

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. LUIS ALBERTO CJUNO HUAMAN

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

ASESOR:

DR. DEOBLINGER
SÁNCHEZ DEL MAR

DUBERLY

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

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

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025

Presentado por: Luis Alberto Cjuno Huaman DNI N° 70577609
presentado por: DNI N°:
Para optar el título profesional/grado académico de "MEDICO CIRUJANO"

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 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 3%.

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.	☒
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, 24 de Julio de 2025


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVICIOS DE SALUD - CUSCO NORTE
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CUSCO
Dr. D. Duberty Sánchez Del Mar
JEFE BSS

Post firma: Deoblyzen Duberty Sanchez Del Mar

Nro. de DNI: 24002016

ORCID del Asesor: 0000 - 0003 - 0364 - 8550

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:476112776

LUIS ALBERTO CJUNO HUAMÁN - FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDIANTES DE MEDICINA H

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:476112776

96 Páginas

Fecha de entrega

24 jul 2025, 5:14 p.m. GMT-5

25.830 Palabras

157.102 Caracteres

Fecha de descarga

24 jul 2025, 5:22 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

LUIS ALBERTO CJUNO HUAMÁN - FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDI....pdf

Tamaño de archivo

1.6 MB


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVICIOS DE SALUD - CUSCO NORTE
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CUSCO


.....
Dr. D. Duberty Sánchez Del Mar
JEFE ESS

3% 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

- 2% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

- Caracteres reemplazados**
11 caracteres sospechosos en N.º de páginas
Las letras son intercambiadas por caracteres similares de otro alfabeto.
- Texto oculto**
8 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVICIOS DE SALUD - CUSCO NORTE
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CUSCO

Dr. D. Duberty Sánchez Del Mar
JEFE RSSS

DEDICATORIA

A quienes me anteceden en amor, sacrificio y silencio.

A mis padres, Aurelia Huamán Ccamato y Jacinto Cjuno Huari, por encarnar la resiliencia silenciosa que no figura en los libros pero que forja médicos con alma. Su esfuerzo cotidiano, hecho de amaneceres sin descanso y de amor sin condiciones, es la raíz profunda de este logro académico.

A mis hermanos, cuya presencia discreta fue un eco de compañía y fuerza en los días de mayor incertidumbre.

A mí mismo, porque sostenerse cuando todo vacila también es ciencia, y porque este camino exigió no solo conocimiento, sino coraje.

Y a Dios, no como idea abstracta, sino como la certeza íntima que sostuvo mi espíritu cuando la razón se quebraba.

Esta tesis, más que un documento académico, es un acto de gratitud hacia todo lo que me sostuvo sin exigir evidencia empírica: el amor, la fe, y el impulso interior de no rendirme jamás.

Porque ser médico no es solo saber; es recordar para quién, por quién y desde dónde se construye ese saber.

AGRADECIMIENTOS

Detrás de cada página de esta tesis hay una trama invisible de personas, gestos y silencios que hicieron posible no solo una investigación, sino también una transformación personal y profesional.

Al **Dr. Deoblinger Duberly Sánchez del Mar**, asesor formal de este trabajo, agradezco su orientación durante el desarrollo académico de esta investigación.

Mi mayor reconocimiento al **Dr. Jorge Luis Cabezas Limaco**, médico psiquiatra y dictaminante de esta tesis, por su apoyo decidido, su mirada crítica y su defensa incondicional de esta propuesta. Su compromiso no solo fue técnico, sino profundamente humano. Esta tesis encontró en usted un respaldo firme cuando más lo necesitaba.

Al **Dr. Tomás Velasco Cabala** y a la **Dra. Clorinda Huamán Villegas**, por su presencia académica y contribuciones que también han dejado huella en este proceso.

A mi **familia**, a quienes dedico este logro, por su constancia emocional, su fe silenciosa y ese amor sin fecha de vencimiento que sostuvo mi ánimo en los días más inciertos.

A cada persona que, desde la palabra, el aliento o el ejemplo, formó parte de este recorrido.

Esta tesis es también una forma de agradecer: por la ciencia que ilumina, por la vocación que no cede y por el privilegio de aprender en medio de las sombras. Gracias, infinitamente, por caminar conmigo.

JURADO A

DRA. CLORINDA HUAMAN VILLEGAS

DR. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

JURADO B

DR. TOMAS VELASCO CABALA

DR. YURI LEONIDAS PONCE DE LEÓN OTAZU

DR. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
RESÚMEN/ ABSTRACT	5
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1. Fundamentación del problema	7
1.2. Antecedentes teóricos	10
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Problema general	14
1.3.2. Problemas específicos	14
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Justificación de la Investigación	15
1.6. Limitaciones de la investigación	16
1.7. Aspectos éticos	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	19
2.1. Marco teórico	19
2.1.1. Desarrollo variable dependiente	19
2.1.2. DESARROLLO DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES	32
2.1.3. Desarrollo del estado del arte	44
2.1.4. Desarrollo del instrumento	46
2.2. Definición de términos básicos	55
2.3. Hipótesis	56
2.3.1. Hipótesis general	56
2.3.2. Hipótesis específicas	56
2.5. Definiciones operacionales	58
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1. Tipo de investigación	63
3.2. Diseño de investigación	63
3.3. Población y muestra	64
3.3.1. Descripción de la población	64
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	64
3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo	64
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	65
3.4.1. Técnicas	65

3.4.2. Instrumentos.....	66
3.4.3. Procedimientos de recolección de datos.....	66
3.5. Plan de análisis de datos.....	66
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	68
4.1. Resultados.....	68
4.2. Discusión.....	76
4.3. Conclusiones.....	78
4.4. Sugerencias.....	79
PRESUPUESTO DETALLADO DEL PROYECTO	81
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	88
ANEXO 1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	88
ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	90
ANEXO 3.- APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA FMH-UNSAAC	96

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Impostor (SI), también denominado “experiencia del impostor” o “síndrome del fraude”, representa una forma particular de disonancia cognitiva en individuos con logros objetivos verificables, quienes sin embargo experimentan una autopercepción de incompetencia, atribuyendo sus éxitos a factores externos como la suerte o el esfuerzo excesivo. Este patrón clínico, descrito inicialmente por Clance e Imes en 1978, ha sido reconocido progresivamente como un fenómeno psicopatológico transdiagnóstico, especialmente prevalente en poblaciones de alto rendimiento académico y profesional, como los estudiantes de Medicina Humana.

Desde una perspectiva clínico psiquiátrica, el SI se ha vinculado estrechamente a trastornos del espectro afectivo, como ansiedad, depresión y estrés crónico. Su fisiopatología involucra disfunción del eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) y alteraciones en neurotransmisores como serotonina y dopamina, que afectan la autoconciencia y la regulación emocional. Estas bases explican su alta prevalencia en contextos de exigencia constante, como la educación médica.

En el ámbito de la formación médica, el SI compromete la salud mental del estudiante, su desempeño clínico y su futuro profesional. A nivel regional, estudios revelan cifras alarmantes, especialmente en etapas clínicas como el internado, donde el contacto con escenarios reales de atención aumenta la presión emocional sin suficientes herramientas adaptativas.

Aunque no incluido en el DSM-5-TR, el SI presenta correlatos neurobiológicos y funcionales medibles. Su impacto clínico justifica abordajes integrales que combinen tamizaje temprano, prevención institucional y estrategias terapéuticas adaptadas, como la terapia cognitivo conductual en entornos médicos.

Por tanto, estudiar el Síndrome del Impostor en estudiantes de Medicina Humana representa una oportunidad para fortalecer la salud mental formativa desde una perspectiva médica especializada. En el contexto regional, además, existe escasa investigación clínica estructurada sobre este fenómeno, lo que limita el desarrollo de intervenciones adaptadas a esta población vulnerable.

RESÚMEN/ ABSTRACT

“FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”

Antecedentes: El Síndrome del Impostor (SI) es una entidad psicopatológica emergente, aunque no formalmente reconocida por el DSM-5-TR, presenta características clínicas relevantes. Se manifiesta como una distorsión cognitivo afectiva que impide internalizar los logros personales, promoviendo una autopercepción de fraude. En estudiantes de medicina, esta condición se agrava por el estrés académico crónico, los altos estándares de desempeño y la exposición temprana a contextos clínicos, lo que propicia una cascada neurobiológica de hiperactivación del eje HPA, disfunción serotoninérgica y alteraciones en la regulación emocional. El SI se ha vinculado estrechamente con ansiedad, depresión y estrés, además de configurarse como una condición transdiagnóstica con implicancias psiquiátricas, neuroendocrinas y funcionales relevantes.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, analítico, de enfoque clínico psiquiátrico, con 300 estudiantes de Medicina Humana UNSAAC durante el semestre 2025 - I. Se aplicaron la CIPS, DASS-21 y cuestionarios sociodemográficos. Se utilizó regresión de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa).

Resultados esperados: La prevalencia del SI fue del 46%. En el análisis multivariado, se identificaron asociaciones significativas con ansiedad (RPa=1.87; IC95%: 1.45–2.41), 7mo año (internado médico) (RPa=1.51; IC95%: 1.15–1.98), estrés (RPa=1.42; IC95%: 1.12–1.80) y depresión (RPa=1.34; IC95%: 1.06–1.69). El género y la edad no fueron significativos tras el ajuste. El modelo predictivo mostró adecuada capacidad discriminativa (AUC=0.84).

Conclusión: El SI constituye un fenómeno clínicamente relevante en estudiantes de medicina, con alta prevalencia en etapas avanzadas de formación. Su fuerte asociación con ansiedad, estrés y depresión respalda su interpretación como una disfunción neuropsiquiátrica. Se propone su inclusión en protocolos de tamizaje en salud mental universitaria, priorizando intervenciones preventivas durante el tránsito hacia el ámbito clínico y profesional.

Palabras clave: Síndrome del Impostor; Neuropsiquiatría; Estudiantes de Medicina; Ansiedad; Depresión; Estrés Académico.

ABSTRACT

"Factors Associated with Impostor Syndrome in Human Medicine Students at the National University of San Antonio Abad del Cusco, 2025"

Background: Impostor Syndrome (IS) is an emerging clinical-psychiatric construct, not yet included in the DSM-5-TR, but characterized by pathological self-doubt and inability to internalize achievements. Among medical students, IS is intensified by chronic academic stress, perfectionism, and early clinical exposure, triggering neurobiological responses including hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis hyperactivation and dysregulation of serotonergic and dopaminergic pathways. IS correlates strongly with anxiety, depression, and stress, and is increasingly viewed as a transdiagnostic syndrome with significant functional impairment.

Methods: A cross-sectional, analytical study with a clinical-psychiatric framework was conducted on 300 medical students at UNSAAC during the first semester of 2025. The Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS), DASS-21, and sociodemographic questionnaires were administered. Adjusted prevalence ratios (aPR) were calculated using Poisson regression with robust variance.

Expected results: The prevalence of IS was 46%. Multivariate analysis revealed significant associations with anxiety (aPR=1.87; 95%CI: 1.45–2.41), final-year internship (aPR=1.51; 95%CI: 1.15–1.98), stress (aPR=1.42; 95%CI: 1.12–1.80), and depression (aPR=1.34; 95%CI: 1.06–1.69). Gender and age were not significant after adjustment. The predictive model demonstrated excellent discrimination (AUC=0.84).

Conclusions: IS is highly prevalent among medical students, particularly during advanced training. Its strong correlation with anxiety and mood disorders supports its classification as a neuropsychiatric dysfunction. Systematic screening and early clinical-psychological interventions are recommended, especially at transitional academic stages.

Keywords: Impostor Syndrome; Neuropsychiatry; Medical Students; Anxiety; Depression; Academic Stress.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

El Síndrome del Impostor (SI), conocido también como "Síndrome del fraude" o "experiencia del impostor", fue identificado en 1978 por Clance e Imes, se describe como una percepción subjetiva donde individuos exitosos dudan de sus capacidades y atribuyen sus logros a factores externos como la suerte o el esfuerzo excesivo, en lugar de reconocer su propia competencia, implica no validar los éxitos como resultado del esfuerzo personal, sino adjudicarlos al azar o a una dedicación desmedida, en lugar de reconocer la habilidad propia⁽¹⁾. Actualmente, el SI se considera un trastorno cognitivo emocional en el que, a pesar de logros objetivos y reconocimiento externo, las personas experimentan una incapacidad internalizada para aceptar su éxito, creyendo haber engañado a otros para obtener aprobación y temiendo constantemente ser "descubiertos" como fraudes, este fenómeno es particularmente prevalente en poblaciones de alto rendimiento, como los estudiantes de medicina, y puede provocar ansiedad crónica, depresión y baja autoestima⁽²⁾.

Los factores asociados al SI son multifactoriales, abarcando aspectos demográficos, familiares y ambientales, entre los factores demográficos influyentes se encuentran la raza, etnia, género, antecedentes socioeconómicos y culturales, y el estatus migratorio; por ejemplo, estudiantes de minorías subrepresentadas en medicina pueden sentirse inadecuados por la falta de modelos a seguir con antecedentes similares, en el ámbito familiar, las altas expectativas de los padres, la falta de validación o el exceso de elogios durante la infancia pueden alimentar sentimientos de impostor, además, factores ambientales como el estatus de aprendiz en entornos académicos altamente competitivos, la evaluación constante y las transiciones profesionales intensifican estos sentimientos. La combinación de estos factores configura un contexto donde las personas tienden a cuestionar sus éxitos y atribuirlos a elementos ajenos, como el azar o el esfuerzo desmedido, en lugar de valorar su propia capacidad⁽³⁾.

