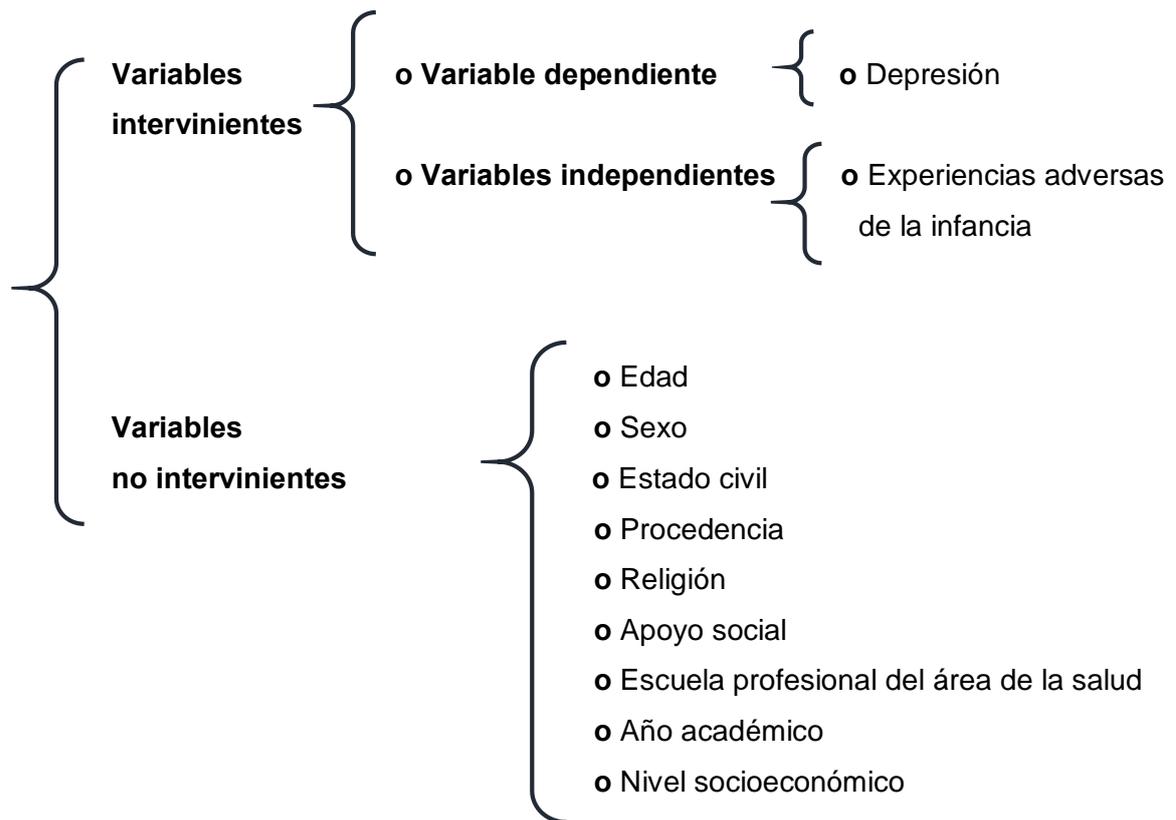
#### **2.3.1. Hipótesis general**

- Existe relación estadísticamente significativa entre las experiencias adversas en la infancia y depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.

#### **2.3.2. Hipótesis específicas**

- A mayor cantidad de experiencias adversas en la infancia (puntaje de ACE-IQ) mayor es la probabilidad de presentar depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.
- A mayor cantidad de experiencias adversas en la infancia (puntaje de ACE-IQ), mayor es el nivel de depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.

## 2.4. Variables



## 2.5. Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIONES O DOMINIOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona <sup>(94)</sup> .	Cuantitativa	No aplica	Número de años cumplidos	Razón	Ficha de recolección de datos	¿Cuánto años tiene usted?: _____ años cumplidos	1	La variable edad se expresa en el número de años cumplidos, calculados a partir de la fecha de nacimiento consignada en el documento de identidad.
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina <sup>(95)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Sexo asignado al nacer	Nominal Dicotómica	Ficha de recolección de datos	¿A qué sexo pertenece usted?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino ( )</li> <li>• Femenino ( )</li> </ul>	2	La variable sexo se expresa como: Masculino o Femenino
<b>Estado civil</b>	Parámetro demográfico que indica el estatus de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería <sup>(96)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Estado civil actual de la persona	Nominal Politémica	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su estado civil?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero ( )</li> <li>• Conviviente ( )</li> <li>• Casado ( )</li> <li>• Divorciado ( )</li> <li>• Viudo( )</li> </ul>	3	La variable estado civil expresa como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Casado</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Viudo</li> </ul>

<b>Procedencia</b>	Lugar de origen de donde nació <sup>(97)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Lugar de donde es originaria la persona vinculada a la zona metropolitana del Cusco.	Nominal Dicotómica	Ficha de recolección de datos	¿Usted es natural de la ciudad del Cusco?: • Sí ( ) • No ( )	4	La variable procedencia se expresa según la declaración del participante de haber nacido o tener origen familiar directo en la ciudad del Cusco o si procede de otra zona no metropolitana del Cusco.
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente de oración y sacrificio para darle culto <sup>(98)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Presencia de alguna creencia religiosa	Nominal Politómica	Ficha de recolección de datos	¿Tiene algún tipo de convicción religiosa?: • Católica ( ) • Evangélica ( ) • Testigo de Jehová ( ) • Mormona ( ) • Agnóstico ( ) • Otra(especifique): _____	5	La variable religión se expresa según presencia o ausencia de algún credo religioso.

<b>Apoyo social</b>	Sistema de apoyo que brindan asistencia y estímulo a personas con discapacidad física emocional para que puedan afrontarlas mejor <sup>(99)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Cuenta con apoyo de familia, de amigos o compañeros.	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuenta con apoyo familiar y/o amical?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ( )</li> <li>• No ( )</li> </ul>	6	La variable apoyo social se expresa según el participante sienta que recibe apoyo familiar y/o amical o no.
<b>Escuela profesional</b>	Individuos matriculados en una escuela formal de educación <sup>(100)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Nombre de la Escuela Profesional	Nominal Politémica	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su escuela profesional?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina humana ( )</li> <li>• Odontología ( )</li> </ul>	7	La variable escuela profesional del área de salud se expresa según el programa de educación formal en el cual está matriculado el estudiante.
<b>Año académico</b>	Período de un año que comienza con la apertura del curso, después del cierre del anterior <sup>(101)</sup> .	Cualitativa	No aplica	Año académico	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Qué año de la universidad está cursando actualmente?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° año ( )</li> <li>• 2° año ( )</li> <li>• 3° año ( )</li> <li>• 4° año ( )</li> <li>• 5° año ( )</li> </ul>	8	La variable año académico que expresa según el año que cursa actualmente, según constancia de matrícula a la universidad.

<p><b>Nivel socioeconómico</b></p>	<p>Estrato de la población con igual posición y prestigio, incluye estratificación social <sup>(102)</sup>.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>No aplica</p>	<p>Situación económica y social</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Escala de Graffar – Méndez Castellanos de estratificación social</p>	<p>Nivel socioeconómico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto ( )</li> <li>• Medio ( )</li> <li>• Medio alto ( )</li> <li>• Medio bajo ( )</li> <li>• Obrero ( )</li> <li>• Marginal( )</li> </ul>	<p>9</p>	<p>La variable nivel socioeconómico se expresa de acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación del nivel socioeconómico como, mediante el método de Graffar Méndez Castellano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrato alto: puntuación de 4 a 6.</li> <li>• Estrato medio alto: puntuación de 7 a 9.</li> <li>• Estrato medio bajo: puntuación de 10 a 12.</li> <li>• Estrato obrero: puntuación de 13 a 16.</li> <li>• Estrato marginal: puntuación de 17 a 20.</li> </ul>
------------------------------------	---	--------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	---	--	----------	--

Independiente: Experiencias adversas en la infancia	Eventos deletéreos durante los primeros 18 años de vida <sup>(103)</sup> .	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso</li> <li>• Negligencia</li> <li>• Disfunción del hogar</li> </ul>	Reporte de alguna experiencia adversa experimentada durante la infancia.	Razón	Cuestionario internacional de experiencias adversas en la infancia (ACE-IQ)	<p>Se marca si – no según corresponda a la experiencia adversa vivida antes de los 18 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso físico</li> <li>• Abuso emocional</li> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Negligencia física</li> <li>• Negligencia emocional</li> <li>• Divorcio o separación de los padres.</li> <li>• Violencia doméstica</li> <li>• Abuso de sustancias</li> <li>• Enfermedad mental familiar</li> <li>• Pariente encarcelado</li> </ul>	10	Se expresa en el número total de EAI según el cuestionario ACE-IQ: 0 a 10
Dependiente: Depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza persistente, pérdida de interés y alteraciones cognitivas, emocionales y físicas que afectan el funcionamiento diario <sup>(104)</sup> .	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas cognitivo-afectivos: Tristeza, culpa, autoevaluación negativa, etc.</li> <li>• Síntomas somáticos-motivacionales: Cambios en el apetito, fatiga, sueño, etc.</li> </ul>	Presencia de síntomas depresivos y su nivel de severidad.	Ordinal	Cuestionario autoadministrado: Inventario de depresión de Beck – II (BDI – II)	<p>De acuerdo a la puntuación total de la escala se obtendrá el nivel de depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin depresión</li> <li>• Depresión leve</li> <li>• Depresión moderada</li> <li>• Depresión grave</li> </ul>	11	La variable depresión se expresa de acuerdo a la puntuación obtenida por el BDI - II, se clasifican en cuatro grupos: sin depresión (0 – 13), depresión leve (14 – 19), depresión moderada (20 – 28) y depresión grave (29 – 63).

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Tipo de investigación

Este estudio es de tipo correlacional y tiene como objetivo encontrar una relación entre las variables o categorías dentro de una muestra o contexto específico. Para determinar la relación primero se inicia con su medición, seguido de un proceso de cuantificación, análisis e interpretación que permite establecer posibles vínculos entre ellas <sup>(105)</sup>.

El propósito de este estudio es identificar la correlación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana. En este contexto, actúan la depresión como variable dependiente y las experiencias adversas en la infancia como variable independiente.

### 3.2. Diseño de la investigación

Es un estudio observacional, en el cual solo se describen y analizan los fenómenos en estudio sin que el investigador manipule ninguna de las variables ni realice intervención en su desarrollo. Los diseños no experimentales u observacionales se caracterizan por recopilar la información sobre las variables en su entorno natural, sin alterar ni modificar su comportamiento <sup>(105)</sup>.

Este es un estudio transversal, debido a que la selección de la muestra representativa y la evaluación de las variables se realizaron en un solo momento en el tiempo. Los diseños de investigación transversales o transeccionales se caracterizan por la recolección de datos en un instante específico, con el objetivo de describir las variables y examinar sus relaciones en un contexto determinado <sup>(105)</sup>.



**Estudiantes de las la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**

### **3.3. Población y muestra**

#### **3.3.1. Descripción de la población**

La población del estudio está constituida por estudiantes universitarios pertenecientes a la Facultad de Medicina Humana, que estén matriculados en el semestre 2025-I en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

#### **3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **3.3.2.1. Criterios de inclusión:**

- Estudiantes universitarios de las Escuelas Profesionales de Medicina Humana y Odontología, mayores de 18 años.
- Estudiantes matriculados en el semestre 2025 – I, informado o registrado en el centro de cómputo de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Estudiantes que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

##### **3.3.2.2. Criterios de exclusión:**

- Estudiantes con diagnóstico establecido de depresión que reciban tratamiento (médico o psicológico).
- Estudiantes que presenten algún evento traumático reciente en los últimos 6 meses (muerte de algún familiar cercano, violencia doméstica física o sexual, separación sentimental significativa).
- Estudiantes que rechazaron participar en el estudio o no firmaron el consentimiento informado.

#### **3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo**

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó como base la información del estudio de Perales A et al., 2023 sobre Salud mental en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. De entre sus resultados se encontró que el 42,8% de los estudiantes universitarios presentaba síntomas de depresión <sup>(34)</sup>. Se utilizó un enfoque estadístico para poblaciones finitas, considerando los siguientes criterios:

- Nivel de confianza: 95%
- Margen de error permitido: 5%
- Proporción esperada (prevalencia de referencia): 42,8%

**Aplicando la siguiente ecuación:**

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

**Donde:**

- Tamaño total de la población (valor N = 598)
- Nivel de confianza: 95% (valor Z = 1,96)
- Margen de error permitido: 5% (valor e = 0,05)
- Proporción esperada: 42,8% (valor p = 0,428, además q = 1 – p)

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.428 \cdot 0.572 \cdot 598}{(0.05)^2 \cdot (598 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.428 \cdot 0.572} \approx 231.0$$

Se adiciona a esa cantidad el 10% de los participantes para poder compensar las posibles pérdidas que podrían presentarse en la investigación. Resultando un total de 254 participantes finalmente.