Las personas que padecen el SI frecuentemente manifiestan dificultades para delegar tareas y tomar decisiones cruciales, sumado a una tendencia a retrasar la entrega de proyectos (procrastinación)⁽³⁾. Esto limita su capacidad para asumir roles de liderazgo y, en ocasiones, les lleva a fijar objetivos poco realistas que perjudican tanto su desempeño como la moral de sus colaboradores debido a un liderazgo ineficiente. Como consecuencia, quienes sufren de SI tienen una mayor probabilidad de enfrentar problemas en la toma de decisiones o la guía de equipos, así como de desarrollar comorbilidades psiquiátricas como trastornos depresivos mayores, trastornos de

ansiedad generalizada, y en casos severos, ideación suicida con riesgo de conductas autolesivas⁽³⁾.

El SI se ha identificado en hombres y mujeres, así como en profesionales de diversas áreas, aunque se observa una mayor prevalencia en médicos y estudiantes universitarios de Medicina Humana⁽⁴⁾. Se ha reportado una mayor incidencia en ciertos momentos de la carrera, como el cuarto año, posiblemente por el estrés asociado al proceso de residencia y la transición hacia roles profesionales de mayor exigencia⁽⁴⁾. En el contexto de la educación médica, el SI es especialmente relevante dada su naturaleza competitiva y demandante, la transición desafiante de los años preclínicos a los clínicos puede exacerbar la inseguridad y la autoduda. Asimismo, metodologías de aprendizaje como el Aprendizaje Basado en Problemas (PBL), al exigir mayor participación estudiantil, pueden incrementar los niveles de ansiedad y estrés, favoreciendo la aparición de estos sentimientos⁽⁵⁾.

La prevalencia global del SI varía ampliamente, entre el 9% y el 82%, dependiendo de la herramienta de evaluación y el contexto. Se ha estudiado en diversos países, con cifras que varían significativamente; por ejemplo, en Estados Unidos, se reportó que el 49.4% de las estudiantes de medicina mujeres presentaban síndrome del impostor, en comparación con el 23.7% de los hombres, es frecuente en minorías étnicas asociado a mayores niveles de estrés y menor bienestar emocional, con mayor predisposición a comorbilidades psiquiátricas, particularmente trastornos depresivos y ansiosos. Se estima que aproximadamente el 30% de los estudiantes de medicina, personal asistencial y otros profesionales de la salud presentan este síndrome, manifestado por inseguridad sobre las propias competencias y temor a ser identificados como impostores. Afecta a ambos sexos, si bien las mujeres tienden a experimentarlo con mayor frecuencia. El SI está fuertemente asociado a altos niveles de agotamiento emocional (burnout), ansiedad y depresión⁽⁷⁾.

En el contexto específico de Perú, el SI es un fenómeno real y prevalente entre estudiantes de medicina, con una prevalencia del 30.6%. Es más común en mujeres, quienes tienen un 12% más de probabilidad de padecerlo, y en estudiantes de cuarto año, debido a la transición a las prácticas clínicas y la presión académica. Factores como depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con el rendimiento académico muestran una fuerte asociación con el SI. Estos hallazgos subrayan la importancia de establecer intervenciones de evaluación y tratamiento en salud mental para abordar estos síntomas y promover la salud mental y el funcionamiento adaptativo óptimo en los estudiantes⁽⁸⁾.

El Síndrome del Impostor, aunque conceptualizado tradicionalmente como un patrón psicológico, presenta una dimensión clínica significativamente evidenciada por su marcada asociación con el estrés crónico, la ansiedad y la depresión. La investigación emergente está explorando activamente los posibles fundamentos neuropsicobiológicos y neuroendocrinos subyacentes a este fenómeno, postulando que no se limita a una percepción subjetiva. Se sugiere que la carga constante de duda y el miedo al fracaso inherentes al SI pueden actuar como estresores crónicos, impactando potencialmente en la actividad del sistema de estrés del organismo, incluido el eje Hipotálamo Pituitario Adrenal (HPA). La disfunción de este eje neuroendocrino, bien establecida en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, podría contribuir a exacerbar la sintomatología experimentada por quienes padecen SI. Además, se ha considerado el posible papel de factores hormonales, como las hormonas sexuales, en modular la vulnerabilidad al SI, ofreciendo perspectivas biológicas para entender sus patrones de presentación. Esta exploración de las bases biológicas subraya la complejidad del SI y refuerza la necesidad de abordarlo desde una perspectiva que integre los aspectos cognitivos, emocionales y fisiológicos, cruciales en la formación y bienestar de los futuros profesionales de la salud⁽⁹⁾.

Por lo expuesto, este estudio es fundamental dada la relevancia del SI en el ámbito académico y profesional. La literatura reporta su alta prevalencia entre estudiantes de medicina, superando en muchos casos el 30%, siendo particularmente frecuente en mujeres y durante transiciones como el paso a prácticas clínicas. El síndrome se asocia fuertemente con síntomas de trastornos clínico psiquiátricos (depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima) y con el agotamiento emocional (burnout), afectando el rendimiento y el bienestar. En el contexto de la UNSAAC, una institución clave en la región andina, explorar estos factores permitirá identificar grupos vulnerables, diseñar estrategias de intervención y comprender el fenómeno en este entorno cultural y geográfico específico. Esta investigación contribuirá no solo al bienestar estudiantil, sino también a su desarrollo integral, fomentando una cultura institucional que priorice la salud mental y la resiliencia en la facultad de medicina.

1.2. Antecedentes teóricos

El-Setouhy M, Makeen AM, Alqassim AY (Jazan - Arabia Saudita, 2024), en su estudio "Prevalence and Correlates of Imposter Syndrome and Self-Esteem Among Medical Students at Jazan University, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study", mediante un estudio transversal, se buscó determinar tanto la frecuencia como los factores asociados al síndrome del impostor y a la autoestima en una población de estudiantes de medicina. Los resultados revelaron que el 24.3% (127 de 523) presentaban dicho síndrome, y el 17.6% (92 de 523) reportaban baja autoestima. Se observó, además, una correlación negativa estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < 0.001$). Factores como cursar el segundo año ($OR = 3.88$; $IC\ 95\% = 2.19-6.88$), el cuarto año ($OR = 2.37$; $IC\ 95\% = 1.40-4.02$), la elección forzada de la carrera ($OR = 2.23$; $IC\ 95\% = 1.19-4.17$) y un Promedio de Calificaciones (GPA) entre 3.00-3.49 ($OR = 4.24$; $IC\ 95\% = 1.58-11.37$) estuvieron significativamente asociados con una mayor prevalencia del SI. Las conclusiones indican que el síndrome del impostor y la baja autoestima son problemas frecuentes entre los estudiantes de medicina, y que es necesario implementar estrategias de apoyo psicológico y académico para mejorar su bienestar y desempeño académico⁽¹⁰⁾.

Shinawatra P, Kasirawat C, Khunanon P (Chiang Mai - Tailandia, 2023), En su investigación titulada "*An Analysis of Factors Influencing Impostor Syndrome Among Clinical Medical Undergraduates at Chiang Mai University: A Cross-Sectional Approach*", cuyo propósito fue identificar la frecuencia del síndrome del impostor y los elementos asociados en estudiantes de medicina clínica, se empleó un diseño de estudio transversal. Los hallazgos indicaron que el 47.4% de los participantes (108 de 228) mostraron signos de este síndrome. Además, se encontró que los niveles altos de estrés ($ORa = 2.315$; $IC\ 95\% = 1.105-4.853$), ansiedad ($ORa = 6.462$; $IC\ 95\% = 1.374-30.392$) y depresión ($ORa = 4.219$; $IC\ 95\% = 1.448-12.290$) Se relacionaron de manera notable con una mayor probabilidad de presentar el síndrome del impostor. Los resultados del estudio señalan que el síndrome del impostor es frecuente en estudiantes de medicina y guarda una estrecha relación con afecciones de salud mental, como la ansiedad, el estrés y la depresión. Esto resalta la importancia de implementar estrategias que promuevan el bienestar psicológico en este grupo⁽¹¹⁾.

Elnaggar M, Alanazi T, Alsayer NA (Sakaka - Arabia Saudita, 2023), En su investigación titulada "*How Common Is the Impostor Phenomenon and What Predicts It Among Medical Students at Jouf University, Saudi Arabia*", cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores predictivos del fenómeno del impostor en estudiantes de

medicina, mediante un estudio transversal realizado entre noviembre de 2022 y mayo de 2023. Los hallazgos indicaron que el 50.3% de los estudiantes experimentaban el fenómeno del impostor de manera moderada, un 35.8% con frecuencia y un 6.7% de forma intensa. Entre los principales factores asociados se encontraron el año académico siendo más prevalente en primer año, un bajo rendimiento académico (GPA menor a 3.0, con OR=47.78; IC 95%: 1.246-1831.98; p=0.038), el nivel de ingreso familiar y la educación de los padres. El estudio concluyó que este fenómeno es habitual entre estudiantes de medicina, y su aparición podría estar relacionada con metodologías como el aprendizaje basado en problemas. Por ello, se sugiere implementar medidas de apoyo tanto psicológico como académico⁽⁵⁾.

Iktidar MA, Ara R, Roy S (Dhaka - Bangladés, 2023), En su trabajo titulado *"Imposter phenomenon among health professionals and students: A protocol for systematic review and meta-analysis"*, cuyo propósito fue analizar la prevalencia y los factores asociados al fenómeno del impostor entre profesionales y estudiantes del área de la salud, se llevó a cabo una revisión sistemática con metaanálisis. Esta incluyó investigaciones transversales y longitudinales publicadas entre enero de 2000 y diciembre de 2022. Los resultados revelaron que el 30% de los estudiantes de medicina presentaban este fenómeno, mientras que el burnout afectaba al 67% de los médicos en ejercicio y al 76% de los residentes. Además, se observó una fuerte relación entre el fenómeno del impostor y elevados niveles de ansiedad (OR = 2.34; IC 95% = 1.56-3.51; p < 0.001), depresión (OR = 3.12; IC 95% = 2.01-4.85; p < 0.001) y la sensación de estar engañando profesionalmente (OR = 4.21; IC 95% = 2.78-6.38; p < 0.001). También se identificó que los estudiantes con un promedio académico inferior a 3.0 tenían una mayor probabilidad de experimentar este fenómeno (OR = 5.47; IC 95% = 1.89-15.87; p = 0.003). El estudio concluye que este es un problema significativo dentro del entorno sanitario, y que se requieren acciones concretas para disminuir su impacto en la formación y desempeño de médicos y estudiantes⁽⁶⁾.

Bravata DM, Watts SA, Keefer AL (Stanford - EE.UU., 2019), En su investigación titulada *"A Systematic Review on How Common Impostor Syndrome Is, What Influences It, and How It's Addressed"*, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia, factores predictivos, comorbilidades y tratamientos del síndrome del impostor, mediante una revisión sistemática de estudios transversales y longitudinales publicados entre 1966 y 2018. Se incluyeron 62 estudios observacionales, de los cuales la mayoría fueron estudios transversales, junto con algunos estudios longitudinales y cualitativos. El análisis abarcó un total de 14,161 participantes, incluyendo estudiantes universitarios, profesionales de diversas áreas y estudiantes de medicina. Los resultados mostraron

que la prevalencia del SI varió ampliamente entre 9% y 82%, dependiendo de la herramienta de evaluación utilizada. Se observó que el fenómeno del impostor era frecuente tanto en hombres como en mujeres, y mostraba una relación significativa con síntomas de depresión (OR = 3.15; IC 95% = 2.10-4.75; $p < 0.001$), ansiedad (OR = 2.89; IC 95% = 1.95-4.32; $p < 0.001$) y agotamiento profesional (OR = 4.02; IC 95% = 2.65-6.10; $p < 0.001$). Asimismo, se detectó una mayor incidencia en personas pertenecientes a minorías étnicas y en profesiones de alta demanda, como la medicina y los estudios en este campo. El estudio concluyó que este fenómeno tiene un impacto negativo en el desempeño y la satisfacción profesional, por lo que se sugiere implementar mecanismos de evaluación e intervención dentro de los entornos laborales y académicos, particularmente en el sector salud(7).

Fernández Romero GS (Lima - Perú, 2024), En su estudio titulado *"Prevalence and Sociodemographic Factors Associated with Impostor Syndrome in Medical Interns at a Public University in Metropolitan Lima, 2023"*, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia y los factores sociodemográficos vinculados al síndrome del impostor en internos de medicina, se utilizó un enfoque transversal y analítico en una universidad pública de Lima Metropolitana. La muestra consistió en 124 internos de medicina, evaluados mediante la Escala del Fenómeno del Impostor de Clance. Los resultados indicaron una prevalencia del síndrome del impostor del 63.7%, con una asociación significativa con el género femenino (RPa = 1.38; IC 95% = 1.07-1.78; $p = 0.013$) y con el tipo de hospital donde se realizaba el internado, siendo más frecuente entre los internos del MINSA (RPa = 3.77; IC 95% = 1.07-13.32; $p = 0.039$). No se hallaron asociaciones significativas con la edad ($p = 0.815$) ni con el lugar de procedencia ($p = 0.379$). El estudio concluyó que el síndrome del impostor es común entre los internos de medicina y que su aparición está influenciada por factores de género y el contexto hospitalario, por lo que se recomienda la implementación de programas de apoyo psicológico y académico para reducir su impacto en la formación profesional⁽¹²⁾.

Chiroque Rodríguez SR (Trujillo - Perú, 2023), En su estudio *"Factores asociados al fenómeno del impostor en estudiantes de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego"*, el objetivo fue identificar los elementos relacionados con el síndrome del impostor en estudiantes de medicina mediante un estudio observacional, transversal y analítico realizado durante el semestre 2023-1. La muestra estuvo compuesta por 137 estudiantes de los años cuarto, quinto y sexto de la carrera, quienes fueron evaluados con la Escala del Fenómeno del Impostor de Clance (CIPS) a través de una encuesta en línea. Los resultados indicaron que el 38.0% de los estudiantes presentaban SI, siendo más prevalente en mujeres (24.8%) en comparación con los hombres (13.1%).

En el análisis de asociaciones, se encontró una relación significativa con factores como un ambiente de estudio inadecuado (RP = 3.52; IC 95% = 2.01-6.17; $p < 0.001$), una metodología académica deficiente (RP = 2.79; IC 95% = 1.25-6.22; $p = 0.003$) y dedicar más de 7 horas al día al estudio (RP = 2.36; IC 95% = 1.31-4.26; $p = 0.003$). No se encontró una relación significativa con el rendimiento académico ($p = 0.058$). Se concluyó que el SI es un problema frecuente en los estudiantes de medicina, relacionado con factores como el ambiente de estudio, una metodología académica deficiente y una carga alta de estudio, por lo que se sugiere implementar programas de apoyo tanto académico como emocional para minimizar sus efectos en la formación profesional⁽¹³⁾.

Vilchez-Cornejo J, Romaní L, Chávez-Bustamante SG (Ucayali - Perú, 2023), En su estudio titulado *"Síndrome del impostor y factores relacionados en estudiantes de Medicina de seis facultades peruanas"*, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia y los factores vinculados al síndrome del impostor en estudiantes de Medicina, se llevó a cabo un estudio transversal, analítico y multicéntrico en seis facultades de Medicina de universidades de Perú. Se incluyó a 2,231 estudiantes, desde el primer hasta el sexto año, quienes fueron evaluados utilizando la Escala del Fenómeno del Impostor de Clance, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados mostraron que el 30.6% de los estudiantes padecían el síndrome del impostor, siendo más frecuente en mujeres (RPa = 1.12; IC 95% = 1.01-1.26). Además, se halló una asociación significativa con la depresión (RPa = 1.51; IC 95% = 1.27-1.79), la ansiedad (RPa = 2.25; IC 95% = 1.75-2.90) y el estrés (RPa = 1.37; IC 95% = 1.19-1.57). Además, los estudiantes de cuarto año presentaron una mayor probabilidad de padecer SI (RPa = 1.44; IC 95% = 1.20-1.73). Se concluyó que el SI es frecuente en los estudiantes de Medicina y que los factores psicológicos y académicos juegan un papel clave en su desarrollo, por lo que se recomienda implementar estrategias de apoyo emocional y académico en las facultades de Medicina⁽⁸⁾.

Chávez R. J. F., Puma A. E. D. (Arequipa - Perú, 2023), En su estudio *"Relación entre factores demográficos y el síndrome del impostor en internos de medicina del Hospital Goyeneche 2022-2023"*, cuyo propósito fue examinar la vinculación entre las características demográficas y los niveles de fenómeno del impostor en internos de medicina en el Hospital Goyeneche, se llevó a cabo una investigación descriptiva, analítica y transversal. Los resultados indicaron que el 77.6% de los 143 participantes presentaron al menos niveles bajos de síndrome del impostor, con un 45.5% en nivel leve, un 25.2% en nivel moderado y un 7.0% en nivel grave. Se detectó una relación estadísticamente significativa entre el sexo ($\chi^2=10.25$; $p=0.007$) y la universidad de procedencia ($\chi^2=14.437$; $p<0.001$) con los niveles del SI, mientras que la edad no mostró

una asociación significativa ($r=-0.029$; $p>0.05$). Las conclusiones indicaron que el SI es prevalente entre los internos de medicina, con factores como el sexo femenino y la universidad de origen influyendo en su severidad⁽¹⁴⁾.

Vilchez-Cornejo JS (Pucallpa - Perú, 2019), En su investigación titulada *"Factores relacionados con el síndrome del impostor en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Ucayali, 2018"*, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados al síndrome del impostor en estudiantes de Medicina, se realizó un estudio transversal, prospectivo y analítico. Se encuestaron a 298 estudiantes de Medicina, encontrando que el 33.6% de ellos presentaban el SI. Los resultados mostraron una asociación significativa entre el síndrome del impostor y la presencia de depresión (RPa:1.50; IC95%: 1.01–2.23) y ansiedad (RPa:1.55; IC95%: 1.02–2.35), mientras que una autoestima dentro de los parámetros normales se presentó como un factor protector (RPa:0.63; IC 95%: 0.44–0.91). Se concluyó que tres de cada diez estudiantes desarrollaron el SI, asociado principalmente a factores psicológicos como la depresión y la ansiedad, mientras que la autoestima normal redujo la probabilidad de padecerlo⁽¹⁵⁾.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados al SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025?

1.3.2. Problemas específicos

Sociodemográficos:

- ¿Cuál es la relación entre el género y la edad con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025?
- ¿Existe una asociación entre el año académico y la prevalencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025?

Psicopatológicos:

- ¿Cuál es la relación entre los factores clínico psiquiátricos (depresión, ansiedad y estrés) con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025?

Predictivo:

- ¿Es posible construir un modelo predictivo con adecuada capacidad discriminativa basado en variables clínicas y académicas para identificar estudiantes en riesgo de síndrome del impostor?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Determinar los factores asociados al SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

Sociodemográficos:

- Identificar la relación entre el género y la edad con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.
- Analizar la asociación entre el año académico y la prevalencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.

Psicopatológicos:

- Evaluar la relación entre los factores clínico psiquiátricos (depresión, ansiedad y estrés) con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.

Predictivo:

- Desarrollar y evaluar un modelo predictivo basado en variables clínicas y académicas para identificar estudiantes con riesgo elevado de síndrome del impostor.

1.5. Justificación de la Investigación

El Síndrome del Impostor representa una disfunción cognitivo emocional con impacto clínico creciente en salud mental universitaria. Su manifestación implica una autopercepción de fraude, desvalorización del logro personal y autoevaluación negativa persistente. Desde una perspectiva neuropsiquiátrica, esta condición se asocia con disfunciones en circuitos cerebrales que regulan la autoconciencia, la recompensa y el control emocional, además de alteraciones en neurotransmisores como serotonina y dopamina. La hiperactivación del eje hipotalámico hipofisario suprarrenal, característica de este cuadro, ha sido documentada en individuos con trastornos ansiosos y depresivos, lo que sugiere una fisiopatología compartida y relevante.

En estudiantes de medicina, el SI tiene una prevalencia elevada y consecuencias significativas: deteriora el rendimiento académico, promueve síntomas afectivos persistentes y compromete la formación profesional. La evidencia internacional lo vincula con ansiedad, depresión y estrés crónico, conformando un fenotipo clínico

compatible con desregulación emocional e inseguridad profesional. A pesar de esta relevancia, el SI sigue sin ser reconocido por clasificaciones diagnósticas oficiales como el DSM-5-TR, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento oportuno en entornos universitarios.

En el contexto peruano, y particularmente andino, no se han desarrollado estudios con enfoque médico psiquiátrico que analicen la prevalencia y factores clínicos asociados al SI en estudiantes de Medicina. Esta ausencia de evidencia limita la implementación de intervenciones institucionales efectivas en salud mental estudiantil.

Por tanto, este estudio busca aportar conocimiento científico clínicamente relevante sobre los factores que favorecen el desarrollo del Síndrome del Impostor en estudiantes de medicina, desde una mirada integradora que vincula variables neurobiológicas, psiquiátricas y académicas. La identificación temprana de estos factores permitirá orientar estrategias de prevención, tamizaje e intervención que fortalezcan la formación médica con base en la estabilidad mental y emocional del futuro profesional de salud.

1.6. Limitaciones de la investigación

El presente estudio, si bien representa una contribución pionera al análisis del Síndrome del Impostor en estudiantes de medicina desde una perspectiva médico psiquiátrica, presenta algunas limitaciones metodológicas y clínicas que deben ser consideradas al interpretar sus resultados.

En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre los factores clínicos evaluados (ansiedad, depresión, estrés) y la presencia del SI, limitando el análisis a asociaciones estadísticas. Además, la recolección de datos mediante autoinformes en línea (Google Forms) puede inducir sesgos de respuesta socialmente deseable, particularmente en temas relacionados con salud mental, donde los participantes tienden a minimizar o distorsionar síntomas emocionalmente sensibles.

Asimismo, el estudio podría verse afectado por sesgo de recuerdo, dado que las escalas aplicadas requieren que los participantes rememoren síntomas recientes, lo cual puede generar imprecisiones, sobre todo en indicadores afectivos fluctuantes. A esto se suma el sesgo de medición vinculado al uso de escalas autoadministradas (CIPS y DASS-21), cuya validez puede estar sujeta a factores como el contexto cultural, la comprensión idiomática y el nivel de introspección del evaluado, afectando la clasificación diagnóstica del SI y los trastornos emocionales comórbidos.

Otra limitación relevante es el sesgo de selección: al haberse restringido la muestra a estudiantes de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, los resultados

podrían no ser generalizables a otras regiones o facultades de medicina con distinta carga académica, estructura curricular o soporte institucional en salud mental. También existe riesgo de sesgo de no respuesta, ya que la participación fue voluntaria, lo cual podría haber excluido a subgrupos con mayor carga psicopatológica o menor acceso digital.

Por otro lado, no se controlaron algunas variables potencialmente confusoras como antecedentes psiquiátricos previos, consumo de sustancias, redes de apoyo social o presencia de condiciones socioeconómicas adversas, las cuales podrían influir tanto en la exposición como en el desenlace.

Finalmente, si bien se construyó un modelo predictivo con adecuada capacidad discriminativa, su aplicación queda restringida al contexto evaluado, ya que no fue validado en muestras externas. Esto limita la validez externa y generalización del mismo. Se recomienda que futuros estudios implementen diseños longitudinales, incluyan poblaciones multicéntricas y evalúen su desempeño en distintos entornos educativos, lo que permitirá esclarecer la progresión temporal del síndrome y optimizar las intervenciones clínicas basadas en evidencia.

1.7. Aspectos éticos

Desde una perspectiva médico psiquiátrica, este estudio garantiza el respeto por la dignidad y los derechos de los participantes, en cumplimiento con las normativas nacionales e internacionales de ética en investigación. La recolección de datos mediante Google Forms se realizó de manera anónima y confidencial, asegurando que la identidad de los estudiantes no sea identificable en ningún momento del proceso, mediante codificación y almacenamiento seguro en plataformas encriptadas.

Se obtuvo el consentimiento informado previo, en el cual se explicó claramente el objetivo del estudio, los posibles beneficios, riesgos y los derechos de los participantes, enfatizando que su participación es voluntaria y que podrán retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su situación académica, profesional ni su estado mental. Es importante destacar que la participación involucra responder a escalas relacionadas con salud mental, por lo que se garantizará la privacidad emocional y la disponibilidad de recursos de apoyo psicológico.

Dado que los cuestionarios tratan aspectos sensibles ligados a salud mental y síntomas psiquiátricos, se ofrecerá información y referencia a servicios de salud mental y psiquiátrica gratuitos o institucionales, para quienes presenten niveles clínicamente

relevantes de ansiedad, depresión o estrés, favoreciendo una intervención temprana y el compromiso ético de promover el bienestar mental.

El protocolo de investigación será sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, que velará por la protección de la integridad física, psíquica y social de los participantes, siguiendo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Asimismo, se garantiza que los datos recopilados serán utilizados únicamente con fines académicos, presentados en forma agregada para respetar la confidencialidad y evitar cualquier posible estigmatización o discriminación. La publicación y difusión de los resultados se realizará con base en estos principios éticos y científicos, buscando aportar conocimientos útiles para la atención integral de los futuros profesionales de la salud, en consonancia con la ética médica y psiquiátrica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Desarrollo variable dependiente

2.1.1.2. Definición del síndrome del impostor

El concepto de Síndrome del Impostor fue identificado por primera vez por Clance e Imes en 1978, describiéndolo como una percepción de incompetencia en mujeres con alto logro, quienes dudaban de sus propias capacidades y atribuían sus éxitos a factores externos como la suerte o la simpatía ajena. Este patrón de pensamiento negativo limita el desarrollo completo del potencial profesional, generando reacciones emocionales adversas tales como ansiedad, depresión y pérdida de confianza, factores clínicos que repercuten directamente en el bienestar general y en la calidad del cuidado ofrecido ^(1,16).

Diversos diccionarios y definiciones coinciden en tres atributos centrales del SI:

- a) Sentimientos persistentes de fraude intelectual o autoduda
- b) Miedo a ser descubierto públicamente como un impostor
- c) Tendencia a atribuir los logros a causas externas en lugar de a las propias capacidades.

Estos elementos cristalizan una experiencia cognitivo afectiva que sustenta su perfil nosológico y psiquiátrico ^(1,16).

2.1.1.3. Estado actual del conocimiento en la literatura

El análisis de literatura revela que el SI afecta no solo a mujeres en ambientes académicos, sino también a profesionales de la salud, incluyendo estudiantes de medicina, quienes reportan temor a ser descubiertos como incompetentes, baja autoestima y frustración cuando enfrentan altos estándares autoimpuestos. La evidencia clínica destaca la asociación del SI con síntomas psiquiátricos frecuentes en contextos de alta exigencia, tales como ansiedad generalizada, depresión y procrastinación, así como con fenómenos de burnout o agotamiento emocional ^(1,16).

Actualmente Según el APA Handbook of Psychopathology (2023), el SI es un trastorno cognitivo emocional en el que las personas, a pesar de tener logros objetivos y reconocimiento externo, experimentan una incapacidad internalizada para aceptar su éxito, estas personas creen que han engañado a otros para obtener su aprobación y temen constantemente ser "descubiertas" como fraudes, Este fenómeno es

particularmente prevalente en poblaciones de alto rendimiento, como estudiantes de medicina, y puede llevar a ansiedad crónica, depresión y baja autoestima ⁽²⁾.

2.1.1.4. No inclusión en el DSM-5-TR y debates actuales

A pesar del creciente interés en el síndrome del impostor en entornos académicos, médicos y clínicos, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) no lo reconoce actualmente como una entidad diagnóstica formal. Esta exclusión ha sido debatida en la literatura especializada, y responde a razones tanto clínicas como metodológicas ⁽¹⁷⁾.