El muestreo que se utilizó fue de tipo probabilístico estratificado proporcional, obteniendo una representación equitativa, de acuerdo a los criterios de inclusión, se tuvo en cuenta el número de estudiantes de cada escuela profesional matriculados en el semestre 2025 – I <sup>(106)</sup>. Además, para mantener la representatividad, se dividió la muestra de cada escuela proporcionalmente entre sus semestres y años académicos (primero a quinto). Dentro de cada semestre, la selección de estudiantes se realizó de forma aleatoria simple y se seleccionó de forma intencionada los participantes según sexo (50% de mujeres y 50% de varones), siempre que la disponibilidad de la muestra lo permita, quedando establecido de la siguiente manera:

Escuela profesional	N	n	Muestra por semestre de estudios	Muestra según sexo por semestre
Medicina humana	381	180	18	9 varones 9 mujeres
Odontología	217	74	8	4 varones 4 mujeres
Total	598	254		

### 3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

#### 3.4.1. Técnica

Para recopilar la información necesaria, se hizo uso de una ficha aplicada a estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana según criterios de inclusión, realizado en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

#### 3.4.2. Instrumento

Se empleó un cuestionario estructurado específicamente implementado y adaptado para esta investigación. Este instrumento fue sometido a un proceso de validación por médicos expertos en el tema. Para ello, se utilizó la Validez por Juicio de Expertos, por el método de Distancia al Punto Medio (DPP). Los cuestionarios se administraron de forma personal y confidencial, garantizando la privacidad de los participantes con un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos. Este instrumento, se compone por 43 ítems organizados en tres partes que permite recopilar información relevante tanto general como específica sobre las variables de interés; además incluye dos preguntas importantes que permiten identificar participantes con criterios de exclusión. En la ficha de recolección de datos se consideran:

- Datos personales básicos y nivel socioeconómico, mediante el Método de Graffar Méndez Castellano.
- Experiencias adversas en la infancia.

- La técnica empleada es el Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ). Este consta de 10 preguntas diseñadas para identificar retrospectivamente posibles circunstancias adversas vividas durante la infancia, antes de los 18 años. Las experiencias se agrupan en tres categorías: abuso, negligencia y disfunción del hogar.
- Se le pide al entrevistado que marque lo que más se parezca a lo que vivió durante su infancia, después de los 5 años y antes de los 18 años con respuestas de tipo dicotómica (si – no).
- El puntaje obtenido varía entre el 0 y 10. A la sumatoria, un puntaje de 4 o más se considera clínicamente significativo.
- Depresión.
  - La técnica empleada es el Inventario de depresión de Beck – II (BDI - II) un instrumento basado en los criterios del DSM-IV y el CIE – 10, diseñado tanto para la detección de síntomas, así como para el monitoreo de la severidad de la depresión. Los participantes marcan la opción que mejor refleje cómo se han sentido en las últimas 2 semanas.
  - El instrumento consta de 21 ítems, cada uno se evalúa mediante una escala de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que incluyen 7 opciones de respuesta. El puntaje total puede oscilar entre 0 y 63. Según los puntos de corte establecidos en cuatro niveles de severidad: sin depresión (0 - 13), leve (14 - 19), moderada (20 - 28) y grave (29 – 63).

### **3.4.3. Procedimientos de recolección de datos**

Se procedió de la siguiente manera:

- Se elaboró el instrumento para la evaluación de las variables en cuestión.
- Se gestionaron los trámites necesarios ante las oficinas y autoridades competentes de la universidad. Además, se solicitó autorización dirigida a los directores de las respectivas Escuelas Profesionales (Medicina

Humana y Odontología), con el fin de obtener permiso para aplicar los cuestionarios a los estudiantes.

- Se aplicó el cuestionario de forma presencial y virtual (formulario de Google) a los estudiantes seleccionados, tras una explicación precisa de la finalidad del estudio y se solicitó el consentimiento de los participantes, asegurando la confidencialidad de la información obtenida y de los resultados en forma general.
- Se realizó la verificación del llenado de cuestionarios y se excluyeron fichas que no estén completas o presenten criterios de exclusión.

### **3.5. Plan de análisis de datos**

La información obtenida fue almacenada y organizada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel versión del 2016, asegurando el cumplimiento de los principios universales de ética en la investigación médica. Posteriormente, la información fue procesada y analizada mediante el programa Python, permitiendo interpretación de los resultados; además se llevó a cabo un control de calidad de datos, asegurando la ausencia de celdas vacías, incoherencias y datos duplicados.

Las EAI fueron descritas mediante la distribución del puntaje total obtenido con el ACE-IQ (rango del 0 al 10). Mientras que la depresión fue evaluada de dos formas, como variable cualitativa ordinal, en cuatro niveles de depresión (ausente, leve, moderada y severa) según la puntuación total del BDI-II y como variable cualitativa dicotómica (sin/con depresión) utilizando un punto de corte establecido de  $\geq 14$ .

#### **3.5.1. Análisis descriptivo.**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Las variables cualitativas (sexo, nivel socioeconómico, nivel de depresión) se expresaron en frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y para las variables cuantitativas (puntaje total de ACE-IQ) se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, según la distribución de los datos.

- Media y Desviación Estándar para datos con distribución normal.
- Mediana y rango intercuartílico para datos con distribución no normal.

La distribución de la variable continua EAI fue evaluada mediante la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, con el fin de determinar el tipo de prueba estadística (paramétrica o no paramétrica) a utilizar en el análisis bivariado.

### 3.5.2. Análisis bivariado

Se exploró la relación entre las EAI (variable cuantitativa continua) y la depresión (variable cualitativa ordinal).

- Para comparar el número de EAI entre los diferentes niveles de depresión. La variable EAI tiene distribución no normal, por lo cual se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis (prueba no paramétrica).
- Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para explorar la asociación monotonica entre el número de EAI y el nivel de depresión.

### 3.5.3. Análisis multivariado

- **Regresión logística binaria simple.** Se evaluó la probabilidad de presentar depresión (como variable cualitativa dicotómica: con/sin depresión, con punto de corte  $\geq 14$  en el BDI-II) en función del número de EAI. Se calculó el Odds Ratio (OR) como medida de asociación, junto con su intervalo de confianza del 95%. Un  $OR > 1$  indicó que las EAI actúan como un posible factor de riesgo para la depresión. Si el  $OR < 1$ , las EAI actuarían como un factor protector. Si el IC incluye el 1, no hay asociación estadísticamente significativa.
- **Regresión logística ordinal múltiple.** Se analizó el efecto de las EAI sobre la probabilidad de presentar un nivel más alto de depresión, además fue ajustado por variables potencialmente confusoras (como edad, sexo, nivel socioeconómico etc.) para su respectivo control.

**Nivel de significancia:** Se consideró estadísticamente significativo todo resultado con valor de  $p < 0.05$ , y se reportan los intervalos de confianza del 95% para todas las estimaciones.

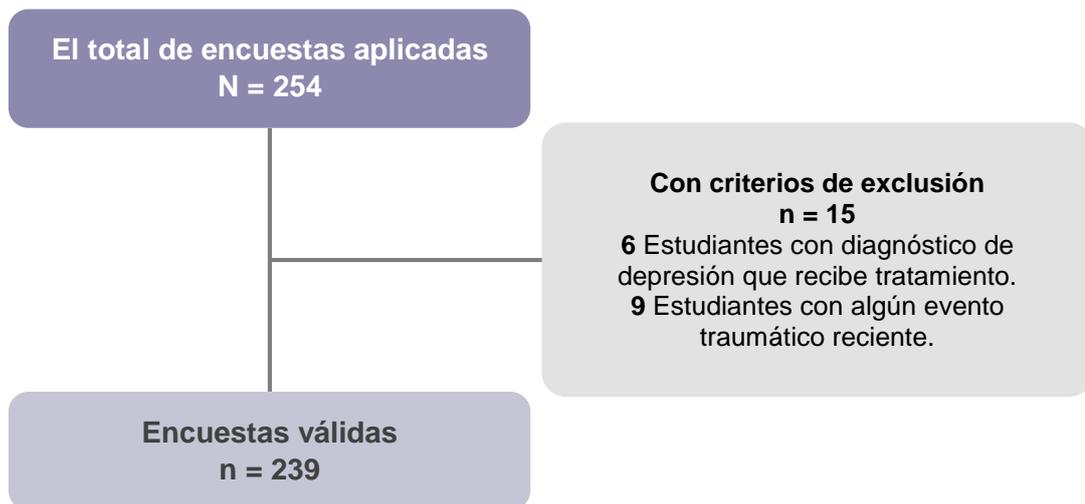
Por último, todos los resultados fueron presentados en tablas o gráficos para su mejor interpretación.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 4.1. Resultados

El instrumento fue aplicado a 254 estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC) durante el semestre 2025-I. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se validaron 239 encuestas.

**Gráfico N°1. Flujograma de selección de participantes.**



*Fuente: Elaboración propia (2025).*

#### 4.1.1. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas.

Del total de participantes, el 48,1% fueron mujeres y el 51,8% varones, con una edad promedio de  $20,9 \pm 2,3$  años (media  $\pm$  DE). En cuanto al estado civil, la mayoría se encontraba soltera (o) (97,1%), mientras que un 2,9% refirió ser conviviente o casada (o). Respecto a la procedencia, el 54,3% manifestó provenir de la ciudad del Cusco, y el 45,6%, de otras localidades. En relación a la convicción religiosa, el 83,2% indicó mantener alguna creencia, mientras que el 16,7% señaló ser agnóstico. En cuanto al nivel socioeconómico, predominó el nivel medio alto (41,0%), seguido del medio bajo (30,1%). Además, en lo que respecta al apoyo social, el 96,6% de los encuestados señaló contar con apoyo familiar o amical, mientras que el 3,3% refirió no disponer de dicho respaldo. Finalmente, del total de encuestados, la escuela profesional de Medicina Humana estuvo representada por 166 estudiantes

(69,4%), mientras que Odontología por 73 estudiantes (30,5%). Estos datos se presentan en la Tabla N°1.

**Tabla N°1. Características sociodemográficas de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**

Característica	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	124	51,8%
Femenino	115	48,1%
<b>Edad (años)*</b>		
	20.9 ± 2.3	
18 a 21 años	118	49,3%
22 a 25 años	104	43,5%
26 a 29 años	16	6,6%
30 a más años	1	0,4%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	232	97,1%
Conviviente	5	2,1%
Casado	2	0,8%
<b>Procedencia de la ciudad del Cusco</b>		
Si	130	54,3%
No	109	45,6%
<b>Convicción religiosa</b>		
Católica	174	72,8%
Agnóstica	40	16,7%
Evangélica	18	7,5%
Mormona	5	2,0%
Testigo de Jehová	2	0,8%
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto	27	11,3%
Medio alto	98	41,0%
Medio bajo	72	30,1%
Obrero	39	16,3%
Marginal	3	1,2%
<b>Apoyo social</b>		
Si	231	96,6%
No	8	3,3%
<b>Escuela profesional</b>		
Medicina Humana	166	69,4%
Odontología	73	30,5%
<b>Año académico</b>		
1° año	50	20,9%
2° año	47	19,7%
3° año	49	20,5%
4° año	49	20,5%
5° año	44	18,4%

\*Expresada en media y desviación estándar.

Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

La variable experiencias adversas en la infancia (EAI), medida mediante el puntaje total del ACE-IQ, fue evaluada en cuanto a su distribución utilizando la prueba de normalidad de Shapiro – Wilk. El resultado obtenido ( $p < 0.05$ ) indicó que los datos no presentan una distribución normal, es decir, los puntajes no se distribuyen de manera simétrica ni predecible. Por ello, se optó por el uso de estadísticos no paramétricos para describir y analizar dicha variable.

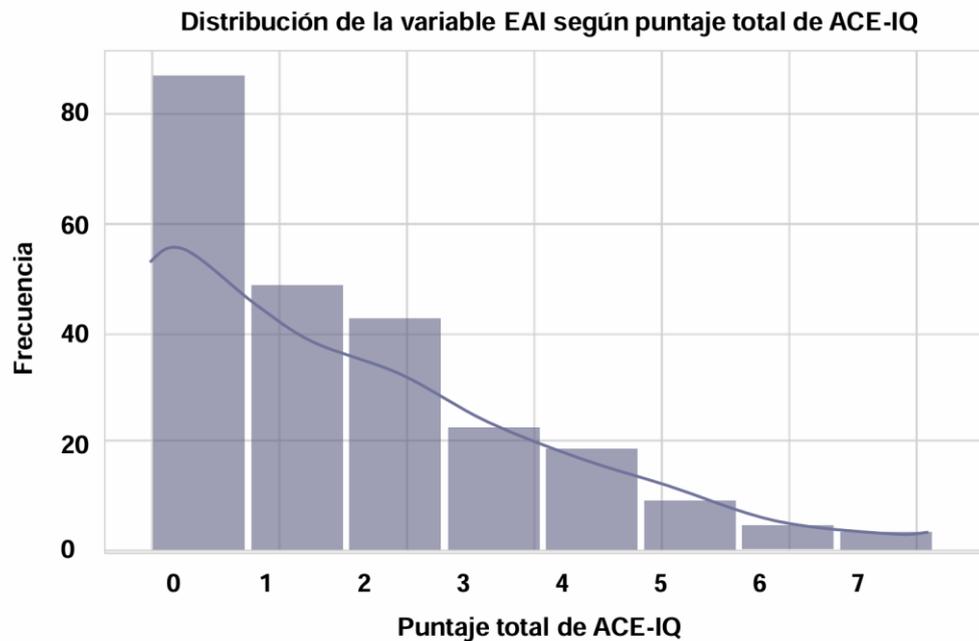
En consecuencia, se calcularon la mediana y el rango intercuartílico (RIC) como medidas de tendencia central y dispersión. El puntaje total de ACE-IQ presentó una mediana de 1.0 con un RIC de 0.0 a 2.5. Esto indica que la mitad de los participantes obtuvo un puntaje igual o menor a 1, y la otra mitad, un puntaje igual o mayor. El RIC de 2.5 refleja una diferencia de 2.5 puntos entre los percentiles 25 y 75, lo cual evidencia que los puntajes tienden a concentrarse predominantemente en valores bajos, aunque existe cierta variabilidad en la distribución.

Respecto a la distribución de los puntajes de EAI según el ACE-IQ, el 36,4% de los participantes no reportó haber vivido ninguna EAI, mientras que el 63,4% presentó al menos una EAI. El 20,5% reportó sólo una, el 18% dos y el 9,6% tres; en contraste, el 15,3% reportó haber vivido cuatro o más EAI (Tabla N°2). Por otro lado, el Gráfico N°2 muestra visualmente que los puntajes de ACE-IQ no siguen una distribución normal. La mayoría de los valores se concentran en los puntajes más bajos (0 y 1), lo que genera un pico pronunciado en la curva de densidad de Kernel (KDE) en ese rango. A medida que los puntajes aumentan (de 2 a 7), la frecuencia disminuye considerablemente, lo cual indica que una menor proporción de participantes presentó un número elevado de EAI.

**Tabla N°2. Distribución del puntaje total del ACE-IQ en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**

Puntaje total de ACE – IQ	n	%
0	87	36,4%
1	49	20,5%
2	43	18,0%
3	23	9,6%
4	19	7,9%
5	9	3,7%
6	5	2,1%
7	4	1,6%

**Gráfico N°2. Histograma + KDE del puntaje de EAI en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**



*Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos*

De las personas que reportaron alguna EAI, el tipo de experiencia adversa más reportada fue el abuso emocional, presente en el 27,1% de los participantes. Le siguieron la convivencia con un familiar con consumo problemático de alcohol o drogas (21,3%), el antecedente familiar de depresión (20%) y el abuso físico (19,2%), según se detalla en la Tabla N°3.

**Tabla N°3. Tipo de experiencias adversas en la infancia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**

Tipo de EAI reportado	n	%
<b>Abuso</b>		
Emocional	65	27,1%
Físico	46	19,2%
Sexual	32	13,3%
<b>Negligencia</b>		
Emocional	44	18,4%
Física	14	5,8%
<b>Disfunción familiar</b>		
Divorcio o separación de padres	40	16,7%
Exposición a violencia doméstica	22	9,2%
Consumo de sustancias en entorno familiar	51	21,3%
Historia de patología mental	48	20,0%
Criminalidad doméstica	23	9,6%

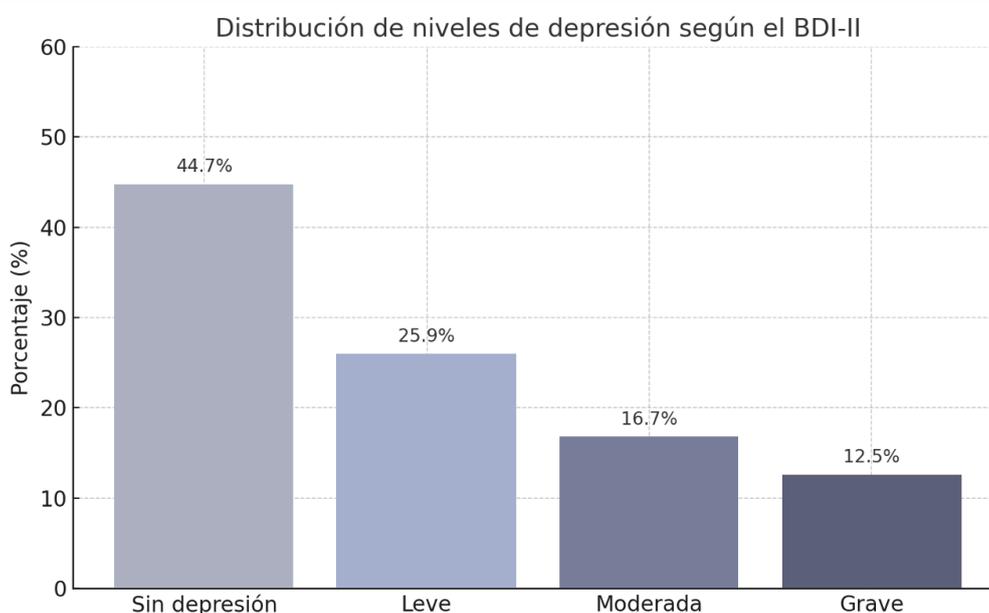
*Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos*

La variable depresión evaluada mediante el inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se observó que el 55,2% de los estudiantes presentó sintomatología depresiva, la cual se distribuyó en los siguientes niveles: leve (25,9%), moderada (16,7%) y grave (12,5%). Por otro lado, el 44,7% restante no presentó síntomas depresivos, de acuerdo al punto de corte establecido por el BDI-II ( $\geq 14$ ), como se muestra en la Tabla N°4. Asimismo, el Gráfico N°3 muestra de forma visual la distribución porcentual de los niveles de depresión mediante un gráfico de barras, lo cual permite una comparación clara entre las distintas categorías.

**Tabla N°4. Distribución de los niveles de depresión según el BDI – II en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**

Nivel de depresión	n	%
<b>Sin depresión</b>	107	44,7%
<b>Con depresión</b>	132	55,2%
Leve	62	25,9%
Moderada	40	16,7%
Grave	30	12,5%

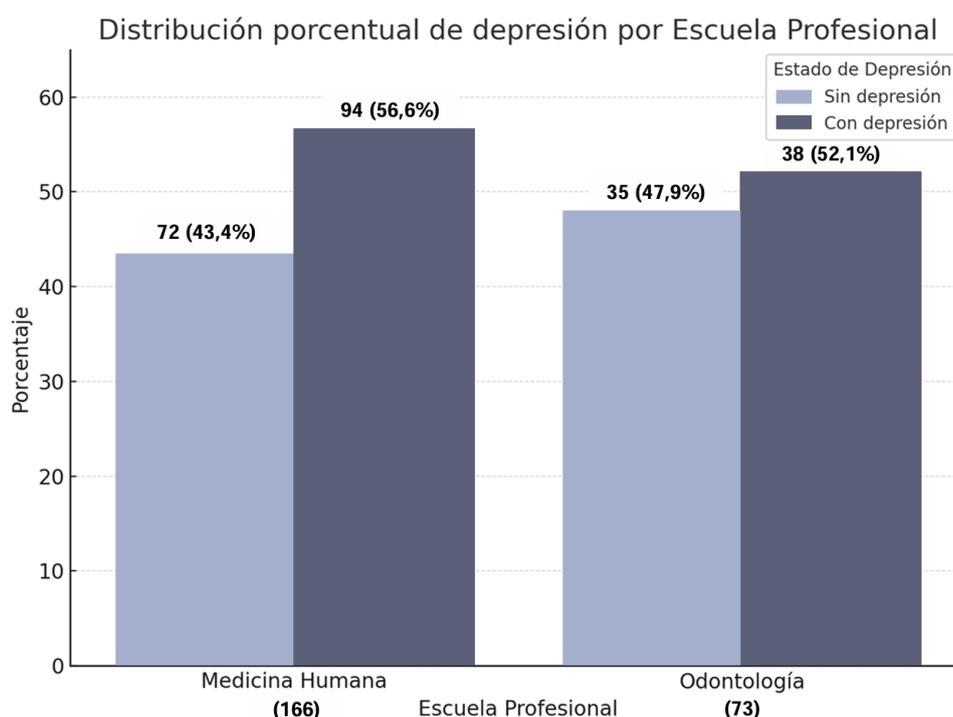
**Gráfico N°3. Distribución porcentual de los niveles de depresión según el BDI-II de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**



Fuente: *Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos*

Por otro lado, el Gráfico N°4 permite visualizar la distribución de depresión según la Escuela Profesional, se observó que de Medicina Humana (n=166), el 56,6% de los estudiantes presentó síntomas de depresión (n=94), mientras que en Odontología (n=73), el 52,1% presenta síntomas de depresión (n=38). Esto evidencia que, en ambas escuelas, más de la mitad de los estudiantes evaluados presentan algún nivel de depresión, siendo ligeramente más alta la proporción en Medicina Humana.

**Gráfico N°4. Distribución de depresión por Escuela Profesional en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**



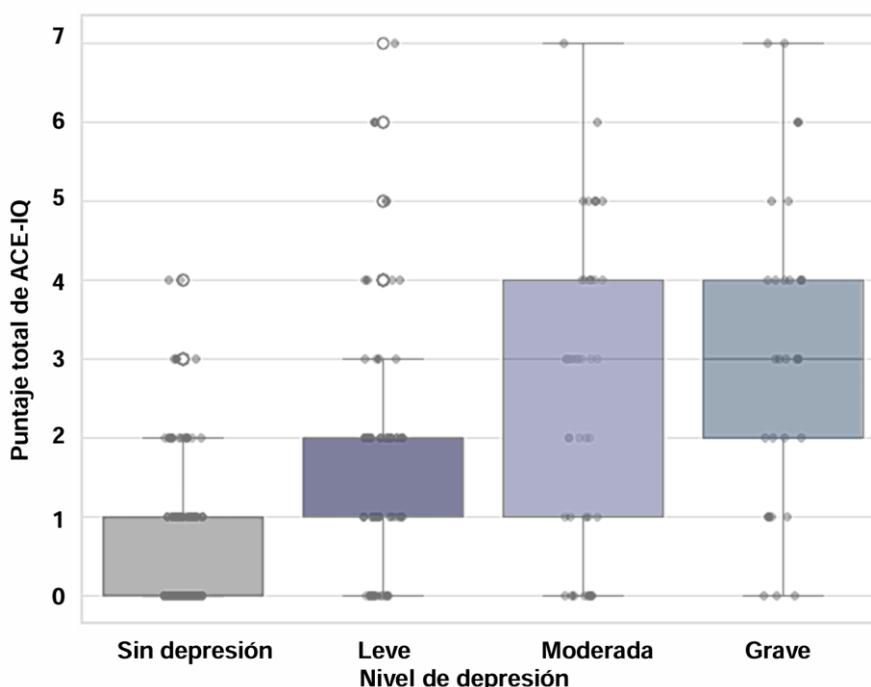
Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

#### 4.1.2. Análisis bivariado

Se exploró la relación entre las experiencias adversas en la infancia (variable cuantitativa continua) y los niveles de depresión (variable cualitativa ordinal). Dado que los puntajes del ACE-IQ no presentaron una distribución normal, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis con el propósito de determinar si existían diferencias significativas en los puntajes de ACE-IQ entre los distintos niveles de depresión. Los resultados fueron estadísticamente significativos ( $H=73.579$ ;  $p < 0.05$ ), lo que indica que los niveles de depresión difieren de manera significativa en función del número de experiencias adversas vividas durante la infancia, permitiendo rechazar la hipótesis nula.

Para complementar este análisis, se elaboró un diagrama de caja (boxplot) que representa la distribución de los puntajes del ACE-IQ según los niveles de depresión (Gráfico N°5). En este gráfico, cada caja representa el rango intercuartílico (RIC), la línea central indica la mediana y los bigotes muestran el 95% de los datos. Los resultados reflejan una tendencia creciente en los puntajes de EAI a medida que aumenta el nivel de depresión, evidenciando diferencias significativas entre los grupos (Kruskal-Wallis,  $p < 0.001$ ).

**Gráfico N°5. Boxplot del puntaje de ACE-IQ según nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**



*Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos.*

Posteriormente, se procedió al cálculo del coeficiente de correlación de Spearman, una prueba no paramétrica que evalúa la existencia de una relación monótona (ya sea creciente o decreciente, pero no necesariamente lineal) entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) y el nivel de depresión. Los resultados mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $\rho = 0,553$ ;  $p < 0.05$ ), lo cual indica que los estudiantes con mayor número de experiencias adversas en la infancia (es decir, con puntajes más altos en el ACE-IQ) tienden a presentar niveles más elevados de depresión. Estos hallazgos evidencian una relación directa entre ambas variables. La tabla N°5 presenta los resultados del análisis de correlación y de tendencia en general. Entre quienes no reportaron ninguna EAI, el 74,7% no presentó síntomas

depresivos, y solo un 3,4% mostró síntomas graves. Por el contrario, entre quienes reportaron 4 o más de EAI, el 35,1% presentó depresión grave, y el 94,6% mostró algún nivel de depresión.

**Tabla N°5. Correlación entre las EAI y los niveles de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**

	Depresión										p-valor	Rho
	Ausente		Leve		Moderada		Grave		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>0</b>	65	74,7%	11	12,6%	8	9,1%	3	3,4%	87	100%	< 0.05	0.553
<b>1</b>	24	48,9%	16	32,6%	5	10,2%	4	8,1%	49	100%		
<b>2</b>	12	27,9%	22	51,1%	5	11,6%	4	9,3%	43	100%		
<b>3</b>	4	17,4%	4	17,4%	9	39,1%	6	26,0%	23	100%		
<b>4</b>	2	10,5%	4	21,0%	6	31,5%	7	36,8%	19	100%		
<b>5</b>	0	0	2	22,2%	5	55,5%	2	22,2%	9	100%		
<b>6</b>	0	0	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	100%		
<b>7</b>	0	0	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%	4	100%		
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>44,7%</b>	<b>62</b>	<b>46,9%</b>	<b>40</b>	<b>30,3%</b>	<b>30</b>	<b>22,7%</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

Se exploró la relación entre la presencia de sintomatología depresiva y las diversas variables sociodemográficas. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la presencia de sintomatología depresiva (OR=2,05, IC 95% [1,22–3,45]; p=0,009), lo que indica un mayor riesgo en mujeres. Asimismo, los estudiantes provenientes de la ciudad del Cusco presentaron mayor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva en comparación con aquellos de otras localidades (OR=1,75; IC 95% [1,04–2,93]; p=0,044). Por otro lado, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de sintomatología depresiva y otras variables sociodemográficas como estado civil, religión (p=0,423), nivel socioeconómico (p = 0,154), apoyo social (OR=0,73; IC 95% [0,17–3,13]; p=0,95), escuela profesional (Medicina Humana: OR=1,20; IC 95% [0,69–2,08]; Odontología: OR=0,83; IC 95% [0,47–1,44]; p = 0,607) o año académico (Medicina Humana:  $\chi^2=3,456$ ; p=0,485; Odontología:  $\chi^2=1,404$ ; p=0,843). Es decir, las diferencias en frecuencia de la presencia de depresión, entre las distintas variables podrían deberse al azar. Estos datos se presentan en la Tabla N°6.