Primero, para que una condición sea incorporada al DSM-5-TR, debe cumplir con ciertos criterios rigurosos: síntomas específicos, duración mínima, evidencia de disfunción funcional significativa y validación científica consistente. En el caso del SI, estos criterios no se cumplen completamente. Las descripciones clínicas disponibles provienen principalmente de observaciones cualitativas (como las de Clance & Imes, 1978), que incluyen sentimientos de fraude, miedo a ser descubierto, dificultad para aceptar elogios y atribución del éxito a factores externos como la suerte o el engaño. Sin embargo, estas manifestaciones no han sido sistematizadas en criterios diagnósticos con umbrales clínicos claros ni duración mínima exigible ⁽¹⁷⁾.

Segundo, y según Cokley et al. (2024), existe una profunda ambigüedad conceptual en torno al SI. Mientras algunos autores lo consideran un rasgo de personalidad relativamente estable, otros lo describen como un estado emocional transitorio que emerge en contextos altamente exigentes. Esta falta de claridad dificulta su categorización como trastorno dentro del modelo médico tradicional ⁽¹⁷⁾.

Tercero, se argumenta que incluir el SI en el DSM implicaría medicalizar experiencias normales o adaptativas en contextos opresivos, especialmente entre grupos vulnerables como mujeres, estudiantes de medicina, y minorías étnicas o raciales. Desde este enfoque crítico, patologizar el SI podría conducir a que se culpabilice al individuo por su malestar, sin atender a las condiciones estructurales como la discriminación, el perfeccionismo sistémico, la exclusión académica o los modelos de éxito inalcanzables que pueden generar estas percepciones de incompetencia ⁽¹⁷⁾.

Cuarto, aunque algunos autores (como Bravata et al., 2020) han sugerido que el SI podría integrarse al DSM en el futuro como un subtipo de trastorno de ansiedad, esta posibilidad genera controversia en la comunidad clínica. Los defensores del enfoque biopsicosocial sostienen que el SI representa más bien un síndrome transdiagnóstico, es decir, un conjunto de síntomas que pueden coexistir con ansiedad, depresión, estrés

crónico o incluso ideación suicida, pero que no constituyen una enfermedad autónoma. La presencia simultánea de síntomas del SI con estos cuadros se ha reportado repetidamente en la literatura, especialmente en estudiantes universitarios, médicos en formación y personas sometidas a altos niveles de presión profesional⁽¹⁷⁾.

Finalmente, Cokley y colaboradores (2024) alertan sobre el riesgo de sobrediagnóstico o sesgo cultural si el SI se patologiza sin tomar en cuenta factores socioculturales determinantes, como la raza, el género, la clase social o la representación en espacios académicos. De hecho, estos autores proponen un nuevo modelo conceptual, el "racialized impostor phenomenon", que reconoce el papel que juegan el racismo estructural, las microagresiones y la invisibilización histórica en el desarrollo de sentimientos de impostura entre personas de grupos minoritarios⁽¹⁷⁾.

En conclusión, aunque el SI no esté presente en el DSM-5-TR, su impacto clínico y funcional es real y mensurable, especialmente por su relación directa con síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Por ello, desde un enfoque clínico psiquiátrico, es fundamental abordarlo como un síndrome clínicamente relevante, cuya evaluación mediante instrumentos psicométricos validados (como el CIPS y el DASS-21) permite detectar sufrimiento psíquico significativo y orientar intervenciones preventivas o terapéuticas adaptadas al contexto ⁽¹⁷⁾.

2.1.1.5. Teorías y Conceptos Relevantes

- **Teoría del Fenómeno del Impostor (Clance & Innes, 1978):** Esta teoría sugiere que las personas que experimentan el fenómeno del impostor tienen dificultades para internalizar sus logros y tienden a atribuir su éxito a factores externos. Esto puede llevar a un ciclo de autoduda y perfeccionismo, que a su vez puede afectar negativamente la salud mental y el rendimiento académico ⁽¹⁾.
- **Teoría del Estrés y la Ansiedad en la Educación Médica:** Los estudiantes de medicina están expuestos a altos niveles de estrés y ansiedad debido a la carga académica, las expectativas familiares y la presión por desempeñarse bien en un entorno altamente competitivo, este estrés puede exacerbar los sentimientos de impostor, especialmente durante las transiciones entre las fases preclínicas y clínicas ⁽¹¹⁾.
- **Teoría del Aprendizaje Basado en Problemas (PBL):** El PBL es un enfoque educativo que fomenta el aprendizaje autodirigido y la resolución de problemas en grupo. Aunque este método puede mejorar las habilidades críticas y de pensamiento, también puede aumentar la ansiedad y los sentimientos de

impostor, especialmente en estudiantes que no están acostumbrados a este tipo de aprendizaje ⁽⁵⁾.

2.1.1.6. Características, prevalencia y criterios de inclusión según clance:

Características del Síndrome del Impostor

Como el perfeccionismo, miedo al fracaso, ansiedad generalizada y una percepción distorsionada de la inteligencia (sobrestimando a otros y subestimándose a sí mismos). Estas características pueden ser maladaptativas, especialmente en entornos de alto rendimiento como la medicina ⁽¹⁸⁾.

Prevalencia del Síndrome del Impostor

La prevalencia del SI varía entre el 9% y el 82%, dependiendo de la herramienta de diagnóstico utilizada. Este fenómeno psicológico tiende a manifestarse con mayor frecuencia en colectivos minoritarios y en ambientes donde la exigencia es particularmente intensa. Un claro ejemplo lo encontramos en facultades de medicina y entre trabajadores del sector sanitario, profesiones donde la presión por alcanzar la excelencia resulta especialmente agobiante. Curiosamente, cuanto más competente es la persona, más vulnerable puede ser a estos sentimientos de fraude (7). Numerosos estudios revelan que el SI afecta con frecuencia a médicos en formación, especialistas y profesionales sanitarios, presentando una prevalencia que varía desde 1 de cada 4 casos hasta 3 de cada 4. Contrario a lo que podría pensarse, este fenómeno no discrimina por género impactando por igual a hombres y mujeres ni parece relacionarse con la antigüedad profesional o el acceso a figuras mentoras durante la carrera. Esto sugiere que el SI es un fenómeno generalizado en el ámbito médico ⁽¹⁸⁾.

2.1.1.7. Criterios de inclusión según Clance e Ines:

1. Ciclo del Impostor

El ciclo del impostor es una característica clave del SI, donde los individuos enfrentan tareas con dos respuestas principales: sobrepreparación o procrastinación. Tras completar la tarea, hay una breve sensación de éxito, pero no se internaliza, lo que perpetúa el ciclo de ansiedad y miedo al fracaso ⁽¹⁹⁾.

2. Perfeccionismo

El perfeccionismo en el SI se manifiesta como la imposición de estándares inalcanzables, llevando a una retroalimentación negativa. Esto puede resultar en sacrificio personal, autocrítica excesiva y una necesidad constante de ser "el mejor", lo que afecta la salud mental ⁽¹⁹⁾.

3. Superheroísmo

El superheroísmo es una tendencia a sobrepresionarse para tareas, impulsada por estándares autoimpuestos inalcanzables. Este comportamiento aumenta la carga de trabajo y puede ser perjudicial para el bienestar mental, ya que los individuos buscan demostrar constantemente su valía (19). Superhombre/Supermujer, que intenta tener éxito en múltiples áreas simultáneamente (18).

4. Atiquifobia (Miedo al Fracaso)

El miedo al fracaso en el SI se manifiesta como ansiedad ante tareas que implican logros. Los individuos temen ser humillados o expuestos como impostores si no cumplen con las expectativas, lo que refuerza su sensación de fraude (19).

5. Negación de competencia y capacidad

Las personas con SI tienden a subestimar sus habilidades y atribuyen sus éxitos a factores externos o al azar. Internalizan los fracasos y no reconocen sus propias competencias, lo que refuerza su percepción de ser impostores (19).

6. Miedo al éxito (fobia al logro)

Internalizan sus fracasos como un ciclo de retroalimentación positiva, el éxito puede generar mayores expectativas o incrementar la carga de trabajo preexistente (19).

2.1.1.8. Subtipos:

- **Experto**, que teme ser expuesto por falta de conocimiento (18).
- **Solitario**, que evita pedir ayuda para no sentirse incompetente (18).
- **Genio natural**, que mide su competencia por la facilidad de sus logros (18).

2.1.1.9. Etiología y modelos neurobiológicos

Etiología

La etiología del SI es multifactorial, sin consenso definitivo. Se relaciona con procesos metacognitivos alterados y es común en entornos de alta presión, como la medicina. En muchos casos, este síndrome aparece junto con problemas como ansiedad o depresión, agravando la percepción de inseguridad en quienes lo padecen (19).

Bases neuropsiquiátricas y evolutivas del Síndrome del Impostor

El Síndrome del Impostor ha sido tradicionalmente conceptualizado como un fenómeno psicológico. Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que el SI posee fundamentos neuropsicobiológicos y evolutivos que contribuyen a su génesis y manifestación clínica⁽⁹⁾.

Desde una perspectiva evolutiva, se plantea que el SI puede ser una manifestación contemporánea de mecanismos ancestrales de anticipación de amenazas dentro de estructuras sociales jerárquicas. La inseguridad y la autoevaluación negativa que acompañan al SI podrían derivar de respuestas primitivas de activación o evitación social, relacionadas con el sistema de lucha o huida o con la respuesta de inmovilización ante el peligro, y que en contextos actuales se vuelven desadaptativas ⁽⁹⁾.

Neurobiológicamente, el SI se asocia con una hiperactivación crónica del eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA), sistema central en la respuesta al estrés. Esta activación sostenida conduce a desequilibrios en neurotransmisores y hormonas, como la noradrenalina, cortisol y dopamina, que están vinculados con síntomas de ansiedad, depresión y somatización, fenómenos comúnmente comórbidos en pacientes con SI. Además, se considera el papel modulador de las hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que influyen en la mayor prevalencia del síndrome en mujeres, integrando así factores biológicos a las dimensiones sociales y culturales del trastorno⁽⁹⁾.

Este enfoque neuropsiquiátrico integral del SI es fundamental para entender su complejidad clínica y para el desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas que aborden no solo las cogniciones distorsionadas, sino también las alteraciones neuroendocrinas y la regulación del estrés. En estudiantes de Medicina, quienes enfrentan altos niveles de exigencia y estrés crónico, una comprensión detallada de estas bases biológicas resulta crucial para prevenir y tratar cuadros clínicos asociados, promoviendo el bienestar mental y el desempeño académico óptimo ⁽⁹⁾.

Disfunción neuroquímica e inflamación en la fisiopatología del síndrome del impostor:

Las evidencias recientes en neurociencia y neuroendocrinología indican que la disfunción en sistemas biológicos relacionados con la respuesta al estrés, las respuestas inflamatorias y los neurotransmisores, juegan un papel crucial en la fisiopatología del síndrome del impostor. Estudios demuestran que la inflamación crónica, mediada por citoquinas proinflamatorias como IL-6, TNF- α y otras, afecta preferentemente regiones cerebrales responsables de la autorregulación emocional, la autoconciencia y la

recompensa, particularmente en la corteza prefrontal y el sistema límbico. La activación desregulada del eje HPA resulta en niveles elevados de cortisol, que alteran la función cerebral y contribuyen a la ansiedad, baja autoestima y autocrítica, elementos centrales en el síndrome del impostor. Además, las disfunciones en los circuitos dopaminérgicos y serotoninérgicos afectadas por la inflamación influyen en la percepción de logro, motivación y regulación emocional, reforzando las conductas y sentimientos asociados a este síndrome. La integración de estas ciencias ayuda a comprender que el SI no solo es un fenómeno psicológico, sino que tiene una base fisiopatológica neurobiológica que puede ser abordada desde perspectivas clínicas integradas ⁽²⁰⁾.

Numerosos estudios neurobiológicos muestran que las alteraciones en los neurotransmisores serotonina, dopamina y norepinefrina están estrechamente vinculadas con síntomas asociados a la ansiedad, la autocrítica y la baja autoestima, componentes esenciales del síndrome del impostor. En particular, la disfunción en estos neuroquímicos afecta regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional, la motivación y la percepción de logro, como la corteza prefrontal y el sistema límbico. Asimismo, se ha evidenciado que procesos inflamatorios, mediado por citoquinas como IL-6 y TNF- α , pueden alterar la disponibilidad y funcionamiento de estos neurotransmisores, generando un estado de hiperactivación del sistema de respuesta al estrés y contribuyendo a síntomas de ansiedad, fatiga y dificultades de concentración⁽²⁰⁾.

El diagrama (ver Figura 1) ilustra estas interacciones, mostrando cómo las alteraciones en los niveles de serotonina, dopamina y noradrenalina, junto con la presencia de inflamación crónica, influyen en la aparición y mantenimiento de los síntomas emocionales y cognitivos que caracterizan al síndrome del impostor. La integración de estos hallazgos neurobiológicos refuerza la perspectiva de este trastorno como una condición que involucra no solo factores psicológicos, sino también disfunciones neuroquímicas y neuroendocrinas que pueden ser abordadas desde modelos terapéuticos integrados⁽²⁰⁾.

sistemática, factores que refuerzan los sentimientos de insuficiencia y fraude. Estos estereotipos culturales, que asignan roles y capacidades basados en prejuicios, generan inseguridad crónica y vulnerabilidad psicológica, afectando la salud mental y el desempeño académico⁽²¹⁾.

En segundo lugar, las instituciones educativas y profesionales presentan estructuras jerárquicas y desbalances en representación, liderazgo y remuneración, que limitan la integración y la percepción de pertenencia de estos grupos. La ausencia de modelos a seguir y la inequidad institucional actúan como estímulos adicionales que perpetúan la experiencia del SI, aumentando el riesgo de trastornos asociados como ansiedad y depresión⁽²¹⁾.