**Tabla N°6. Características sociodemográficas y depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, 2025.**

	Sin depresión N=107	Con depresión N=132	Total N=239	IC 95% [LI-LS]
<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Sexo</b>				
Femenino	41 (35,6%)	74 (64,3%)	115 (48,1%)	OR = 2,05 [1,22 – 3,45] $\chi^2 = 6,75$ p = 0,009
Masculino	66 (64,4%)	58 (46,7%)	124 (51,8%)	
<b>Edad</b>				
18 a 21 años	52 (48,6%)	66 (50,0%)	118 (49,3%)	$\chi^2 = 2.48$ p = 0.479
22 a 25 años	50 (46,7%)	54 (41,0%)	104 (43,5%)	
26 a 29 años	5 (4,6%)	11 (8,3%)	16 (6,7%)	
30 a más años	0	1 (0,7%)	1 (0,4%)	
<b>Estado civil</b>				
Soltero	104 (97,1%)	128 (96,9%)	232 (97,1%)	$\chi^2 = 0.068$ p = 0.966
Conviviente	2 (1,8%)	3 (2,2%)	5 (2,1%)	
Casado	1 (0,9%)	1 (0,7%)	2 (0,8%)	
<b>Procedencia de la ciudad del Cusco</b>				
Si	50 (46,7%)	80 (60,6%)	130 (54,3%)	OR = 1,75 [1,04 – 2,93] $\chi^2 = 4.04$ p = 0.044
No	57 (53,3%)	52 (39,4%)	109 (45,6%)	
<b>Convicción religiosa</b>				
Católica	81 (75,7%)	93 (70,4%)	174 (72,8%)	$\chi^2 = 3.88$ p = 0.423
Agnóstica	14 (13,0%)	26 (19,7%)	40 (16,7%)	
Evangélica	10 (9,3%)	8 (6,1%)	18 (7,5%)	
Mormona	1 (0,9%)	4 (3,0%)	5 (2,0%)	
Testigo de Jehová	1 (0,9%)	1 (0,8%)	2 (0,8%)	
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Alto	10 (9,3%)	17 (12,9%)	27 (11,3%)	$\chi^2 = 6,68$ p = 0,154
Medio alto	45 (42,1%)	53 (40,1%)	98 (41,0%)	
Medio bajo	35 (32,7%)	37 (28,0%)	72 (30,1%)	
Obrero	15 (14,0%)	24 (18,2%)	39 (16,3%)	
Marginal	2 (1,8%)	1 (0,7%)	3 (1,2%)	
<b>Apoyo social</b>				
Si	104 (97,1%)	127 (96,2%)	231 (96,6%)	OR = 0,73 [0,17 – 3,13] $\chi^2 = 0.0035$ p = 0.95
No	3 (2,8%)	5 (3,7%)	8 (3,3%)	
<b>Escuela profesional</b>				
Medicina Humana	72 (67,2%)	94 (71,2%)	166 (69,4%)	OR = 1,20 [0,69 – 2,08] $\chi^2 = 0,263$ p = 0.607
Odontología	35 (32,7%)	38 (28,7%)	73 (30,5%)	
<b>Año académico</b>				
<b>Medicina Humana</b>				
1° año	19 (17,7%)	15 (11,3%)	34 (14,2%)	$\chi^2 = 3,456$ p = 0.485
2° año	15 (14,0%)	19 (14,4%)	34 (14,2%)	
3° año	13 (12,1%)	20 (15,1%)	33 (13,8%)	
4° año	14 (13,0%)	19 (14,4%)	33 (13,8%)	
5° año	11 (10,2%)	21 (15,9%)	32 (13,4%)	
<b>Odontología</b>				
1° año	7 (6,5%)	9 (6,8%)	16 (6,7%)	$\chi^2 = 1,404$ p = 0.843
2° año	8 (7,4%)	5 (3,7%)	13 (5,4%)	
3° año	7 (6,5%)	9 (6,8%)	16 (6,7%)	
4° año	8 (7,4%)	8 (6,1%)	16 (6,7%)	
5° año	5 (4,6%)	7 (5,3%)	12 (5,0%)	

Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

#### **4.1.3. Análisis multivariado**

Se aplicó un modelo de regresión logística binaria simple para evaluar la probabilidad de presentar sintomatología depresiva (variable dicotómica: con/sin depresión) en función del número de experiencias adversas en la infancia (EAI). El análisis estimó un Odds ratio (OR) de 2.514 (IC 95% [1.923 - 3.288],  $p < 0.001$ ), lo que indica que, por cada unidad adicional en la cantidad de EAI, la probabilidad de presentar síntomas depresivos fue 2.514 veces mayor. Dado que el OR es mayor a 1 y el intervalo de confianza no incluye este valor, se concluye que la asociación es estadísticamente significativa y directa, por lo que las EAI actúan como un factor de riesgo para la depresión.

Asimismo, se utilizó un modelo de regresión logística ordinal múltiple para analizar el efecto del número de EAI sobre la probabilidad de presentar un nivel más alto de depresión, el cual fue ajustado por variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel socioeconómico, entre otras. Los resultados mostraron que el número de EAI fue un predictor significativo del nivel de depresión (OR = 2.10; IC 95% [1.76 - 2.53];  $p < 0.001$ ), lo que refuerza el efecto de las EAI como factor de riesgo para una mayor gravedad depresiva. En cuanto a las demás variables evaluadas, el sexo mostró un efecto significativo ( $p = 0.001$ ): las mujeres presentaron una mayor probabilidad de presentar un nivel más alto de depresión, en comparación con los hombres (OR = 2,35; IC 95%: 1,38–3,99;  $p = 0,002$ ), lo que confirma una asociación sólida entre el sexo femenino y la depresión. Las demás variables, como edad, nivel socioeconómico, año académico, procedencia, estado civil, escuela profesional y convicción religiosa; no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el nivel de depresión ( $p > 0,05$ ), lo que sugiere que su efecto no sería relevante una vez controladas las demás variables del modelo.

## 4.2. Discusión

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son eventos potencialmente traumáticos que, cuando ocurren de forma reiterada y sin un entorno protector, pueden tener un impacto duradero en la salud física y mental a lo largo de la vida. Diversos estudios han demostrado su asociación con múltiples trastornos mentales en la adultez, siendo la depresión uno de los más prevalentes. Esta última, una de las afecciones psiquiátricas más comunes a nivel mundial, afecta significativamente la funcionalidad individual y social, y tiene un origen multifactorial. Entre los factores de riesgo, las EAI se han identificado como uno de los que tienen fuerte asociación.

El objetivo general de este estudio fue determinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco en el año 2025. Los resultados evidenciaron una relación significativa entre ambas variables. Específicamente, se halló una asociación entre el número de EAI y la presencia y gravedad de los síntomas depresivos, evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

El análisis correlacional reveló una asociación moderada (Spearman = 0.553,  $p < 0.05$ ), mientras que la regresión logística indicó que por cada EAI adicional, la probabilidad de presentar sintomatología depresiva se incrementa más del doble (OR=2.514; IC 95% [1.923-3.288],  $p < 0.001$ ). Estos resultados respaldan la hipótesis planteada y confirman que las EAI constituyen un factor de riesgo significativo para el desarrollo de síntomas depresivos en esta población.

Una posible explicación de esta relación radica en el impacto que las experiencias tempranas adversas tienen sobre el desarrollo emocional. Este periodo, de desarrollo temprano, es crítico para la formación de la autoestima, la regulación afectiva y los mecanismos de afrontamiento. La exposición a eventos traumáticos durante esta etapa puede generar mayor vulnerabilidad al estrés y a los trastornos afectivos en etapas posteriores, especialmente en contextos exigentes como el universitario.

Respecto a los objetivos específicos, se halló que el 63,4% de los estudiantes reportó al menos una EAI, y el 15,3% informó haber vivido cuatro o más, superando el umbral considerado clínicamente relevante para una exposición significativa. Asimismo, el 55,2% de los participantes presentó algún nivel de sintomatología depresiva, siendo

el nivel leve el más común (25,9%). Además, según Escuela Profesional, se observó que más de la mitad de los estudiantes presentó algún nivel de depresión, siendo ligeramente mayor en Medicina Humana (56,6%) frente a Odontología (52,1%).

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas tanto a nivel internacional como nacional. El estudio pionero de Felitti et al. (1998) estableció una relación directa entre las EAI y diversos problemas de salud mental, incluida la depresión <sup>(75)</sup>. Asimismo, investigaciones más recientes, como la de Akter et al. (2025) en Bangladesh, encontraron que por cada unidad adicional en la puntuación de EAI aumentaba en un 19% la probabilidad de depresión moderada a severa (ORa=1.19) <sup>(24)</sup>. De manera similar, Yu et al. (2024) en China reportaron que la presencia de tres o más EAI triplicaba la probabilidad de depresión (OR=2.93) <sup>(25)</sup>. En América latina, estudios como el de Mieles et al. (2024) en Colombia observaron una correlación positiva entre el número de EAI y los niveles de depresión ( $r=0.306$ ) <sup>(30)</sup>, mientras que Vitriol et al. (2017) en Chile evidenciaron una asociación entre el número de EAI y la gravedad de los síntomas depresivos <sup>(32)</sup>. A nivel nacional, Fernández-Arana et al. (2021) identificaron que las EAI incrementan la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos en profesionales de la salud expuestos a contextos de alta demanda emocional, como la pandemia de COVID-19 <sup>(33)</sup>.

En cuanto a las prevalencias, estudios internacionales muestran cifras similares. Tao et al. (2023) en China reportaron que el 46.7% de estudiantes universitarios había sufrido al menos una EAI antes de los 18 años <sup>(26)</sup>. Akter et al. (2025) hallaron una prevalencia del 54%, siendo el abuso emocional el tipo más reportado (27%), coincidiendo con los hallazgos del presente estudio <sup>(24)</sup>. Por su parte, Mall et al. (2018) reportaron que casi el 80% de los estudiantes había experimentado al menos una EAI <sup>(29)</sup>. La alta prevalencia de EAI, en este estudio puede explicarse por diversos factores del contexto social y familiar de la población peruana, especialmente en regiones como Cusco, donde los entornos familiares pueden estar marcados por situaciones de violencia doméstica, negligencia emocional o física, y estructuras familiares disfuncionales. Estas situaciones, muchas veces normalizadas o no reconocidas como formas de maltrato infantil, exponen indirectamente a los niños a un ambiente hostil desde edades tempranas. También es importante considerar que existe la cultura del silencio frente a eventos traumáticos, como el abuso sexual o violencia intrafamiliar, contribuye a perpetuar ciclos de adversidad y dificulta su reconocimiento

y abordaje oportuno, lo que podría llevar a una subestimación de su prevalencia por temor al estigma. Respecto a la depresión, Perales et al. (2023), un estudio local, encontraron una prevalencia de 42,8% de sintomatología depresiva en estudiantes de ciencias de la salud, valor próximo al encontrado en este estudio <sup>(34)</sup>. Esta diferencia puede explicarse por distintos factores interrelacionados de carácter social, académico, económico y sanitario, que han impactado y se han intensificado en los últimos años, afectando la salud mental de los universitarios. El contexto postpandémico pudo haber influido de manera significativa en el incremento de la sintomatología depresiva, especialmente por la reincorporación a la presencialidad, el aumento de la exigencia académica y la incertidumbre sobre el futuro profesional, particularmente en carreras relacionadas con la salud. A ello se suman factores sociales como la inseguridad ciudadana, el uso problemático de redes sociales, las dificultades económicas, la pérdida de seres queridos y el debilitamiento de las redes de apoyo, que han reducido el soporte emocional disponible y han contribuido a un deterioro sostenido del bienestar psicológico de los estudiantes.

La alta prevalencia tanto de EAI como de síntomas depresivos en esta muestra pone en evidencia una problemática relevante y latente, que requiere atención inmediata. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias de prevención, detección temprana y atención psicológica continua en el entorno universitario.

En el análisis de variables sociodemográficas, el sexo femenino se asoció significativamente con niveles más altos de depresión (OR=2,35; IC 95% [1,38–3,99]; p=0,002), este resultado coincide con el estudio de Fernández-Arana (2021) <sup>(33)</sup>, que halló una mayor afectación en mujeres expuestas a distintos tipos de EAI. La literatura respalda esta asociación, señalando una mayor vulnerabilidad en mujeres debido a factores tanto biológicos como socioculturales, incluyendo una mayor exposición a violencia de género, una mayor carga emocional, y diferencias en la expresión y reconocimiento de los síntomas. Las mujeres suelen reportar con mayor frecuencia sus síntomas psicológicos y a buscar ayuda profesional, lo que influye en la detección de la depresión en esta población.

Además, se observó que los estudiantes procedentes de la ciudad del Cusco presentaban mayor probabilidad de síntomas depresivos frente a quienes provenían de otras localidades (OR=1,75; IC 95% [1,04–2,93]; p=0,044). Esta diferencia podría

explicarse por factores familiares y contextuales asociados al entorno urbano, como el estrés crónico, el ritmo de vida acelerado, la inseguridad ciudadana y la limitada interacción con espacios naturales. Además, en contextos urbanos suele haber una mayor percepción de competitividad académica y presión social, lo que contribuye al desgaste emocional y puede aumentar el riesgo de sintomatología depresiva. En cuanto a la escuela profesional, los estudiantes de Medicina Humana mostraron una tendencia a presentar depresión en comparación con los de Odontología (OR=1,20; IC 95% [0.69–2.08]; p=0,263); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. No obstante, esta tendencia podría justificar estudios posteriores con un mayor tamaño muestral, que permitan explorar el impacto de variables como la carga académica o el estrés clínico en el bienestar emocional de los estudiantes.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra su diseño transversal, que impide establecer causalidad entre las variables. Además, el uso de instrumentos de autoinforme puede estar sujeto a sesgos de memoria o deseabilidad social. Aunque se utilizó un instrumento validado y confiable como el BDI-II, este cumple una función de tamizaje y no reemplaza una evaluación clínica exhaustiva; por ello, los resultados deben interpretarse como una aproximación preliminar al diagnóstico. A pesar de ello, este estudio representa una contribución original, dado que no se han identificado investigaciones previas sobre la relación en el contexto local. Por tanto, los resultados pueden ser útiles como base para futuros estudios con diseños longitudinales, muestras más amplias y aplicación en diferentes contextos, orientados a abordar la salud mental en estudiantes universitarios, quienes constituyen una población particularmente expuesta a altos niveles de estrés académico y emocional.

En resumen, este estudio aporta evidencia clara sobre la relación entre experiencias adversas en la infancia y la presencia de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de áreas relacionadas a la salud. Los hallazgos resaltan la necesidad de visibilizar esta problemática en los distintos entornos e implementar acciones preventivas, de detección oportuna y servicios de apoyo emocional que favorezcan el bienestar mental en el entorno universitario.

### 4.3. Conclusiones

1. Existe una relación directa y estadísticamente significativa entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) y la depresión en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025. Los resultados del estudio muestran que a mayor número de EAI, mayor es la probabilidad de presentar síntomas depresivos, tanto en términos de presencia como de gravedad, lo cual respalda las hipótesis planteadas.
2. El análisis estadístico confirmó que las EAI constituyen un factor de riesgo importante para la depresión. El coeficiente de correlación de Spearman indicó una asociación moderada, mientras que el modelo de regresión logística reveló que por cada EAI adicional, la probabilidad de presentar sintomatología depresiva se multiplica por 2.5 veces.
3. La prevalencia de EAI y de depresión fue considerable en la muestra estudiada. El 63,4% de los estudiantes reportó al menos una EAI, y el 15,3% informó cuatro o más, superando el umbral clínico de relevancia. El 55,2% de los estudiantes presentó algún nivel de sintomatología depresiva, siendo el nivel leve el más frecuente (25,9%). Además, la depresión afectó al 56,6% de los estudiantes de Medicina Humana y al 52,1% de Odontología, evidenciando una alta prevalencia en ambas escuelas. La analizar la relación entre ambas variables, se encontró que el 74,7% de quienes no reportaron ninguna EAI no presentaron síntomas depresivos, mientras que el 94,6% de quienes reportaron cuatro o más EAI, presentó algún nivel de depresión.
4. El sexo femenino y la procedencia de la ciudad del Cusco se asoció significativamente con mayores niveles de depresión, aumentando la probabilidad de presentar síntomas depresivos en 2,3 y 1,75 veces, respectivamente. Las demás variables sociodemográficas no mostraron asociación significativa.

5. Este estudio aporta evidencia relevante en el contexto local, donde no se han encontrado investigaciones previas que evalúen esta relación específica. Por tanto, constituye un punto de partida para futuras investigaciones que permitan comprender mejor los mecanismos subyacentes y promover el bienestar emocional en entornos universitarios.

#### **4.4. Sugerencias**

##### **A Decano de la Facultad de Medicina Humana:**

###### **1. Apoyo emocional estudiantil:**

- Crear una sección permanente en la página web de la Facultad de Medicina Humana con información actualizada sobre salud mental, incluyendo un directorio de centros de atención disponibles con sus respectivas ubicaciones, horarios de atención y números de contacto. Esta información debe difundirse mensualmente a través de correos institucionales y redes sociales oficiales de la facultad y de los centros de estudiantes. Según su ubicación, los estudiantes pueden acudir al Centro de Salud Mental Comunitaria más cercano. Si están afiliados al SIS, podrán acceder de forma gratuita a todos los servicios, si cuentan con otro tipo de seguro, se aplicarán las tarifas establecidas por el MINSA.
  - Centro de Salud Mental Comunitario Cusco: Calle Oswaldo Baca N°211 – Urb. Magisterio. Teléfonos: (084) 200428 / 963872153.
  - Centro de Salud Mental Comunitario Santiago: Calle Reverendo Padre Manyá s/n, Santiago. Teléfono: (084) 386029.
  - Centro de Salud Mental Comunitario San Sebastián: Urb. Cachimayo Calle Esmeralda S/N, San Sebastián. Teléfono: 987244853.

###### **2. Espacios seguros y programas de afrontamiento:**

- Habilitar un servicio de consejería psicológica accesible, en coordinación con el Centro de Salud Universitario, con un horario fijo (por ejemplo, de lunes a viernes de 9:00 am a 1:00 pm). Como parte de su servicio, se sugiere organizar talleres grupales mensuales sobre manejo de estrés, mindfulness y habilidades sociales, dirigidos por profesionales en psicología.

###### **3. Fomento de la investigación en el tema:**

- Promover la realización de investigaciones futuras sobre la relación entre experiencias adversas en la infancia (EAI) y depresión, empleando diseños longitudinales y muestras más amplias que fortalezcan la

validez de los hallazgos. Asimismo, se recomienda explorar factores protectores o variables mediadoras que puedan incidir en dicha relación.

#### **A Rector de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco:**

##### **1. Detección de EAI en atención integral:**

- Incluir una ficha complementaria basada en el Cuestionario Internacional de Experiencias adversas en la infancia (ACE-IQ) dentro de la evaluación de salud mental dirigida a estudiantes de nuevo ingreso. Esta medida permitirá identificar tempranamente factores de riesgo y promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes.
- Capacitar al personal del Centro de Salud Universitario en la aplicación confidencial y ética del instrumento.
- Clasificar los resultados obtenidos y ofrecer talleres personalizados de resiliencia y manejo emocional a los estudiantes identificados con mayor riesgo.

##### **2. Tamizaje anual de depresión:**

- Aplicar anualmente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) u otro instrumento psicométrico validado al inicio del año académico, con el fin de detectar la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes. Esta actividad debe complementarse con una jornada informativa sobre salud mental y servicios de apoyo disponibles.
- A partir de los resultados, generar una base de datos confidencial y convocar a los estudiantes con riesgo moderado o severo a sesiones de orientación psicológica. Dar el seguimiento respectivo.

#### **Al Gerente de la Gerencia Regional de Salud del Cusco:**

##### **1. Capacitación al personal de salud en experiencias adversas en la infancia (EAI):**

- Brindar capacitaciones presenciales o cursos virtuales dirigidos al personal de salud mental y medicina general que labora en el primer

nivel de atención, con el objetivo de fortalecer sus capacidades en el identificación temprana y abordaje adecuado de las EAI.

- Programar talleres presenciales en cada microred de salud, que incluyan simulaciones de entrevistas clínicas enfocadas en la detección de EAI, para desarrollar habilidades prácticas en la atención de estos casos.

## **A la sociedad y a las familias cusqueñas:**

### **1. Reconocimiento del impacto de las EAI:**

- Realizar charlas educativas en instituciones de nivel inicial, primaria y secundaria a los padres de familia y docentes, orientadas a resaltar la importancia del cuidado emocional durante la infancia. Estas actividades deben estar dirigidas por profesionales de la salud mental y adaptadas a un lenguaje claro y accesible. Además, se recomienda acompañar esta estrategia con campañas informativas a través de medios radiales y televisivos.

### **2. Promoción de vínculos saludables:**

- Fomentar actividades de comunicación efectiva y recreación familiar semanal en los centros educativos, orientadas a fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos.
- En coordinación con los municipios, promover la creación de espacios comunitarios de interacción familiar, como ferias, clubes barriales o jornadas de juegos.

### **3. Búsqueda de ayuda profesional ante eventos familiares estresantes:**

- Difundir mediante campañas locales (radiales, televisivas o digitales) un directorio de servicios de orientación psicológica y médica disponibles en la región, que facilite el acceso a una atención oportuna y adecuada.
- Incentivar que todas las instituciones educativas establezcan canales de derivación directa al centro de salud más cercano ante la identificación de situaciones de riesgo o malestar psicológico en menores.

## PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Se propone el siguiente presupuesto para realizar la investigación en función del cronograma planteado.

	Precio unitario	Cantidad	Monto total
<b>Recursos humanos</b>			
<b>Autor y colaboradores</b>	-	1	-
<b>Asesor</b>	-	1	-
<b>Equipos y dispositivos</b>			
<b>Laptop portátil</b>	Del estudiante	1	-
<b>Equipo celular</b>	Del estudiante	1	-
<b>Conexión a internet</b>	S/ 80.00	5	S/ 400.00
<b>Servicio de escritorio y papelería</b>			
<b>Servicio de impresiones y fotocopias (dúplex)</b>	S/ 0.20	580	S/ 116.00
<b>Lapiceros</b>	S/ 1.50	4	S/ 6.00
<b>Tablero</b>	S/ 5.00	1	S/ 5.00
<b>Archivadores</b>	S/ 10.00	2	S/ 20.00
<b>Recursos médicos</b>			
<b>Mascarillas</b>	S/ 0.50	10	S/ 5.00
<b>Servicios de transporte</b>			
<b>Transporte</b>	S/ 1.00	60	S/ 60.00
<b>Tramite documentario</b>			
<b>Inscripción de proyecto de investigación</b>	S/ 32.00	1	S/ 32.00

<b>Solicitud de dictaminantes para sustentación de jurado</b>	S/ 28.00	1	S/ 28.00
<b>Solicitud de autorización para recolección de datos en la universidad</b>	S/ 30.00	1	S/ 30.00
<b>Total</b>			
<b>Total</b>			<b>S/ 1289.00</b>

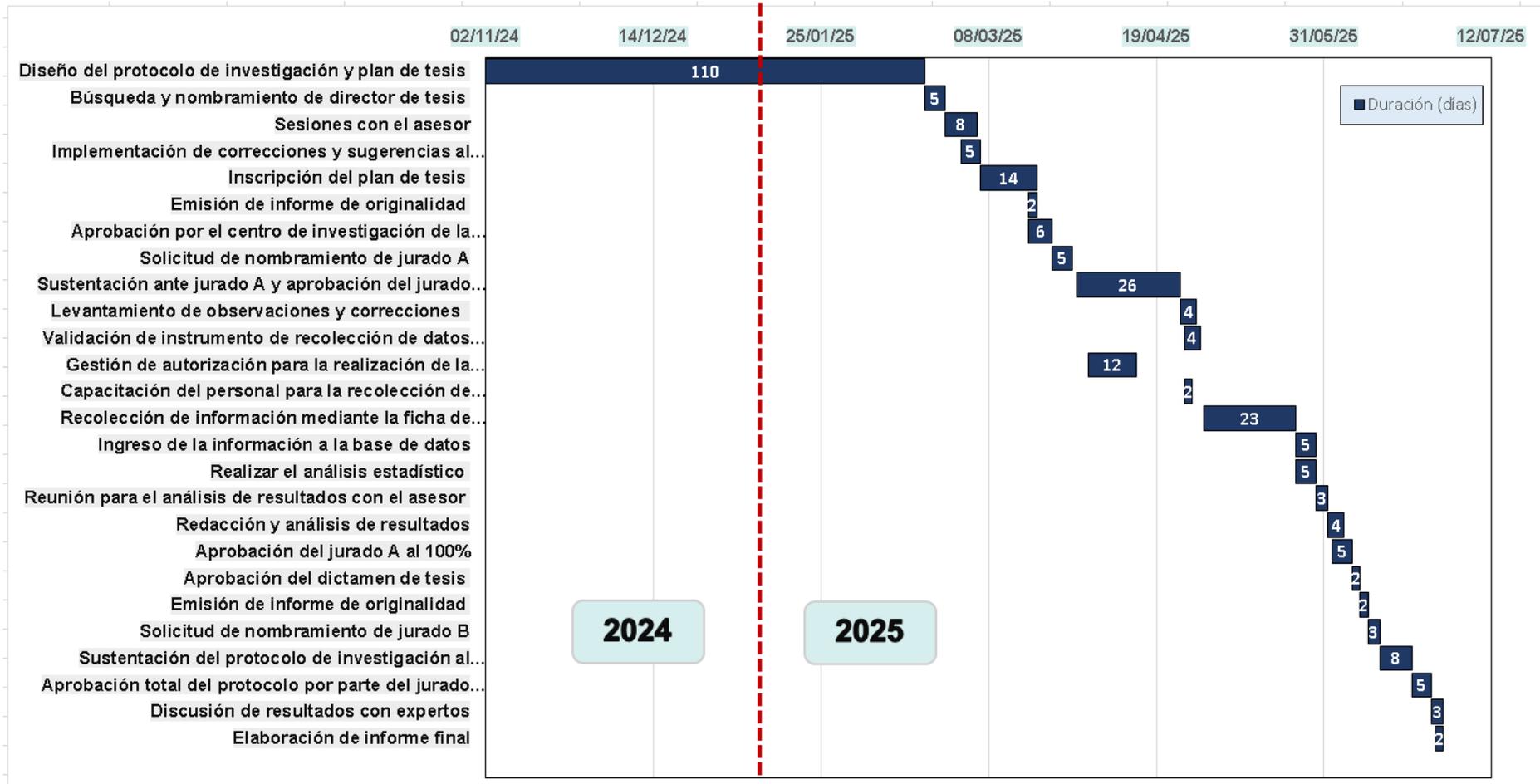
El estudio fue autofinanciado (tesista).