Por último, en el nivel interpersonal, el trato diferenciado y la exclusión sociolaboral sutil o explícita por parte de colegas y superiores impactan negativamente en la autoestima y autoconcepción del individuo, reforzando la sensación de ser un impostor dentro de su entorno inmediato⁽²¹⁾.

Este enfoque contextual múltiple urge a desarrollar intervenciones clínicas y psiquiátricas que trasciendan la atención individual, integrando estrategias institucionales y sociales destinadas a modificar culturas organizacionales, desestructurar estereotipos y promover ambientes de apoyo y equidad. En estudiantes de Medicina, donde la presión académica y los estigmas sociales se intersectan, este enfoque integral es crucial para prevenir el deterioro de la salud mental vinculado al SI y fomentar un desarrollo profesional resiliente y saludable ⁽²¹⁾.

2.1.1.11. Evaluación y diagnóstico

Evaluación

No existen criterios diagnósticos estandarizados para el SI. La Escala del Fenómeno del Impostor de Clance es la herramienta más utilizada, aunque no está validada externamente. La evaluación incluye historia clínica, examen físico y cuestionarios psicométricos ⁽¹⁹⁾. Otras escalas incluyen la Escala de Harvey (HIPS) y la Escala de Leary. Sin embargo, no existe un consenso sobre los puntos de corte para definir la gravedad del SI (7).

El síndrome del impostor como condición clínica comórbida

Estudios recientes han demostrado que el síndrome del impostor no se limita a contextos académicos o laborales, sino que también se presenta como una característica clínica relevante en pacientes con enfermedades físicas. Se reportó que el 48% de los pacientes con hiperhidrosis primaria presentaban síntomas clínicamente significativos

de SI, con fuertes correlaciones con ansiedad, estrés y perfeccionismo. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que el SI podría ser entendido como un síndrome transdiagnóstico, que comparte mecanismos psicobiológicos con trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor. Su evaluación clínica mediante escalas como el CIPS, en combinación con el DASS-21, permitiría no solo identificar su presencia, sino también guiar intervenciones terapéuticas eficaces, incluso en contextos médicos no psiquiátricos ⁽²²⁾.

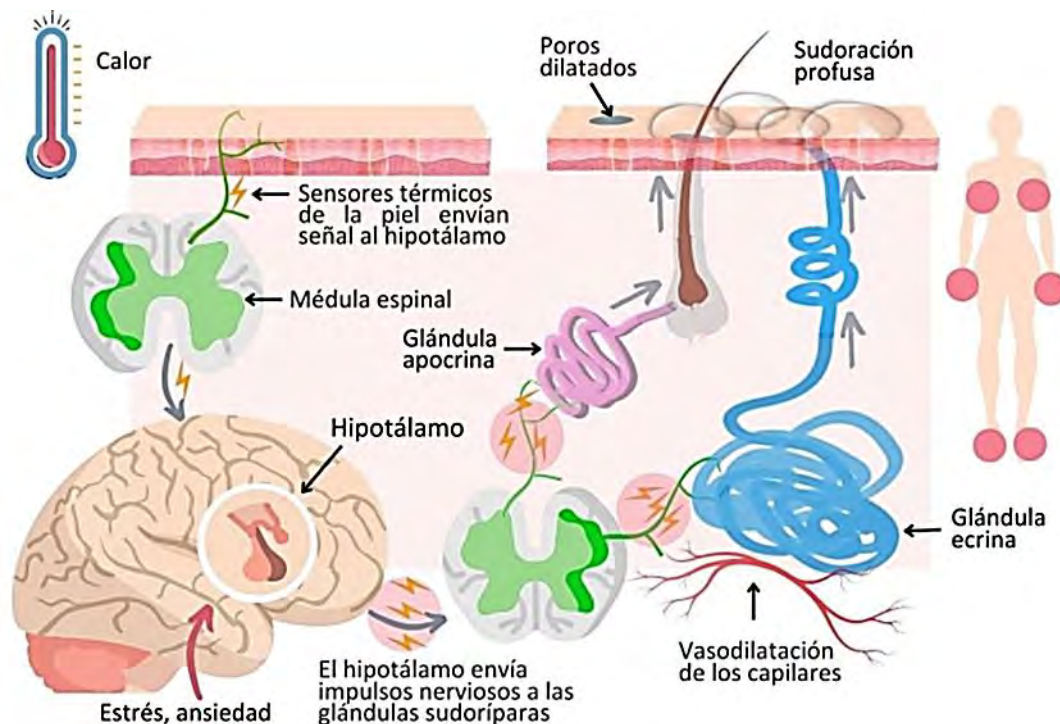


Figura 2. Adaptado de: Shayesteh A, et al. *SAGE Open Med.* 2024 ⁽²²⁾.

La imagen (Figura 2) ilustra el proceso fisiológico de la sudoración, donde el hipotálamo recibe señales de los sensores térmicos de la piel y activa las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas, junto con la vasodilatación de los capilares. En el contexto del SI, este mecanismo se ve exacerbado por la hiperactivación del sistema nervioso simpático debido al estrés y la ansiedad crónica asociados al miedo de ser percibido como un fraude. La sudoración excesiva, característica de la hiperhidrosis primaria, puede reforzar la angustia psicológica, creando un ciclo en el que los síntomas físicos alimentan la inseguridad y viceversa ⁽²²⁾.

2.1.1.12. Evaluación y diagnóstico

Tratamiento y manejo

El tratamiento del SI varía según su impacto en la vida del individuo. Incluye terapia cognitivo conductual (TCC), psicoterapia, ejercicios de gratitud y, en algunos casos,

medicación para condiciones coexistentes como ansiedad o depresión (19). También se sugiere terapia grupal para normalizar los sentimientos de fraude y reducir el aislamiento (7). Para manejar el SI, se recomienda reconocer los sentimientos, buscar retroalimentación objetiva, establecer metas realistas y celebrar los logros. También es útil buscar asesoramiento psicológico para manejar la ansiedad y el miedo, y enseñar a otros para reforzar la confianza en el conocimiento propio⁽¹⁸⁾.

Estrategias clínicas y psiquiátricas dirigidas a reconocer y tratar el síndrome del impostor

El estigma hacia la salud mental en la educación médica es un fenómeno complejo y multifactorial que se perpetúa a través de dinámicas culturales, interpersonales e institucionales. El perfeccionismo, como un rasgo profundamente arraigado en la cultura médica, conduce a estándares inalcanzables que generan una autoexigencia extrema y dificultan la aceptación de la vulnerabilidad propia. Este patrón perfeccionista no solo incrementa la carga emocional y psicológica en los estudiantes, sino que también puede contribuir al desarrollo de trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, condiciones altamente asociadas con el síndrome del impostor ⁽²³⁾.

Asimismo, las jerarquías de poder y la distribución desigual de influencia dentro de los entornos académicos refuerzan el estigma social e intrapersonal, limitando la comunicación abierta y el apoyo hacia quienes experimentan dificultades psíquicas. Estas jerarquías pueden fomentar la autoestigmatización y la ocultación de síntomas, particularmente en estudiantes y residentes que se encuentran en posiciones vulnerables de la estructura educativa ⁽²³⁾.

Finalmente, los procesos estructurales incluyendo políticas institucionales, normativas y prácticas regulatorias configuran un ambiente donde el miedo a la discriminación y a repercusiones académicas o profesionales obstaculiza el acceso oportuno a servicios de salud mental. En este contexto, es fundamental abordar no solo las problemáticas individuales, sino también intervenir en los factores culturales y estructurales para disminuir el estigma, promover un entorno de aceptación y mejorar el bienestar emocional de los futuros profesionales de la salud ⁽²³⁾.

Diagnóstico Diferencial

El SI no tiene criterios formales en el DSM-V, por lo que su diagnóstico diferencial incluye trastornos de ansiedad, depresión, burnout y trastornos de personalidad, que a menudo coexisten con el síndrome ⁽¹⁹⁾ :

1. Trastorno de Ansiedad Social (TAS) ⁽¹⁹⁾.

Diferencia clave:

- En el TAS, el miedo es generalizado (ej: interactuar con desconocidos).
- En el SI, el miedo es centrado en el desempeño (ej: "No merezco este puesto").

2. Trastorno Depresivo Mayor (TDM) ⁽¹⁹⁾.

Diferencia clave:

- En la depresión, hay pérdida de interés global (anhedonia) y síntomas físicos (insomnio, fatiga).
- El SI no afecta necesariamente el estado de ánimo en otros contextos.

3. TDAH (Trastorno por Déficit de Atención) ⁽¹⁹⁾.

Diferencia clave:

- En el TDAH, los problemas son por déficits neurobiológicos (ej: memoria de trabajo).
- En el SI, la inseguridad surge de interpretaciones ("Soy un fraude"), no de dificultades cognitivas.

4. Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsiva (TPOC) ⁽¹⁹⁾.

Diferencia clave:

- El TPOC implica rigidez extrema (ej: reglas autoimpuestas irreales).
- El SI se centra en falta de autenticidad percibida.

5. Síndrome de Burnout ⁽¹⁹⁾.

Diferencia clave:

- El Burnout es por estrés crónico en el trabajo.
- El SI persiste incluso sin estrés laboral.

2.1.1.13. Tratamiento y manejo

Pronóstico

Debido a la falta de criterios diagnósticos y tratamientos estandarizados, no se puede establecer un pronóstico claro para el SI. Sin embargo, la intervención temprana puede mitigar sus efectos negativos ⁽¹⁹⁾.

Complicaciones

Las complicaciones del SI incluyen el empeoramiento de trastornos de salud mental coexistentes, como ansiedad y depresión, y la aparición de nuevos problemas conductuales⁽¹⁹⁾. También se relaciona con baja autoestima, síntomas somáticos y disfunciones sociales. Estos factores pueden exacerbar los sentimientos de fraude y aislamiento (7). El SI afecta negativamente el desempeño laboral, la satisfacción en el trabajo y aumenta el riesgo de burnout. Es crucial que empleadores y educadores reconozcan este fenómeno y promuevan entornos de apoyo, mentoría y recursos para manejar estos sentimientos(7). El SI puede llevar a comportamientos como sobrepreparación, procrastinación y largas horas de trabajo, lo que aumenta el riesgo de ansiedad, depresión y burnout. Además, los profesionales pueden evitar oportunidades de crecimiento por miedo a ser expuestos, lo que refuerza sentimientos de inadecuación y aislamiento ⁽¹⁸⁾.

Prevención y Educación del Paciente

La prevención del SI puede lograrse mediante la educación y el apoyo a estudiantes y profesionales, especialmente en grupos subrepresentados. Es crucial abordar las inseguridades temprano para evitar el ciclo de retroalimentación negativa ⁽¹⁹⁾.

Estrategias para Mejorar el Bienestar Mental

Para combatir el síndrome del impostor y el agotamiento ⁽²⁴⁾:

- **Terapia cognitivo conductual:** se enfoca en identificar y modificar los pensamientos distorsionados y las creencias negativas sobre uno mismo. Ej. Identificación de pensamientos automáticos: Detectar ideas como "No merezco este éxito" o "Fue suerte". Objetivo: Reducir la autocrítica excesiva y fortalecer una autoimagen ajustada a la realidad⁽²⁴⁾.
- **Programas de mentoría:** Implementar programas de mentoría en línea para brindar apoyo y orientación a los estudiantes ⁽²⁴⁾.

- **Diálogos abiertos sobre salud mental:** Fomentar conversaciones sobre salud mental para reducir el estigma y promover un entorno seguro ⁽²⁴⁾.
- **Colaboración y apoyo entre pares:** Crear grupos de estudio y programas de mentoría entre pares para reducir el aislamiento y la autoduda ⁽²⁴⁾.
- **Perspectiva equilibrada del éxito:** Enfatizar la importancia del autocuidado y el equilibrio entre la vida personal y profesional ⁽²⁴⁾.
- **Talleres y recursos de bienestar:** Ofrecer talleres sobre manejo del estrés, mindfulness y resiliencia ⁽²⁴⁾.
- **Acceso a servicios de consejería:** Garantizar el acceso a servicios de consejería y apoyo psicológico para los estudiantes ⁽²⁴⁾.

Formación de la Identidad Profesional

La formación de la Identidad Profesional es crucial para ayudar a los estudiantes a desarrollar una identidad profesional sólida y ética. Este proceso implica alinear las normas del sector médico con los valores personales y profesionales, lo que puede reducir el síndrome del impostor y mejorar la salud mental. La inteligencia artificial (IA) puede desempeñar un papel importante en este proceso, ofreciendo mentoría virtual y monitoreo de la salud mental ⁽²⁴⁾.

Mejora de los Resultados del Equipo de Salud

La identificación y manejo del SI pueden mejorar el desempeño individual y del equipo en entornos de salud. Esto reduce costos, mejora los resultados de los pacientes y disminuye las disparidades en grupos minoritarios ⁽¹⁹⁾.

Investigación Futura

Se necesita más investigación para definir la etiología, epidemiología y manejo del SI. La creación de herramientas diagnósticas validadas y criterios formales en el DSM facilitaría un mejor entendimiento y tratamiento del fenómeno ⁽¹⁹⁾.

2.1.2. DESARROLLO DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

2.1.2.1. Factores Sociodemográficos

Género:

El síndrome del impostor es más común en el género femenino, particularmente en entornos académicos y profesionales altamente competitivos. Esta mayor frecuencia en mujeres podría deberse a factores tanto biológicos como sociales. Estudios sugieren

que el estrógeno, hormona clave en el desarrollo femenino, se relaciona con rasgos como la empatía y el trabajo en equipo, lo que podría generar un conflicto en ambientes altamente competitivos donde estas cualidades no siempre son reconocidas como fortalezas. Además, se sugiere que los niveles más bajos de testosterona, relacionada con la dominancia social, podrían contribuir a que las mujeres experimenten mayores dudas sobre sus habilidades ⁽⁹⁾.