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>Tarea y/o actividad</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Duración (días)</b>	<b>Fecha final</b>
<b>Diseño del protocolo de investigación y plan de tesis</b>	02/11/2024	110	20/02/2025
<b>Búsqueda y nombramiento de director de tesis</b>	20/02/2025	5	25/02/2025
<b>Sesiones con el asesor</b>	25/02/2025	8	05/03/2025
<b>Implementación de correcciones y sugerencias al protocolo</b>	01/03/2025	5	06/03/2025
<b>Inscripción del plan de tesis</b>	06/03/2025	14	20/03/2025
<b>Emisión de informe de originalidad</b>	18/03/2025	2	20/03/2025
<b>Aprobación por el centro de investigación de la UNSAAC</b>	18/03/2025	6	24/03/2025
<b>Solicitud de nombramiento de jurado A</b>	24/03/2025	5	29/03/2025
<b>Sustentación ante jurado A y aprobación del jurado A al 50%</b>	30/03/2025	26	25/04/2025
<b>Levantamiento de observaciones y correcciones</b>	25/04/2025	4	29/04/2025
<b>Validación de instrumento de recolección de datos por expertos.</b>	26/04/2025	4	30/04/2025
<b>Gestión de autorización para la realización de la recolección de datos en la UNSAAC</b>	02/04/2025	12	14/04/2025

<b>Capacitación del personal para la recolección de datos</b>	26/04/2025	2	28/04/2025
<b>Recolección de información mediante la ficha de recolección de datos en la UNSAAC</b>	01/05/2025	23	24/05/2025
<b>Ingreso de la información a la base de datos</b>	24/05/2025	5	29/05/2025
<b>Realizar el análisis estadístico</b>	24/05/2025	5	29/05/2025
<b>Reunión para el análisis de resultados con el asesor</b>	29/04/2025	3	01/06/2025
<b>Redacción y análisis de resultados</b>	01/06/2025	4	09/06/2025
<b>Aprobación del jurado A al 100%</b>	10/06/2025	2	16/06/2025
<b>Aprobación del dictamen de tesis</b>	16/06/2025	3	19/06/2025
<b>Emisión de informe de originalidad</b>	16/06/2025	2	17/06/2025
<b>Solicitud de nombramiento de jurado B</b>	24/06/2025	11	04/07/2025
<b>Sustentación del protocolo de investigación al jurado B</b>	08/07/2025	1	09/07/2025
<b>Aprobación total del protocolo por parte del jurado dictaminante</b>	10/07/2025	3	13/07/2025
<b>Discusión de resultados con expertos</b>	13/07/2025	3	16/07/2025
<b>Elaboración de informe final</b>	16/07/2023	2	18/07/2025

## ORDEN SECUENCIAL LÓGICO



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
2. Líneas de investigación [Internet]. CDC MINSA. [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/inteligencia-sanitaria/lineas-de-investigacion/>
3. Depresión [Internet]. [citado 3 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Boletín Epidemiológico al 31 de marzo 2024 [Internet]. [citado 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/informes-publicaciones/5601575-boletin-epidemiologico-al-31-de-marzo-2024>
5. Directiva sanitaria para la vigilancia de problemas de la salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional [Internet]. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893902-directiva-sanitaria-para-la-vigilancia-de-problemas-de-la-salud-mental-priorizados-en-establecimientos-de-salud-centinela-y-mediante-encuesta-poblacional>
6. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Depresión en Adultos [Internet]. [citado 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/3612414-guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-depresion-en-adultos>
7. Boletines epidemiológicos [Internet]. CDC MINSA. [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/boletines-epidemiologicos/>
8. CDC MINSA – Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. [citado 19 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/>
9. Análisis de la situación de Salud Cusco. Gerencia regional de salud Cusco [Internet]. 2021. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/bdata/asis/asis-2021.pdf>
10. SALA SITUACIONAL DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PRIORIZADOS [Internet]. [citado 27 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://app7.dge.gob.pe/maps/sala\\_salud\\_mental/](https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/)
11. Wang P, Kelifa MO, Yu B, Yang Y. Classes of childhood adversities and their associations to the mental health of college undergraduates: a nationwide cross-sectional study. *Environ Health Prev Med.* 2021;26:73.
12. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. The WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *J Abnorm Psychol.* octubre de 2018;127(7):623-38.
13. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* 18 de noviembre de 2018;28(2):e1752.

14. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Medical Education*. 2019;53(4):345-54.
15. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res*. marzo de 2015;141(3):354-7.
16. Risal A, Sanjel S, Sharma PP. Study of Depression among the Nursing Students in a University Medical College of Nepal. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. septiembre de 2016;14(55):264-8.
17. Vargas M, Talledo-Ulfe L, Heredia P, Quipe-Colquepisco S, Mejia CR, Vargas M, et al. Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]*. marzo de 2018 [citado 20 de febrero de 2025];47(1):32-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502018000100032&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502018000100032&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
18. Carlessi HHS, Chocas LAY, Alva LJ, Nuñez LLacuachaqui ER, Iparraguirre CA, Calvet MLM, et al. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. abril de 2021;21(2):346-53.
19. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*. julio de 2014;70(7):1489-501.
20. Tan M, Mao P. Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect [Internet]*. 1 de mayo de 2023 [citado 7 de febrero de 2025];139:106091. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213423000728>
21. Amone-P'Olak K, Letswai NK. The relationship between adverse childhood experiences and depression: A cross-sectional survey with university students in Botswana. *S Afr J Psychiatr*. 3 de noviembre de 2020;26:1444.
22. Daniëlsdóttir HB, Aspelund T, Shen Q, Halldorsdóttir T, Jakobsdóttir J, Song H, et al. Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. *JAMA Psychiatry [Internet]*. junio de 2024 [citado 7 de febrero de 2025];81(6):586-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10918580/>
23. Depresión [Internet]. [citado 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. Akter S, Arnob RH, Ashik MdAU, Rahman MdM. Exposure to Adverse Childhood Experiences and Mental Health Issues in a Young-Adult Sample of University Students in Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep [Internet]*. 18 de abril de 2025 [citado 29 de abril de 2025];8(4):e70712. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12007430/>
25. Yu Y, Chotipanvithayakul R, Kuang H, Wichaidit W, Tan J. Variations in the association between adverse childhood experiences (ACEs) and depression by age at first occurrence of ACEs. *BMC Psychol [Internet]*. 19 de septiembre de 2024 [citado 2 de marzo de 2025];12:494. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11414105/>

26. Tao H, Zeng X, Hou M, Chen S, Shen J, Liao X, et al. Association of adverse childhood experiences and depression among medical students: the role of family functioning and insomnia. *Front Psychol* [Internet]. 2 de mayo de 2023 [citado 27 de marzo de 2025];14:1134631. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10185847/>
27. Bhattarai A, King N, Adhikari K, Dimitropoulos G, Devoe D, Byun J, et al. Childhood Adversity and Mental Health Outcomes Among University Students: A Longitudinal Study. *Can J Psychiatry*. 24 de agosto de 2022;0706743722111368.
28. Hedrick J, Bennett V, Carpenter J, Dercher L, Grandstaff D, Gosch K, et al. A descriptive study of adverse childhood experiences and depression, anxiety, and stress among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 27 de marzo de 2025];37(2):291-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722321000077>
29. Mall S, Mortier P, Taljaard L, Roos J, Stein DJ, Lochner C. The relationship between childhood adversity, recent stressors, and depression in college students attending a South African university. *BMC Psychiatry*. 9 de marzo de 2018;18:63.
30. Mieles I, Barchelot L, Pabón D, Guzmán JF, Pérez P. Más allá de las aulas: relación entre experiencias adversas infantiles, satisfacción familiar y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología* [Internet]. 2025 [citado 18 de mayo de 2025];43(1):83-107. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/30106>
31. Agudelo Hernández F, Benavides Bastidas M, Arango Gómez F, Agudelo Hernández F, Benavides Bastidas M, Arango Gómez F. Resilience, adverse childhood experiences, and mental health in Health Science students during the COVID-19 pandemic. *Salud mental* [Internet]. abril de 2023 [citado 27 de marzo de 2025];46(2):111-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0185-33252023000200111&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252023000200111&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
32. Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al. Association between adverse childhood experiences with depression in adults consulting in primary care. *Revista médica de Chile* [Internet]. septiembre de 2017 [citado 29 de abril de 2025];145(9):1145-53. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872017000901145&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872017000901145&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
33. Fernández-Arana A, Olórtégui-Yzú A, Vega-Dienstmaier JM, Cuesta MJ. Depression and anxiety symptoms and perceived stress in health professionals in the context of COVID-19: Do adverse childhood experiences have a modulating effect? *Brain and Behavior* [Internet]. 2022 [citado 27 de marzo de 2025];12(1):e2452. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/brb3.2452>
34. Perales A, Saco S, Izaguirre M, Luna-Solís Y, Arias H, Padilla A, et al. Salud mental en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2021. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 18 de agosto de 2023 [citado 27 de abril de 2025];84(3):367-9. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/24089>
35. Declaración de Helsinki : Recomendaciones para Guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Helsinki's Declaration : Biomedical

- Research in Human bodies [Internet]. s.d. [citado 4 de enero de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16805>
36. Códigos internacionales de ética de la investigación : Código de Nuremberg. International codes of ethical research : Nuremberg's code [Internet]. s.d. [citado 4 de enero de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16806>
  37. Trastornos mentales | Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461&sectionid=213024949>
  38. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 [Internet]. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
  39. Depressive disorder (depression) [Internet]. [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  40. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención [Internet]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6598.pdf>
  41. “No hay salud sin salud mental” - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
  42. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
  43. Han X, Hou C, Yang H, Chen W, Ying Z, Hu Y, et al. Disease trajectories and mortality among individuals diagnosed with depression: a community-based cohort study in UK Biobank. *Mol Psychiatry* [Internet]. noviembre de 2021 [citado 9 de febrero de 2025];26(11):6736-46. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41380-021-01170-6>
  44. Beurel E, Toups M, Nemeroff CB. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron* [Internet]. 22 de julio de 2020 [citado 9 de febrero de 2025];107(2):234-56. Disponible en: [https://www.cell.com/neuron/abstract/S0896-6273\(20\)30431-1](https://www.cell.com/neuron/abstract/S0896-6273(20)30431-1)
  45. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA* [Internet]. 6 de diciembre de 2016 [citado 10 de febrero de 2025];316(21):2214-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5613659/>
  46. Tung YJ, Lo KKH, Ho RCM, Tam WSW. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. abril de 2018;63:119-29.

47. Muniz FWMG, Maurique LS, Toniazzo MP, Silva CF, Casarin M. Self-reported depressive symptoms in dental students: Systematic review with meta-analysis. *J Dent Educ.* febrero de 2021;85(2):135-47.
48. Fried EI, van Borkulo CD, Cramer AOJ, Boschloo L, Schoevers RA, Borsboom D. Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 9 de febrero de 2025];52(1):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226976/>
49. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H, Pérez-Padilla EA, et al. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica* [Internet]. agosto de 2017 [citado 9 de febrero de 2025];28(2):73-98. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-84472017000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-84472017000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
50. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet* [Internet]. 24 de noviembre de 2018 [citado 9 de febrero de 2025];392(10161):2299-312. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31948-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31948-2/abstract)
51. Ramírez LA, Pérez-Padilla EA, García-Oscos F, Salgado H, Atzori M, Pineda JC, et al. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. *Biomédica* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 9 de febrero de 2025];38(3):437-50. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-41572018000300437&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-41572018000300437&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
52. Nicolaidis NC, Kanaka-Gantenbein C, Pervanidou P. Developmental Neuroendocrinology of Early-Life Stress: Impact on Child Development and Behavior. *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 2024 [citado 9 de febrero de 2025];22(3):461-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10845081/>
53. Howard DM, Adams MJ, Clarke TK, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nat Neurosci* [Internet]. marzo de 2019 [citado 9 de febrero de 2025];22(3):343-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6522363/>
54. Yuan M, Yang B, Rothschild G, Mann JJ, Sanford LD, Tang X, et al. Epigenetic regulation in major depression and other stress-related disorders: molecular mechanisms, clinical relevance and therapeutic potential. *Sig Transduct Target Ther* [Internet]. 30 de agosto de 2023 [citado 9 de febrero de 2025];8(1):1-30. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41392-023-01519-z>
55. Luna-Contreras M, Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M, Dávila-Cervantes CA. Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de población* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 9 de febrero de 2025];26(106):75-103. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1405-74252020000400075&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252020000400075&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
56. McEwen BS, Akil H. Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders. *J Neurosci* [Internet]. 2 de enero de 2020 [citado 9 de febrero de 2025];40(1):12-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6939488/>

57. Hassamal S. Chronic stress, neuroinflammation, and depression: an overview of pathophysiological mechanisms and emerging anti-inflammatories. *Front Psychiatry* [Internet]. 11 de mayo de 2023 [citado 9 de febrero de 2025];14. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1130989/full>
58. Gao L, Xie Y, Jia C, Wang W. Prevalence of depression among Chinese university students: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 28 de septiembre de 2020;10:15897.
59. Depresión en adultos: reconocimiento y manejo. Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE); 2018.
60. Terapia cognitivo conductual - Mayo Clinic [Internet]. [citado 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
61. School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 10 de febrero de 2025];89:102079. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735821001227>
62. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. junio de 2022 [citado 10 de febrero de 2025];79(6):550-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9008579/>
63. Swedo EA. Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among U.S. Adults — Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011–2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2023 [citado 7 de febrero de 2025];72. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7226a2.htm>
64. Petrucci K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 7 de febrero de 2025];97:104127. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213419303047>
65. Kliegman RM, III JWSG, Blum N, Shah SS, Tasker RC. Nelson. Tratado de pediatría. Elsevier Health Sciences; 2020. 5382 p.
66. Sheffler JL, Stanley I, Sachs-Ericsson N. Chapter 4 - ACEs and mental health outcomes. En: Asmundson GJG, Afifi TO, editores. *Adverse Childhood Experiences* [Internet]. Academic Press; 2020 [citado 28 de junio de 2022]. p. 47-69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128160657000045>
67. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
68. Vj F, Rf A, D N, Df W, Am S, V E, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine* [Internet]. mayo de 1998 [citado 5 de noviembre de 2022];14(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>

69. Casas-Muñoz A, Loredó-Abdalá A, Sotres-Velasco B, Ramírez-Angoa LV, Román-Olmos JA, Cristerna-Tarrasa GH, et al. Experiencias adversas en la infancia. Conocimiento y uso por médicos residentes de pediatría. *Gaceta médica de México* [Internet]. febrero de 2021 [citado 10 de febrero de 2025];157(1):10-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0016-38132021000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-38132021000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
70. Baldwin JR, Sallis HM, Schoeler T, Taylor MJ, Kwong ASF, Tielbeek JJ, et al. A genetically informed Registered Report on adverse childhood experiences and mental health. *Nat Hum Behav* [Internet]. 8 de diciembre de 2022 [citado 7 de febrero de 2025];7(2):269-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7614239/>
71. Tyrka AR, Ridout KK, Parade SH. Childhood Adversity and Epigenetic Regulation of Glucocorticoid Signaling Genes: Associations in Children and Adults. *Dev Psychopathol*. noviembre de 2016;28(4 Pt 2):1319-31.
72. Baumeister D, Akhtar R, Ciufolini S, Pariante CM, Mondelli V. Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- $\alpha$ . *Mol Psychiatry* [Internet]. mayo de 2016 [citado 7 de febrero de 2025];21(5):642-9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/mp201567>
73. Vaiserman AM, Koliada AK. Early-life adversity and long-term neurobehavioral outcomes: epigenome as a bridge? *Hum Genomics*. 16 de diciembre de 2017;11:34.
74. Madigan S, Deneault A, Racine N, Park J, Thiemann R, Zhu J, et al. Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry* [Internet]. octubre de 2023 [citado 29 de abril de 2025];22(3):463-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10503911/>
75. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. mayo de 1998;14(4):245-58.
76. Senaratne DNS, Thakkar B, Smith BH, Hales TG, Marryat L, Colvin LA. The impact of adverse childhood experiences on multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* [Internet]. 15 de agosto de 2024 [citado 10 de febrero de 2025];22:315. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11325707/>
77. Cunha O, Sousa M, Pereira B, Pinheiro M, Machado AB, Caridade S, et al. Positive Childhood Experiences and Adult Outcomes: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 30 de noviembre de 2024;15248380241299434.
78. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 1 de agosto de 2017;2(8):e356-66.
79. Zagaria A, Fiori V, Vacca M, Lombardo C, Pariante CM, Ballesio A. Inflammation as a mediator between adverse childhood experiences and adult depression: A meta-analytic structural equation model. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 15 de julio de 2024 [citado 7 de febrero de 2025];357:85-96. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724006839>

80. Karatekin C, Ahluwalia R. Effects of Adverse Childhood Experiences, Stress, and Social Support on the Health of College Students. *J Interpers Violence* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 27 de marzo de 2025];35(1-2):150-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260516681880>
81. Karatekin C. Adverse Childhood Experiences (ACEs), Stress and Mental Health in College Students. *Stress and Health* [Internet]. 2018 [citado 27 de marzo de 2025];34(1):36-45. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.2761>
82. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 7 de abril de 2025];35:416-31. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/84pk6g6z4FVyGtKncK4m6XR/?lang=en>
83. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* [Internet]. 1 de junio de 1961 [citado 7 de abril de 2025];4(6):561-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
84. Sánchez-Villena AR, Cedrón EF, de-La-Fuente-Figuerola V, Chávez-Ravines D. Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología* [Internet]. 28 de junio de 2022 [citado 7 de abril de 2025];25(2):158-70. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3620>
85. Hasan MdT, Khan MHA. Psychometric Properties of the Bangla Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) With University Students in Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep* [Internet]. 7 de enero de 2025 [citado 7 de abril de 2025];8(1):e70280. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11705468/>
86. Esteban RFC. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck universitarios de Lima. *Revista de Psicología (Trujillo)* [Internet]. 30 de diciembre de 2013 [citado 7 de abril de 2025];15(2):170-82. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
87. Adverse Childhood Experiences (ACEs) [Internet]. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
88. Ford DC, Merrick MT, Parks SE, Breiding MJ, Gilbert LK, Edwards VJ, et al. Examination of the Factorial Structure of Adverse Childhood Experiences and Recommendations for Three Subscale Scores. *Psychol Violence*. octubre de 2014;4(4):432-44.
89. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
90. DeCS [Internet]. [citado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=3886&filter=ths\\_termall&q=trastorno%20de%20presivo](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=3886&filter=ths_termall&q=trastorno%20de%20presivo)
91. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>

92. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
93. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 4 de enero de 2023]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
94. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 20 de marzo de 2025]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
95. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 20 de marzo de 2025]. sexo | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
96. DeCS [Internet]. [citado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30663&filter=ths\\_termall&q=estado%20civil](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30663&filter=ths_termall&q=estado%20civil)
97. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 26 de marzo de 2025]. procedencia | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
98. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 20 de marzo de 2025]. religión | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/religion>
99. DeCS [Internet]. [citado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13328&filter=ths\\_termall&q=apoyo](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13328&filter=ths_termall&q=apoyo)
100. DeCS [Internet]. [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13723&filter=ths\\_termall&q=estudiantes%20area%20salud](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13723&filter=ths_termall&q=estudiantes%20area%20salud)
101. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 21 de marzo de 2025]. año | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/año>
102. DeCS [Internet]. [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13305&filter=ths\\_termall&q=nivel%20socioeconomico](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13305&filter=ths_termall&q=nivel%20socioeconomico)
103. DeCS [Internet]. [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57487&filter=ths\\_termall&q=experiencias%20adversas%20infancia](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57487&filter=ths_termall&q=experiencias%20adversas%20infancia)
104. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 20 de marzo de 2025]. depresión | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/depresion>
105. Sampieri RH. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753 p.
106. UNIDAD DE ESTADÍSTICA – UNSAAC Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Internet]. [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.unsaac.edu.pe/unidad-de-estadistica-2/>

## ANEXOS

### ANEXO 1: Matriz de consistencia de la investigación

**Título de investigación:** “Relación entre experiencias adversas en la infancia y depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p><b>PG:</b> ¿Cuál es la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?</p>	<p><b>OG:</b> Analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.</p>	<p><b>HG:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.</p>	<p><b>Variables implicadas</b></p> <p><b>Variable independiente:</b> Experiencias adversas en la infancia</p> <p><b>Variable dependiente:</b> Depresión</p>	<p><b>Experiencias adversas en la infancia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abuso:</b> físico, emocional y sexual.</li> <li>• <b>Negligencia:</b> física y emocional</li> <li>• <b>Disfunción en el hogar:</b> enfermedad mental, pariente encarcelado, madre maltratada, abuso de sustancias y divorcio.</li> </ul> <p><b>Depresión</b></p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Observacional y transversal</p> <p><b>Población:</b> Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, se consideran: Medicina Humana y Odontología</p>	<p><b>Instrumento de recolección de datos:</b> ficha de recolección de datos que incluye información básica, el cuestionario de la Escala Graffar Méndez Castellano de estratificación social, el Cuestionario sobre experiencias adversas en la infancia (ACE-IQ) y el Inventario de depresión de Beck – II (BDI – II).</p> <p><b>Instrumento de procesamiento y análisis de datos:</b> Microsoft Excel</p>
<p><b>PE1:</b> ¿Cuál es la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad</p>	<p><b>OE1:</b> Determinar la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad</p>	<p><b>HE1:</b> A mayor cantidad de experiencias adversas en la infancia, mayor es la probabilidad de presentar depresión en los estudiantes de la Facultad de</p>	<p><b>Variables no implicadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> </ul>			

Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?	Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025	Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil</li> <li>• Procedencia</li> <li>• Religión</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Escuela profesional</li> <li>• Año académico</li> <li>• Nivel socioeconómico</li> </ul>	Según los criterios de la DSM – V		2016 y se realizó un análisis descriptivo y analítico gracias al software estadístico Python
<b>PE2:</b> ¿Cuál es la prevalencia y nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?	<b>OE2:</b> Estimar la prevalencia y nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.	<b>HE2:</b> A mayor cantidad de experiencias adversas en la infancia, mayor es el nivel de depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.				
<b>PE3:</b> ¿Cuál es la asociación estadística entre las experiencias adversas en la infancia y el nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?	<b>OE3:</b> Establecer la asociación estadística entre las experiencias adversas en la infancia y el nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.					

## ANEXO 2: Instrumento de Investigación



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco  
Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana



### “RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”

#### HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Univ. Ninoska Geraldine Gomez Amau

Estimado/a:

Me dirijo a usted para informarle sobre la realización del estudio de investigación titulado: **“Relación entre experiencias adversas en la infancia y depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025”**, como parte del proceso para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano. El objetivo de la investigación es analizar si las experiencias adversas que se presentan durante la infancia tienen relación con la aparición de síntomas depresivos en la adultez, enfocándonos en la población universitaria.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, anónima y será manejada de forma confidencial por el equipo de investigación. Usted tiene derecho de decidir si desea formar parte del estudio y, en caso de aceptar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.

Se le solicita responder a las preguntas con total sinceridad, en base a lo que usted conoce o piensa y de acuerdo a lo que ocurre en su vida cotidiana. Si tiene alguna duda, puede pedir alguna aclaración al encuestador. **Se agradece no brindar información falsa, pues el estudio puede fracasar. No hay respuestas buenas o malas, todas las respuestas son válidas.**

Gracias por su tiempo y colaboración.

#### Consentimiento informado:

##### Al firmar, indico que:

- He leído y comprendido la información que me proporcionaron.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la eliminación de mis datos personales.
- Autorizo el uso de la información recopilada por esta ficha de recolección de datos.
- Consiento participar en el presente estudio: Si (  ) No (  )

Fecha:

Firma: \_\_\_\_\_



### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### “RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”

Rellenar los espacios en blanco con la información requerida. En caso de las preguntas con opción múltiple marcar con una “X” donde corresponda:

- ¿Usted cuenta con diagnóstico establecido de depresión que reciba tratamiento?: Si  No
- ¿Usted ha experimentado algún evento traumático reciente en los últimos 6 meses?: Si  No 
  - Muerte de algún familiar
  - Violencia doméstica (físico o sexual)
  - Separación sentimental significativa

#### DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años tiene usted?:  
 años cumplidos.
2. ¿A qué sexo pertenece usted?:
  - Masculino
  - Femenino
3. ¿Cuál es su estado civil?:
  - Soltero  Conviviente
  - Casado  Divorciado
  - Viudo
4. ¿Usted es natural de la ciudad del Cusco?:
  - Sí  No
5. ¿Tiene algún tipo de convicción religiosa?:
  - Católica  Evangélica
  - Testigo de Jehová  Mormona
  - Agnóstico
  - Otros (especifique): \_\_\_\_\_
6. ¿Cuenta con apoyo familiar y/o amical?:  
Familiar  Sí  No  
Amical/Compañeros  Si  No
7. ¿Cuál es su escuela profesional?:
  - Medicina humana
  - Odontología
8. ¿Qué año de la universidad está cursando actualmente?
  - 1° año
  - 2° año
  - 3° año
  - 4° año
  - 5° año

#### 9. Marque con una (X) según corresponda:

##### Profesión del jefe de su familia

- Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones generales, oficiales.
- Profesión técnica o medianos comerciantes o productores.
- Empleados sin profesión universitaria, o técnica media, pequeños comerciantes o productores propietarios.
- Obreros especializados (tractoristas, chóferes, albañiles).
- Obreros no especializados, buhoneros, jornaleros, pisatario, barrendero, servicio doméstico

##### Nivel de instrucción de su madre

- Enseñanza universitaria o su equivalente.
- Enseñanza secundaria completa o técnica superior.
- Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior.
- Enseñanza primaria o analfabeta.
- Analfabeta

##### Principal fuente de ingreso de su familia

- Fortuna heredada o adquirida.
- Ganancias, beneficios honorarios profesionales.
- Sueldo mensual.
- Salario semanal por día o por tarea a destajo.
- Donaciones de origen público o privado

##### Condiciones de su vivienda

- Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo.
- Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin lujo, pero espaciosa.
- Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacio reducido.
- Vivienda con ambiente espacioso o reducido con deficiencia de algunas condiciones sanitarias.
- Rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas.

## CUESTIONARIO SOBRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (ACE-IQ)

**10. Marque con una (X) en el casillero que corresponda por Sí o por No:**

Antes de cumplir tus 18 años...	Sí	No
Alguno de tus padres u otros adultos en la familia con frecuencia o mucha frecuencia: ¿Te ofendían, insultaban, menospreciaban o humillaban? O ¿actuaban de tal forma que temías que fueran a lastimarte físicamente?		
Alguno de tus padres u otros adultos en la familia con frecuencia o mucha frecuencia: ¿Te empujaban, tironeaban, cacheteaban, o te lanzaban cosas? O ¿alguna vez te golpearon con tanta fuerza que te dejaron marcas o te lastimaron?		
Algún adulto o alguna persona por lo menos 5 años mayor: ¿Te tocó alguna vez, o te acarició indebidamente o te pidió que tocaras su cuerpo de alguna forma sexual? O ¿intentó relaciones sexuales orales, anales o vaginales contigo?		
Sentías con frecuencia o mucha frecuencia: ¿Que nadie en tu familia te quería o pensaba que eras especial o importante? O ¿que en tu familia no se cuidaban unos a los otros, sentías que no tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?		
Con frecuencia o mucha frecuencia: ¿No tenías suficiente comida, tenías la ropa sucia, o no tenías a nadie que te protegiera? O ¿Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si es que lo necesitabas?		
¿Alguna vez perdiste a tu padre o madre biológico debido al divorcio, abandono, alguna otra razón?		
Fue tu madre o madrastra: ¿Con frecuencia o mucha frecuencia empujada, tironeada, golpeada? ¿Le pegaron, mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con un objeto duro?		
¿Conviviste con alguien en tu familia que era alcohólico, o que usaba drogas?		
¿Algún miembro de tu familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien de tu familia trató de suicidarse?		
¿Algún miembro de tu familia fue a la cárcel?		