Por otro lado, los factores sociales y culturales también juegan un papel crucial. Las mujeres a menudo enfrentan expectativas más altas y presiones sociales que exigen perfección, lo que puede generar sentimientos de inseguridad y miedo a ser "descubiertas" como fraudes. Estas dinámicas se ven agravadas en entornos donde las desigualdades de género persisten, como en la academia o en ciertas profesiones dominadas por hombres ⁽⁹⁾.

Las mujeres que experimentan el síndrome del impostor frecuentemente presentan condiciones como ansiedad o depresión. Estos trastornos se vinculan a una hiperactivación prolongada del eje HPA, el circuito neuroendocrino que regula nuestra respuesta fisiológica ante situaciones estresantes. Este estrés crónico puede exacerbar los sentimientos de inseguridad y duda, creando un círculo vicioso que afecta tanto el bienestar emocional como el desempeño profesional ⁽⁹⁾.

Para abordar este fenómeno se propone intervenciones como la mentoría adecuada y terapias psicológicas, especialmente dirigidas a mujeres jóvenes en entornos académicos, donde la prevalencia del síndrome del impostor es particularmente alta. Estas intervenciones buscan ayudar a las mujeres a reconocer sus fortalezas y debilidades de manera realista, reduciendo así los sentimientos de impostorismo y mejorando su confianza y bienestar general ⁽⁹⁾.

Edad y nivel académico:

El síndrome del impostor tiende a ser más prevalente en ciertas etapas de la vida, especialmente durante los años de formación académica. En el caso de los estudiantes de medicina, se menciona que este fenómeno alcanza su punto máximo en el tercer año de la carrera. Durante esta etapa, los estudiantes enfrentan mayores expectativas intrínsecas y extrínsecas sobre su desempeño, lo que puede exacerbar los sentimientos de duda y miedo a ser descubiertos como fraudes. Este período coincide con el inicio de las prácticas clínicas, donde los estudiantes deben aplicar sus conocimientos en situaciones reales, lo que genera una mayor ansiedad y autoexigencia. Esta etapa vital representa un momento clave para construir la identidad laboral, un factor que incrementa la susceptibilidad de los jóvenes a desarrollar sentimientos de impostura.

Durante estos años de formación profesional, la inseguridad sobre las capacidades propias suele intensificarse, especialmente al enfrentarse a nuevos retos académicos o laborales. El artículo también menciona que, a medida que los estudiantes avanzan en su formación, pueden sentirse abrumados por la cantidad de conocimientos que deben absorber y las habilidades que deben desarrollar, lo que refuerza la sensación de inadecuación. Esta combinación de factores hace que el tercer año de medicina sea un momento crítico para la aparición o el agravamiento del síndrome del impostor ⁽²⁵⁾.

El nivel académico influye en la aparición del síndrome del impostor, especialmente en entornos altamente competitivos como la medicina. Los alumnos destacados suelen ser especialmente vulnerables a estos sentimientos de fraude. Curiosamente, aunque obtienen excelentes resultados académicos, muchos minimizan sus verdaderas capacidades y atribuyen sus triunfos a circunstancias ajenas a ellos, como simples coincidencias favorables o el timing perfecto. Esta paradoja se acentúa en carreras como medicina, donde la enorme carga de conocimientos por asimilar y las competencias técnicas requeridas generan una presión adicional que puede exacerbar estas dudas sobre la propia preparación. Esto puede llevar a una sensación de inadecuación y a la creencia de que no son lo suficientemente competentes en comparación con sus compañeros. Además, el artículo menciona que los estudiantes con síndrome del impostor tienden a recordar más sus fracasos que sus éxitos, lo que refuerza su autopercepción negativa y dificulta su capacidad para internalizar sus logros académicos. Esta problemática va más allá de simples dudas personales, erosionando progresivamente la seguridad profesional y la capacidad de aprendizaje. Quienes lo padecen no solo enfrentan barreras emocionales, sino que también ven comprometido su rendimiento estudiantil, lo que frecuentemente deriva en ⁽²⁵⁾:

- Adquisición deficiente de competencias clave
- Trayectorias laborales menos coherentes con su potencial real
- Decisiones profesionales basadas en el miedo más que en sus aptitudes

Por lo tanto, el entorno competitivo de la escuela de medicina exacerba estos sentimientos, haciendo que los estudiantes se sientan constantemente presionados y comparados con sus pares ⁽²⁵⁾.

2.1.2.2. Factores clínico psiquiátricos:

Depresión:

Aunque el término “depresión” suele utilizarse de manera general para describir diversos estados de tristeza, abatimiento o desmotivación, en el ámbito clínico psiquiátrico su uso

requiere una delimitación precisa. Desde una perspectiva médica, la depresión no constituye un diagnóstico único sino un espectro de trastornos afectivos con diferentes niveles de gravedad, duración y etiología. Sin embargo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5-TR), no ofrece una definición amplia o dimensional del fenómeno depresivo, sino que clasifica entidades clínicas específicas como el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), la distimia, el trastorno disfórico premenstrual o el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido. Por esta razón, y con el fin de mantener rigurosidad diagnóstica, en el presente trabajo se abordará exclusivamente el TDM como categoría representativa del fenómeno depresivo, al ser la forma clínica más prevalente, severa y neurobiológicamente estudiada. Esta elección permite integrar el análisis con modelos fisiopatológicos consistentes y comparables, especialmente en su relación con el síndrome del impostor, sin perder el enfoque médico clínico que caracteriza esta investigación ⁽²⁶⁾.

Definición diagnóstica del Trastorno Depresivo Mayor (TDM):

El TDM se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, siendo obligatorio que uno de ellos sea⁽²⁶⁾:

- Estado de ánimo deprimido (la mayor parte del día, casi todos los días), o
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades (anhedonia).

Otros síntomas incluyen ⁽²⁶⁾:

- Pérdida o aumento significativo de peso o apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en áreas sociales, ocupacionales o académicas. Además, deben excluirse causas orgánicas, medicamentosas o trastornos mentales distintos ⁽²⁶⁾.

Aspectos clínico biológicos relevantes:

Aunque el DSM-5-TR no describe mecanismos biológicos directamente (por ser un manual diagnóstico), se reconoce que el TDM implica múltiples alteraciones neurobiológicas y neuroendocrinas bien descritas en la literatura médica, que dan fundamento a su presentación clínica(26):

A. Eje HHA (hipotálamo hipófisis adrenal)

- El estrés crónico es un desencadenante frecuente de TDM.
- Se ha observado hipercortisolemia persistente y retroalimentación negativa ineficaz en la mayoría de pacientes deprimidos.

B. Neurotransmisores involucrados

- Disminución de serotonina (5-HT): regula el ánimo, apetito y sueño.
- Disminución de noradrenalina (NE): influye en la alerta y la respuesta emocional.
- Disminución de dopamina (DA): relacionada con pérdida de motivación y anhedonia.

C. Neuroimagen y neurocircuitos

- Hipoactividad en la corteza prefrontal dorsolateral y medial: deterioro del juicio y toma de decisiones.
- Hiperactividad de la amígdala: aumento de la reactividad emocional y percepción de amenaza.
- Atrofia del hipocampo: alteración de la memoria contextual y de la inhibición del eje HHA.

Especificadores diagnósticos⁽²⁶⁾:

El DSM-5-TR permite subtipificar el TDM mediante especificadores clínicos, como:

- Con ansiedad ansiosa.
- Con características atípicas.
- Con síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
- Con patrón estacional.
- Con inicio en el periparto.

Esto permite adaptar el enfoque terapéutico según la biología y presentación clínica del paciente.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico de TDM debe distinguirse de ⁽²⁶⁾:

- Trastornos de ansiedad generalizada, donde la preocupación y no la disforia es el síntoma central.
- Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, cuando los síntomas no cumplen duración o número suficiente para TDM.
- Trastorno depresivo persistente (distimia), cuando los síntomas se mantienen al menos dos años.
- Trastorno bipolar, si hay historia de episodios maníacos o hipomaníacos.

Datos epidemiológicos clave⁽²⁶⁾.

- Inicio promedio: entre los 20 y 30 años.
- Más frecuente en mujeres.
- Alta comorbilidad con ansiedad, consumo de sustancias, y enfermedades médicas crónicas.
- Riesgo de suicidio elevado, especialmente si hay historia previa de intento, desesperanza persistente, o síntomas psicóticos.

Depresión y síndrome del impostor: un enfoque neurobiológico integrado

Desde una perspectiva psiquiátrica contemporánea, el síndrome del impostor puede ser conceptualizado como una manifestación subclínica dentro del espectro afectivo, que comparte múltiples mecanismos neurobiológicos con la depresión mayor. Según el modelo matricial propuesto por Dean y Keshavan (2017), la depresión no se explica por una sola alteración, sino por la convergencia de disfunciones en diversos sistemas cerebrales que interactúan entre sí⁽²⁷⁾.

En condiciones de estrés crónico como el entorno académico altamente demandante de la carrera de medicina se activa persistentemente el eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA). Esta activación comienza con la liberación de hormona liberadora de corticotropina (CRH) desde el hipotálamo, que estimula la glándula pituitaria anterior (adenohipófisis) para secretar hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual actúa sobre las glándulas suprarrenales, promoviendo la liberación de cortisol. Este glucocorticoide, en niveles elevados y sostenidos, ejerce efectos neurotóxicos sobre el

hipocampo (estructura clave en la memoria y la regulación emocional), disminuyendo la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), esencial para la neuroplasticidad y la supervivencia neuronal⁽²⁷⁾.

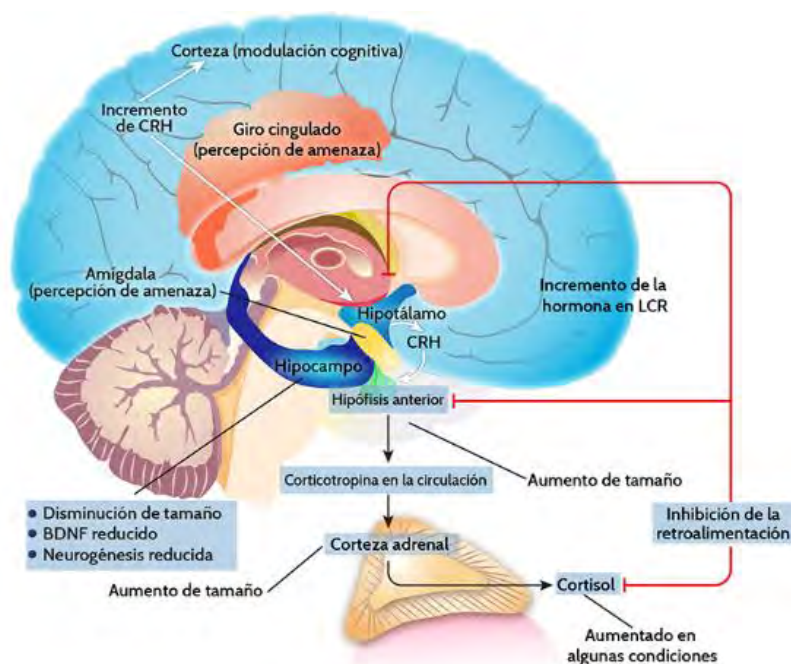


Figura 3. Activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) y su implicancia en la neurobiología de la depresión y los trastornos afectivos. Adaptado de Dean y Keshavan (2017) ⁽²⁷⁾. **BDNF**: factor neurotrófico derivado del cerebro (brain derived neurotrophic factor); **CRH**: hormona liberadora de corticotropina; **LCR**: líquido cefalorraquídeo.

Paralelamente, se observa una alteración en los principales neurotransmisores monoaminérgicos: la serotonina (5-HT) producida en los núcleos del rafe se encuentra reducida, lo cual afecta la modulación del estado de ánimo, la regulación del sueño y el apetito. La noradrenalina (NE) liberada desde el locus coeruleus también se encuentra disfuncional, comprometiendo la respuesta al estrés y la motivación. A su vez, la dopamina (DA) proveniente de la sustancia negra y el área tegmental ventral muestra un descenso en su actividad en el circuito mesocorticolímbico, lo que se traduce en anhedonia, pérdida de interés y motivación, síntomas comunes tanto en la depresión como en el síndrome del impostor⁽²⁷⁾.

A nivel estructural, las neuroimágenes funcionales han mostrado hipoactividad de la corteza prefrontal medial y dorsolateral, estructuras encargadas de la evaluación cognitiva y el control de la respuesta emocional, junto a una hiperactividad de la amígdala, que intensifica la reactividad emocional negativa y la percepción de amenaza. Esta disfunción en la conectividad funcional entre la corteza prefrontal y el sistema

límbico genera una inadecuada regulación emocional, típica en personas con depresión y también observada en estudiantes que presentan altos niveles de autoexigencia, duda constante sobre sus logros, miedo persistente al fracaso y evitación social características centrales del síndrome del impostor⁽²⁷⁾.

En este sentido, el modelo neurobiológico integrado permite entender al síndrome del impostor como una condición que se inserta dimensionalmente dentro de la fisiopatología depresiva, mediada por la desregulación del eje HHA, la neuroinflamación, la alteración monoaminérgica y la pérdida de plasticidad sináptica. Este enfoque resulta clínicamente útil, ya que permite identificar signos tempranos de disfunción emocional que, aunque no cumplan criterios para un trastorno mayor según el DSM-5-TR, sí requieren abordaje preventivo y terapéutico desde una perspectiva médica integral ⁽²⁷⁾.

Ansiedad:

Los trastornos de ansiedad constituyen una categoría diagnóstica del DSM-5-TR que agrupa a diversas condiciones caracterizadas por miedo o ansiedad excesivos y persistentes, acompañados por conductas de evitación que deterioran el funcionamiento académico, social u ocupacional del individuo. A diferencia de una respuesta adaptativa al estrés, la ansiedad patológica es desproporcionada, difícil de controlar y clínicamente significativa ⁽²⁶⁾.