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – II (BDI - II)

**11. Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Elija la afirmación que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen adecuados, marque el número más alto (●):**

<b>Tristeza</b>	<b>0</b> No me siento triste <b>1</b> Me siento triste gran parte del tiempo <b>2</b> Me siento triste todo el tiempo <b>3</b> Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
<b>Pesimismo</b>	<b>0</b> No estoy desalentado respecto del mi futuro <b>1</b> Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo <b>2</b> No espero que las cosas funcionen para mi <b>3</b> Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
<b>Fracaso</b>	<b>0</b> No me siento como un fracasado. <b>1</b> He fracasado más de lo que hubiera debido. <b>2</b> Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. <b>3</b> Siento que como persona soy un fracaso total.
<b>Pérdida de placer</b>	<b>0</b> Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. <b>1</b> No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. <b>2</b> Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. <b>3</b> No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
<b>Sentimientos de culpa</b>	<b>0</b> No me siento particularmente culpable. <b>1</b> Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. <b>2</b> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. <b>3</b> Me siento culpable todo el tiempo
<b>Sentimientos de castigo</b>	<b>0</b> No siento que este siendo castigado <b>1</b> Siento que tal vez pueda ser castigado. <b>2</b> Espero ser castigado. <b>3</b> Siento que estoy siendo castigado.
<b>Disconformidad con uno mismo</b>	<b>0</b> Siento acerca de mi lo mismo que siempre. <b>1</b> He perdido la confianza en mí mismo. <b>2</b> Estoy decepcionado conmigo mismo. <b>3</b> No me gusto a mí mismo.

<b>Autocrítica</b>	<p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<b>Pensamientos o deseos suicidas</b>	<p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2 Querría matarme</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<b>Llanto</b>	<p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<b>Agitación</b>	<p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
<b>Pérdida de Interés</b>	<p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p>
<b>Indecisión</b>	<p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
<b>Desvalorización</b>	<p>0 No siento que yo no sea valioso</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>
<b>Pérdida de Energía</b>	<p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>
<b>Cambios en los Hábitos de Sueño</b>	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<b>Irritabilidad</b>	<p>0 No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>
<b>Cambios en el Apetito</b>	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el día.</p>
<b>Dificultad de Concentración</b>	<p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<b>Cansancio o Fatiga</b>	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p>
<b>Pérdida de Interés en el Sexo</b>	<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>

## ANEXO 3: Cuadernillo de validación



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco  
Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

**Estimado Doctor (a):**

Es grato dirigirme a usted con el objetivo de solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para la recolección de datos para el estudio, denominado:

**“RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”**

De esta forma poder evaluar de forma adecuada las variables involucradas. Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

De antemano, agradezco su valioso aporte y participación.

**Atentamente**

Ninoska Geraldine Gomez Amau

**DNI:**70938201

**Cód. Est.:** 163673

**Cel.:** 973579123



## CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

### Identificación del experto:

- Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_
- Ocupación, grado académico y lugar de trabajo:  
\_\_\_\_\_
- Fecha de validación: \_\_\_\_\_
- Firma y sello:

### Instrucciones:

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

<b>5</b>	Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera <b>totalmente suficiente</b> .
<b>4</b>	Representará la estimación de que el trabajo de investigación <b>absuelve en gran medida</b> la interrogante planteada.
<b>3</b>	Significará una <b>absolución</b> de la interrogante en <b>términos intermedios</b> de la interrogante planteada.
<b>2</b>	Representará una <b>absolución escasa</b> de la interrogante planteada.
<b>1</b>	Representarán una <b>ausencia de elementos que absuelven</b> la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurará a la derecha de cada interrogante según la opción que le merezca el instrumento de investigación.



**Trabajo de tesis:**

**“RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”**

**Presentado por:** Gomez Amau, Ninoska Geraldine

**Fundamentación del problema:**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, causa importante de morbilidad y discapacidad, representando así un problema de salud pública. Según la OMS, se estima que afecta al 3,8% de la población en general. Así mismo, se estima una prevalencia de 38,4% en estudiantes universitarios; y es en esta población, puede llegar a ser una condición que interrumpe en su rendimiento académico, bienestar, vida social y empleo. Existen muchos factores que influyen en su desarrollo, como la pobreza, el abuso sexual, el conflicto, el desempleo y, de forma importante, las experiencias adversas en la infancia.

Se plantea que los adultos jóvenes que experimentaron más experiencias adversas en la infancia tienen más probabilidades de informar síntomas depresivos. Entonces, identificar las experiencias adversas en la infancia, comprender su trayectoria e influencia en la salud puede ayudar con el desarrollo de intervenciones destinadas a eliminar su continuidad.

**Objetivos de la investigación:**

**Objetivo general:** Determinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025.

**Objetivos específicos:**

- ¿Cuál es la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la prevalencia y nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la asociación estadística entre las experiencias adversas en la infancia y el nivel de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025?



**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE:  
 “RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN  
 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD  
 NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  

.....

.....

.....

Agradezco anticipadamente su colaboración

## ANEXO 4: Validación del instrumento

Validez a criterio de expertos, utilizando el método DPP (distancia del punto medio)

### Procedimiento:

Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por cuatro especialistas del tema.

N° de ítem	Expertos				Promedio
	A	B	C	D	
1	4	5	5	5	4.75
2	4	5	5	5	4.75
3	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5
5	4	4	5	4	4.25
6	5	5	5	5	5
7	5	4	3	5	4.25
8	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y = promedio para cada ítem

$$DPP = \sqrt{(0.25)^2 + (0.25)^2 + 0 + 0 + (0.75)^2 + 0 + (0.75)^2 + 0 + 0} = \sqrt{1.245}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

Resultado:

$$DPP = 1.11$$

Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_n-1)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem. Y= 1

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2} = \sqrt{144}$$

$$D (\text{máx.}) = 12$$

D (máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala: D (máx.) / 5

### Resultado: 2.4

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx.; dividiéndose en intervalos iguales entre sí, denominados de la siguiente manera:

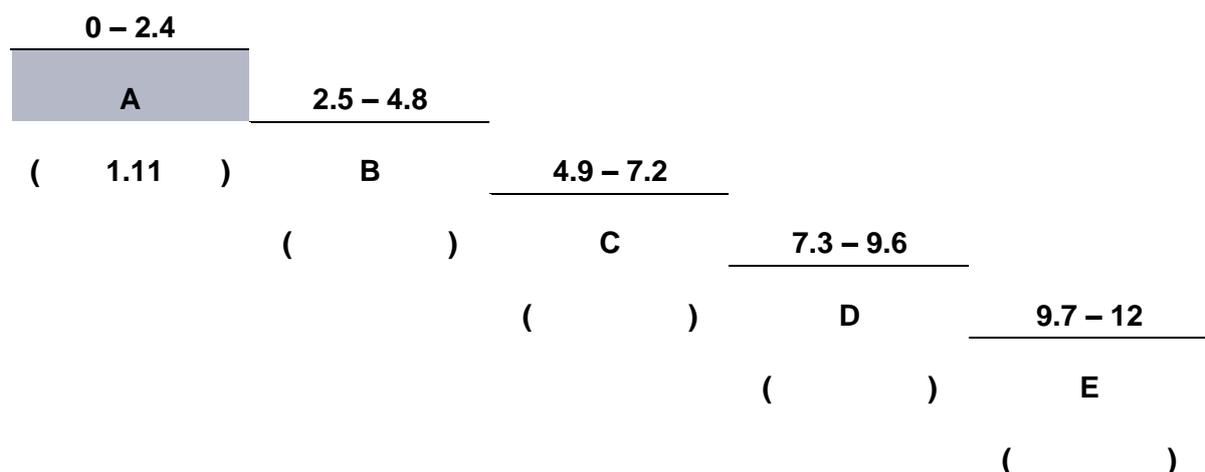
A = adecuación total

B = adecuación en gran medida

C= adecuación promedio

D = escasa adecuación

E = inadecuación



El punto DPP se debería localizar en las zonas A o B, caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificación; luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.

### Conclusión

El valor hallado del DPP en el estudio fue de 1.11 encontrándose en la zona A, lo cual significa Adecuación total del instrumento, para medir lo propuesto.



CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

Identificación del experto:

- Apellidos y nombres: Virto Concha Carlos Alberto
- Ocupación, grado académico y lugar de trabajo:  
Medico Psiquiatra
- Fecha de validación: 30-04-2025
- Firma y sello:

Carlos Alberto Virto Concha  
 MEDICO CIRUJANO CMP 43023  
 ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA RNE. 25698  
 AUDITOR MEDICO RNE 401375

Instrucciones:

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

<b>5</b>	Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera <b>totalmente suficiente</b> .
<b>4</b>	Representará la estimación de que el trabajo de investigación <b>absuelve en gran medida</b> la interrogante planteada.
<b>3</b>	Significará una <b>absolución</b> de la interrogante en <b>términos intermedios</b> de la interrogante planteada.
<b>2</b>	Representará una <b>absolución escasa</b> de la interrogante planteada.
<b>1</b>	Representarán una <b>ausencia de elementos que absuelven</b> la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurará a la derecha de cada interrogante según la opción que le merezca el instrumento de investigación.



**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE:  
 “EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE  
 ESCUELAS PROFESIONALES AFINES A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
 DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

*Pregunta 5 de Datos Generales considerar Evangelio o Corinto  
 Se requiere usar el termino Agnosteo en us de Ateo*

Agradezco anticipadamente su colaboración.



CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

Identificación del experto:

- Apellidos y nombres: Quintana Castro Laura
- Ocupación, grado académico y lugar de trabajo: Médico Psiquiatra - consulta Privada
- Fecha de validación: 06-05-2025
- Firma y sello:

  
 Laura Quintana Castro  
 MEDICO PSIQUIATRA  
 CMP. 75530 RNE. 40745

Instrucciones:

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

<b>5</b>	Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera <b>totalmente suficiente</b> .
<b>4</b>	Representará la estimación de que el trabajo de investigación <b>absuelve en gran medida</b> la interrogante planteada.
<b>3</b>	Significará una <b>absolución</b> de la interrogante en <b>términos intermedios</b> de la interrogante planteada.
<b>2</b>	Representará una <b>absolución escasa</b> de la interrogante planteada.
<b>1</b>	Representarán una <b>ausencia de elementos que absuelven</b> la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurará a la derecha de cada interrogante según la opción que le merezca el instrumento de investigación.



**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE LA ENCUESTA SOBRE:  
 "EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE  
 ESCUELAS PROFESIONALES AFINES A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
 DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

*En la cuarta pregunta del ACE-10, podria abreviarse (por ejemplo: ¿Sentias que nadie te queria o no te cuidaban?) y en la pregunta 9 en vez de convivir se puede usar "alguien con quien viviste...".*

*El ACE-10 es un instrumento ampliamente utilizado sin embargo no está validado en población hispana ni peruana.*

*Laura Quintana Castro*  
 MEDICO PSIQUIATRA  
 CMP. 75530 RNE. 40743



CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

Identificación del experto:

- Apellidos y nombres: Araya Nacta Jha Omar
- Ocupación, grado académico y lugar de trabajo: serena prepuertera - Bassalud - ANA 8 V
- Fecha de validación: 02-05-2025
- Firma y sello:

John Omar Heredia Nacta  
MÉDICO - PSIQUIATRA  
CMP 43118 / RNE 29479  
EsSalud

Instrucciones:

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

<b>5</b>	Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera <b>totalmente suficiente</b> .
<b>4</b>	Representará la estimación de que el trabajo de investigación <b>absuelve en gran medida</b> la interrogante planteada.
<b>3</b>	Significará una <b>absolución</b> de la interrogante en <b>términos intermedios</b> de la interrogante planteada.
<b>2</b>	Representará una <b>absolución escasa</b> de la interrogante planteada.
<b>1</b>	Representarán una <b>ausencia de elementos que absuelven</b> la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurará a la derecha de cada interrogante según la opción que le merezca el instrumento de investigación.



**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE:  
 “EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE  
 ESCUELAS PROFESIONALES AFINES A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
 DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
 .....  
 .....

Agradezco anticipadamente su colaboración .



### CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

#### Identificación del experto:

- Apellidos y nombres: Villavicencio Olarte Edwin
- Ocupación, grado académico y lugar de trabajo:  
Médico especialista en Psiquiatría; Hospital Regional del Cusco.
- Fecha de validación: 03/05/25
- Firma y sello:



#### Instrucciones:

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

<b>5</b>	Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera <b>totalmente suficiente</b> .
<b>4</b>	Representará la estimación de que el trabajo de investigación <b>absuelve en gran medida</b> la interrogante planteada.
<b>3</b>	Significará una <b>absolución</b> de la interrogante en <b>términos intermedios</b> de la interrogante planteada.
<b>2</b>	Representará una <b>absolución escasa</b> de la interrogante planteada.
<b>1</b>	Representarán una <b>ausencia de elementos que absuelven</b> la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurará a la derecha de cada interrogante según la opción que le merezca el instrumento de investigación.



**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE:  
 “EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE  
 ESCUELAS PROFESIONALES AFINES A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
 DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
 .....  
 .....

Agradezco anticipadamente su colaboración