Principales tipos de trastornos de ansiedad (DSM-5-TR) ⁽²⁶⁾:

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): preocupación constante y excesiva sobre diversos aspectos de la vida diaria.
- Trastorno de pánico: episodios súbitos de miedo intenso acompañados de síntomas físicos como taquicardia, sudoración y sensación de muerte inminente.
- Fobia específica: miedo marcado ante objetos o situaciones concretas (p. ej., sangre, alturas, animales).
- Trastorno de ansiedad social: temor persistente a situaciones donde se pueda ser evaluado o juzgado.
- Trastorno de ansiedad por separación: angustia excesiva al alejarse de figuras significativas.
- Mutismo selectivo: incapacidad persistente para hablar en ciertos contextos sociales, a pesar de hacerlo normalmente en otros.

Etiología y factores de riesgo:

Los trastornos de ansiedad son de origen multifactorial. Incluyen vulnerabilidad genética, temperamentos ansiosos, experiencias traumáticas tempranas, estilos de apego inseguros, disfunción familiar y factores sociales estresantes. En estudiantes universitarios, el perfeccionismo, la presión académica y la autoexigencia contribuyen significativamente al riesgo ⁽²⁶⁾.

Diagnóstico:

El diagnóstico clínico se basa en los criterios del DSM-5-TR, que incluyen⁽²⁶⁾:

- Presencia de síntomas ansiosos durante al menos seis meses.
- Malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento.
- No atribuible a sustancias ni a otro trastorno médico o mental.

Neurobiología de la ansiedad:

La ansiedad involucra hiperactividad de la amígdala y otras regiones límbicas, junto con una regulación ineficiente desde la corteza prefrontal. También se asocia con disfunciones del eje HHA (hipotálamo-hipófisis-adrenal) y alteraciones en neurotransmisores como serotonina (5-HT), noradrenalina (NE) y GABA. Este perfil neurobiológico coincide con los hallazgos en el síndrome del impostor, en particular cuando se acompaña de autocrítica excesiva, percepción de amenaza o inseguridad constante⁽²⁶⁾.

Tratamiento:

El abordaje terapéutico puede ser psicofarmacológico, principalmente con ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), y psicoterapéutico, destacando la terapia cognitivo-conductual (TCC). Técnicas de reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales son fundamentales. En población estudiantil, las intervenciones psicoeducativas y programas de afrontamiento del estrés también son eficaces ⁽²⁶⁾.

Ansiedad y síndrome del impostor:

La ansiedad es uno de los componentes más frecuentemente asociados al síndrome del impostor. Estudiantes de medicina con altos niveles de autoexigencia, temor al fracaso y dificultades para internalizar sus logros suelen presentar síntomas ansiosos como insomnio, inquietud, fatiga cognitiva y evitación social. La coexistencia de

ansiedad refuerza los patrones de duda persistente y autodevaluación que caracterizan al síndrome del impostor, lo que hace necesario su evaluación conjunta ⁽²⁶⁾.

Bases Neurobiológicas de la Ansiedad y su Relevancia en el Síndrome del Impostor:

La ansiedad, como una respuesta emocional fundamental a la amenaza, tiene una compleja arquitectura neurobiológica que involucra extensas redes cerebrales. Estas redes, que incluyen la amígdala extendida, el hipotálamo, la sustancia gris periacueductal (PAG), la corteza cingulada anterior, la ínsula y la corteza prefrontal, forman parte de un sistema defensivo central. Este sistema no solo responde a peligros físicos, sino también a amenazas de naturaleza social, evaluativas o percibidas como inciertas⁽²⁸⁾.

En el contexto del Síndrome del Impostor, la experiencia persistente de duda sobre los propios logros, el miedo constante a ser expuesto como un "fraude" y la dificultad para internalizar el éxito pueden ser conceptualizadas como amenazas psicológicas o sociales crónicas. Estas "amenazas" pueden activar o mantener una actividad elevada en los mismos circuitos neuronales subyacentes a la ansiedad general y el estrés. La amígdala, crucial para detectar la saliencia y la amenaza, podría volverse particularmente sensible en individuos con este síndrome, reaccionando intensamente a situaciones de evaluación, retroalimentación o comparación con pares, interpretadas a un nivel subconsciente como posibles detonantes de la "exposición" de su incompetencia⁽²⁸⁾.

La activación continua de estas redes de amenaza puede influir en regiones corticales, llamativamente la corteza prefrontal. Esta interacción puede manifestarse conductual y cognitivamente en quienes experimentan el síndrome como rumiación persistente sobre errores pasados o potenciales, una tendencia a sobrep prepararse (paradójicamente vista como prueba de insuficiencia) o una incapacidad para aceptar la retroalimentación positiva, todos ellos síntomas característicos. Estos patrones de pensamiento y comportamiento, a su vez, pueden reforzar la activación de los circuitos de ansiedad en un ciclo continuo⁽²⁸⁾.

A nivel fisiológico, la carga de ansiedad crónica asociada al Síndrome del Impostor puede activar el eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA), llevando a la liberación sostenida de hormonas del estrés como el cortisol. Esta respuesta endocrinológica mantenida en el tiempo puede tener implicaciones en diversos sistemas corporales y afectar el funcionamiento cognitivo, contribuyendo a síntomas como fatiga, problemas de memoria o dificultades de concentración. Estos síntomas físicos y cognitivos, a su

vez, pueden ser reinterpretados por la persona con el síndrome como validación de sus sentimientos de incompetencia⁽²⁸⁾.

La ínsula, clave en la interocepción y la regulación alostática, también podría desempeñar un papel. Una mayor sensibilidad interoceptiva o una desregulación en esta área podría llevar a quienes experimentan el síndrome a ser hiperconscientes de las sensaciones físicas asociadas a la ansiedad (nerviosismo, tensión muscular, alteraciones gastrointestinales). Estas sensaciones pueden ser vividas como particularmente aversivas y percibidas como una señal de que algo está principalmente "mal", alimentando el miedo a la exposición y la sensación de no estar a la altura⁽²⁸⁾.

En conclusión, si bien el Síndrome del Impostor es un fenómeno psicológico complejo, la ansiedad que lo acompaña y, en muchos casos, lo impulsa, tiene una base biológica sólida. Los mecanismos neurobiológicos implicados en la respuesta general a la amenaza y el estrés (circuitos amigdalino corticales, eje HPA, interocepción) proporcionan un marco para entender la dimensión fisiológica y anatómica de los síntomas experimentados por quienes dudan persistentemente de sus méritos. La interacción entre estos sistemas biológicos y los patrones cognitivos y conductuales propios del síndrome contribuye a su mantenimiento ya la significativa carga emocional que impone, especialmente en entornos de alta exigencia como la formación médica ⁽²⁸⁾.

Estrés:

El estrés es una respuesta fisiológica y emocional ante demandas o amenazas percibidas, tanto físicas como psicológicas, que pueden superar la capacidad de adaptación del organismo. Las causas del estrés pueden ser variadas e incluyen desde eventos traumáticos o adversidades en la infancia, hasta presiones académicas, sociales y laborales en la edad adulta. La exposición prolongada o intensa a estos factores puede activar circuitos específicos en el cerebro y alterarlos, conduciendo a cambios estructurales y funcionales que influyen en la salud mental y física del individuo⁽²⁹⁾.

Desde una perspectiva neurobiológica, la respuesta al estrés implica la activación de circuitos específicos en el cerebro que regulan la percepción de amenaza y la producción de respuestas fisiológicas y emocionales. El sistema límbico, en particular estructuras como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, desempeña un papel central en la detección y evaluación de estímulos estresantes, así como en la regulación de las respuestas emocionales y el control del eje hipotalámico hipofisario adrenal (HPA). Cuando un individuo enfrenta un estrés prolongado o temprano en el desarrollo, estos circuitos experimentan cambios estructurales y funcionales; por ejemplo, la

hiperactividad de la amígdala y la disfunción en la corteza prefrontal pueden generar una respuesta exagerada y persistente ante amenazas percibidas, que en contextos académicos y sociales, como la facultad de medicina, puede traducirse en sentimientos de inseguridad y duda de capacidad componentes fundamentales del síndrome del impostor⁽²⁹⁾.

Fisiopatológicamente, esta alteración en el equilibrio entre las estructuras límbicas y cortical se acompaña de cambios neuroquímicos, incluyendo la regulación disfuncional de neurotransmisores como la noradrenalina y el sistema glucocorticoide. El cortisol, producido en respuesta a la activación del eje HPA, en niveles crónicos o en situaciones de estrés agudo, puede promover la atrofia del hipocampo, responsable de la memoria y la regulación emocional, y alterar la función del PFC, que es esencial para la autoconciencia y el control de las emociones. Estas modificaciones estructurales y funcionales en áreas cerebrales relacionadas con el autocuidado, la autoreflexión y el control emocional, favorecen una autoreevaluación negativa y un estado de vulnerabilidad emocional característico del síndrome del impostor⁽²⁹⁾.

Además, a nivel hormonal, la disfunción en la regulación del eje HPA con una hiperproducción sostenida de cortisol puede potenciar sentimientos de inseguridad, ansiedad y baja autoestima, perpetuando un ciclo donde la respuesta fisiológica al estrés alimenta los componentes cognitivos y emocionales del síndrome. La alteración en la actividad de receptores glucocorticoides, en particular el receptor tipo 1 (MR) y el receptor tipo 2 (GR), modula la sensibilidad al cortisol y afecta la plasticidad neuronal en circuitos clave del autocuidado psicológico. La consecuencia clínica de estas disfunciones neurobiológicas es la dificultad para internalizar logros y la tendencia a interpretar el éxito como azar o ayuda externa, elementos que definen el síndrome del impostor en estudiantes de medicina que enfrentan un entorno de alta demanda y competición académica⁽²⁹⁾.

En conclusión, la fisiopatología del estrés neurobiológico, caracterizada por cambios estructurales, disfunción en circuitos límbico corticales y alteraciones hormonales relacionadas con el eje HPA, provee un marco comprensible sobre cómo las respuestas al estrés contribuyen a desarrollar y mantener los sentimientos de inseguridad que representan el núcleo del síndrome del impostor. Entender estos mecanismos permite diseñar intervenciones que no solo aborden los aspectos psicológicos, sino también las bases neurobiológicas de esta problemática, promoviendo estrategias que regulen la respuesta al estrés y potencien la autoconfianza en los futuros profesionales de la salud⁽²⁹⁾.

2.1.3. Desarrollo del estado del arte

En los últimos años, la evidencia científica ha consolidado la comprensión del SI desde una perspectiva multidimensional, donde los aspectos neurobiológicos y psiquiátricos juegan un papel crucial en su fisiopatología. Diversos estudios internacionales y nacionales coinciden en que la presencia del SI está estrechamente relacionada con trastornos afectivos y de ansiedad, constituyendo un fenómeno que, aunque considerado en un contexto psicológico, presenta marcadores neuroquímicos y neurofisiológicos que sustentan su manifestación clínica ^(20,27,29).

A nivel internacional, investigaciones recientes señalan que la prevalencia del SI en poblaciones de estudiantes y profesionales de alta competencia, como los médicos, oscila entre el 9% y el 82%, y que su manifestación está más intensamente vinculada a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Los estudios en neurociencia explican que estos vínculos se deben a una hiperactivación persistente del eje hipotalámico hipofisario suprarrenal (HPA), responsable de la respuesta al estrés. La activación crónica de este eje genera niveles elevados de cortisol, conduciendo a cambios neuroquímicos que afectan principalmente regiones cerebrales clave en la regulación emocional y la autoconciencia, como la amígdala y la corteza prefrontal. La hiperactividad amigdalар y la disfunción prefrontal refuerzan los sentimientos de inseguridad, autocrítica y percepción distorsionada de logros ^(20,27,29).

Desde una perspectiva psiquiátrica, las alteraciones en neurotransmisores monoaminérgicos, específicamente disminuciones en serotonina, dopamina y noradrenalina, son fundamentales en la fisiopatología del SI. La disfunción en estos sistemas neuroquímicos, asociados con la ansiedad y la baja autoestima, explican la tendencia de los individuos a experimentar miedos profundos al fracaso, miedo a ser descubiertos como fraude y autocrítica desproporcionada, todos estos signos presentes en trastornos ansiosos depresivos acompañantes. Además, la presencia de síntomas depresivos, como la anhedonia, sentimientos de inutilidad y desesperanza, se correlaciona con la intensidad de los sentimientos impostores, destacando el papel de la comorbilidad en la gravedad del síndrome ^(20,27,29).

En relación a la edad y el año académico, la literatura clínica indica que el riesgo de desarrollar el SI aumenta en etapas de alta vulnerabilidad, especialmente en el tercer año de la carrera de medicina, momento en que los estudiantes enfrentan mayores responsabilidades clínicas y académicas. La edad, particularmente en jóvenes adultos, también es un factor relevante, dado que en esta fase se acentúan las dificultades en la aceptación de logros y la internalización del éxito, aspectos que tienen un peso

neurobiológico, dado que las regiones cerebrales responsables del autocontrol y la evaluación social todavía están en proceso de maduración. La inestabilidad emocional y la ansiedad que se intensifican en estos periodos agravan las alteraciones neuroendocrinas, reforzando los sentimientos impostores y contribuyendo a la aparición de patologías psiquiátricas (20,27,29).

En el contexto de género, múltiples estudios indican que el SI es más prevalente en mujeres, aunque no se limita a un grupo específico. Biológicamente, se ha sugerido que las fluctuaciones hormonales, particularmente en los niveles de estrógeno y progesterona, modulan la actividad de circuitos cerebrales implicados en la percepción de competencia y autorregulación emocional. Desde el punto de vista neuroendocrino, estas hormonas influyen en la sensibilidad del sistema límbico y en la regulación del eje HPA, lo que puede potenciar la predisposición a la ansiedad y la depresión en mujeres que experimentan sentimientos del impostor. Además, culturalmente, las expectativas sociales y las presiones de perfeccionismo dirigidas a las mujeres en entornos académicos de alta exigencia agravan su vulnerabilidad (20,27,29).

Desde la psiquiatría, la evidencia indica que estas condiciones neurobiológicas y hormonales, en conjunto con la presencia de síntomas ansiosos depresivos, configuran un cuadro clínico que requiere intervenciones específicas. La coexistencia del SI con trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada, el episodio depresivo mayor y el burnout, refuerza el enfoque de que estamos ante un síndrome que, aunque no tiene una clasificación diagnóstica en el DSM-5-TR, presenta perfiles neurobiológicos y clínicos que justifican su consideración dentro del campo de la salud mental (20,27,29).

Este contexto neurobiológico y psiquiátrico explica que la intervención temprana y multidisciplinaria, que incluye estrategias farmacológicas y terapéuticas centradas en la regulación del eje HPA, el manejo de neurotransmisores y la reducción de la ansiedad, es fundamental. La evidencia sugiere que estabilizar estos sistemas puede disminuir los sentimientos de fraude, mejorar el estado de ánimo y fortalecer la autoestima, particularmente en poblaciones vulnerables como los estudiantes de medicina en sus primeros años de formación académica. En consecuencia, la comprensión del SI desde esta perspectiva biomédica ofrece una vía concreta para el diseño de intervenciones clínicas basadas en la modulación neuroquímica y hormonal, con el objetivo de reducir su impacto neuropsiquiátrico (20,27,29).

2.1.4. Desarrollo del instrumento

Instrumentos para la evaluación del Síndrome del impostor:

Para la evaluación del Síndrome del Impostor, existen diversas escalas psicométricas, entre las cuales destacan cuatro instrumentos principales⁽³⁰⁾:

- i. Escala del Fenómeno del Impostor de Clance (CIPS)
- ii. Escala de Harvey (HIPS)
- iii. Escala de Percepción de Fraude (PFS)
- iv. Escala de Leary (LIS).

La Escala del Fenómeno del Impostor de Clance (CIPS), creada en 1985, consta de 20 ítems que valoran aspectos cognitivos y afectivos vinculados al SI, tales como el miedo a ser descubierto y la dificultad para internalizar los logros. Los participantes responden en una escala Likert de cinco puntos. Esta escala ha demostrado una alta confiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.85 y 0.96, indicativo de una excelente consistencia interna. Su diseño multidimensional y reconocimiento internacional la convierten en la herramienta más utilizada para investigación e intervención clínica. Además, la CIPS ha sido validada en múltiples contextos culturales, lo que la hace altamente adecuada para su aplicación en estudiantes de medicina en el contexto regional del Cusco, Perú. La solidez psicométrica de la CIPS garantiza la validez de los resultados y reduce la necesidad de realización de un estudio piloto previo, ofreciendo una base confiable para el análisis clínico psiquiátrico de los síntomas asociados al SI, como la ansiedad, depresión y estrés, que son frecuentes en esta población⁽³⁰⁾.

Por otro lado, la Escala de Harvey (HIPS), una de las primeras desarrolladas en 1981 con 14 ítems, presenta una confiabilidad variable (alfa de Cronbach entre 0.34 y 0.85) y limitaciones en su validez, particularmente en poblaciones no clínicas, lo que puede comprometer su precisión diagnóstica. La Escala de Percepción de Fraude (PFS), con 51 ítems, ofrece un análisis multidimensional profundo, pero su extensión puede dificultar su uso en contextos con limitaciones temporales, como la población estudiantil. Finalmente, la Escala de Leary (LIS) es breve y presenta buena confiabilidad (alfa ~0.87), pero su enfoque unidimensional limita la captura integral de las manifestaciones del síndrome⁽³⁰⁾.

Considerando lo anterior, la CIPS representa la opción más adecuada para el presente estudio, al compatibilizar rigor psicométrico, profundidad clínica y viabilidad operativa. Su empleo permitirá generar resultados comparables con investigaciones locales e

internacionales, así como apoyar una evaluación integral desde un enfoque clínico psiquiátrico que contribuya a comprender y atender las implicancias emocionales y funcionales del Síndrome del Impostor en estudiantes de Medicina Humana en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco⁽³⁰⁾.

En la actualidad, la escala CIPS continúa siendo la herramienta psicométrica más utilizada y aceptada en estudios clínicos y educativos para evaluar el fenómeno del impostor. Si bien investigaciones recientes han propuesto escalas alternativas más complejas, como la Impostor Phenomenon Assessment (IPA) desarrollada por Walker y Saklofske (2023), los propios autores reconocen que el CIPS mantiene altos niveles de confiabilidad interna ($\alpha = 0.85\text{--}0.96$) y sensibilidad clínica. Además, su diseño breve, claro y centrado en los componentes emocionales más frecuentes del fenómeno, la convierten en una opción robusta para estudios aplicados. El uso del CIPS en esta investigación está respaldado no solo por su validación internacional, sino también por estudios peruanos recientes (Vilchez-Cornejo et al., 2023) que la han aplicado exitosamente en población médica sin necesidad de revalidación local. De acuerdo con estándares metodológicos aceptados, cuando se emplean escalas validadas previamente en poblaciones comparables, el desarrollo de un estudio piloto no es estrictamente necesario si se evalúa la consistencia interna en la muestra de interés, como se realiza en esta investigación⁽³¹⁾.

Escala CIPS instrumento de 20 ítems que mide la frecuencia e intensidad de los sentimientos de impostor. Los participantes responden en una escala Likert de 1 (nada cierto) a 5 (muy cierto). Un puntaje de 60 o más indica un alto nivel de experiencia de impostor ⁽¹⁾.

Para cada afirmación, marca con un círculo la opción (1 al 5) que mejor refleje tu experiencia. No hay respuestas correctas o incorrectas lo importante es tu reacción espontánea. Confía en tu primer impulso; no es necesario analizar demasiado cada pregunta ⁽¹⁾.

1. En múltiples ocasiones he obtenido buenos resultados académicos a pesar de haber dudado inicialmente de mi capacidad para lograrlo.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

2. A veces pienso que los demás sobrestiman mis habilidades reales.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

3. Me generan ansiedad las situaciones donde pueda ser evaluado/a, y suelo evitarlas si tengo la opción.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

4. Los elogios por mis logros me generan ansiedad ante la posibilidad de no cumplir con expectativas futuras.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

5. Atribuyo mi éxito actual más a factores externos (suerte, contactos) que a mis propias habilidades o esfuerzo

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

6. Me inquieta profundamente que mis seres queridos o colegas puedan darse cuenta de que mis habilidades no coinciden con la imagen que tienen de mí.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

7. Mis errores permanecen vívidos en mi memoria, mientras mis éxitos se olvidan con facilidad.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

8. Mis resultados raramente satisfacen mis altos estándares personales de calidad.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

9. Percibo que mis éxitos podrían deberse a factores ajenos a mi verdadera capacidad

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

10. Me cuesta aceptar cumplidos o elogios sobre mi inteligencia o logros.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

11. Atribuyo parte de mis triunfos a factores fortuitos más que a mi mérito

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

12. Mis logros rara vez cumplen mis expectativas; siempre aspiraba a más

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

13. Me preocupa que otros noten mis limitaciones profesionales más de lo que ya lo hacen.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

14. Ante proyectos nuevos, experimento temor al fracaso pese a mi trayectoria previa exitosa.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

15. Los reconocimientos por mis logros me generan inquietud sobre mi capacidad para replicarlos.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

16. Frente a elogios, suelo quitar mérito a mis propios logros y conquistas.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

17. Suelo percibir que mis compañeros poseen mayores capacidades intelectuales que las mías.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

18. Experimentó ansiedad ante desafíos académicos/laborales, incluso cuando otros confían más en mí que yo mismo.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

19. Evito comentar sobre posibles reconocimientos hasta estar absolutamente seguro de conseguirlos.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

20. Un desempeño no destacado me genera intenso malestar, como si fuera un fracaso.

(nada verdadero)	(rara vez)	(a veces)	(a menudo)	(muy verdadero)
1	2	3	4	5

Puntuación del Test del Impostor

El Test del Impostor fue desarrollado para ayudar a las personas a determinar si tienen características del SI y, de ser así, en qué medida están sufriendo.

"Los resultados cuantitativos se categorizan en cuatro rangos clínicos:

- **Bajo (≤ 40):** Ausencia de patrones significativos
- **Moderado (41-60):** Manifestaciones situacionales
- **Alto (61-80):** Cogniciones invalidantes recurrentes
- **Muy alto (> 80):** Interferencia notable en el funcionamiento diario"

Se categorizo la escala CIPS y en nuestra investigación se usará; la justificación de este punto de corte son los estudios de Clance (1985) y Bravata (2020) usan ≥ 62 como umbral para identificar casos significativos.

Este punto predice impacto en la vida diaria (ej: evitación de oportunidades, estrés laboral).

- **≥ 62 puntos = "Sí"** tiene SI (necesita intervención).
- **< 62 puntos = "No"** tiene SI (o es clínicamente irrelevante).

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995):

La escala DASS, diseñada por Lovibond y Lovibond en 1995, es un instrumento que permite medir tres estados emocionales negativos vinculados: depresión, ansiedad y estrés o tensión. Originalmente fue creada con 42 elementos, pero actualmente se utiliza de manera habitual la versión abreviada con 21 ítems, distribuidos en siete por cada subescala, lo que facilita su aplicación sin perder precisión. Investigaciones iniciales revelaron que esta herramienta posee adecuada validez tanto convergente como discriminante, ya que muestra fuertes correlaciones con otras escalas reconocidas para ansiedad y depresión, pero distingue claramente entre estos constructos emocionales (32).

Además, estudios posteriores confirmaron que la DASS es confiable y válida para evaluar estos estados tanto en poblaciones clínicas como en comunidades no clínicas.

La versión reducida ofrece ventajas adicionales debido a su estructura factorial más clara y a la menor superposición entre las subescalas, respetando la integridad psicométrica del instrumento. Debido a estas características, el DASS-21 es apropiado para medir síntomas emocionales en estudiantes universitarios, facilitando análisis precisos y confiables de depresión, ansiedad y estrés en contextos de investigación como el presente estudio⁽³²⁾.

En cuanto a la fiabilidad del instrumento utilizado para medir depresión, ansiedad y estrés en esta investigación, la DASS-21 ha demostrado presentar una alta consistencia interna en población adolescente. Según el estudio realizado en Argentina por Áreas et al. (2023), el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total de la DASS-21 fue de 0.93, indicando una excelente fiabilidad general. En las subescalas específicas, se reportaron valores de 0.88 para depresión, 0.83 para ansiedad y 0.85 para estrés, todos dentro del rango considerado óptimo para instrumentos psicométricos. Además, utilizando el alfa ordinal, que es una medida recomendada para escalas con respuestas tipo Likert, se obtuvieron valores de 0.95 en la escala total, 0.92 en depresión, 0.88 en ansiedad y 0.88 en estrés, reforzando la robustez del instrumento⁽³³⁾.

El análisis factorial confirmatorio evidenció que un modelo bifactorial cuatripartito, conformado por un factor general de malestar emocional y tres factores específicos para cada subescalas, mostró un ajuste superior al modelo clásico de tres factores. Este modelo explicó el 78% de la varianza total a través del factor general, mientras que los factores específicos contribuyeron en menor proporción: 11% para depresión, 7% para ansiedad y 4% para estrés. Estos hallazgos sugieren que, aunque cada subescala mide dimensiones diferenciadas, existe un constructo común subyacente de malestar emocional en los adolescentes⁽³³⁾.

La validez concurrente se confirmó por medio de correlaciones de Pearson significativas entre las puntuaciones totales y subescalas de la DASS-21 y las subescalas equivalentes de otra medida validada de sintomatología ansioso-depresiva, con coeficientes entre 0.60 y 0.85, lo que indica asociación adecuada sin redundancia entre constructos. Asimismo, se observó validez de criterio mediante un análisis de varianza, cuyo resultado mostró que los adolescentes que cursaban tratamientos psicoterapéuticos tenían puntuaciones significativamente más altas en la DASS-21 que aquellos sin antecedentes o sin tratamiento reciente, evidenciando que la escala discrimina eficazmente entre niveles clínicos y no clínicos ⁽³³⁾.

En suma, la DASS-21 constituye una herramienta válida, confiable y de robusta estructura psicométrica para evaluar depresión, ansiedad y estrés en jóvenes de habla

hispana, siendo especialmente apropiada para poblaciones similares a la estudiada en esta tesis, que aborda la salud mental de estudiantes de medicina enfrentando el síndrome del impostor ⁽³³⁾.

Desarrollo de la escala Dass-21⁽³²⁾:

1. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones.
2. **Marque con un círculo** el número (0, 1, 2, 3) que mejor describa **con qué frecuencia** experimentó cada situación **durante los últimos 7 días**, según esta escala:

0 → No me ha ocurrido

1 → Ocurrió un poco (ocasionalmente/leve intensidad)

2 → Ocurrió bastante (varias veces/moderada intensidad)

3 → Ocurrió mucho (frecuentemente/alta intensidad)

1. Me ha resultado difícil relajarme o aliviar mi estrés	0	1	2	3
2. Experimenté sequedad en la boca	0	1	2	3
3. No pude experimentar emociones positivas	0	1	2	3
4. Tuve dificultad para respirar con normalidad	0	1	2	3
5. Me costó comenzar actividades o tomar decisiones	0	1	2	3
6. Tuve reacciones emocionales más intensas de lo habitual	0	1	2	3
7. Noté temblores en mis manos	0	1	2	3
8. Sentí que estaba consumiendo mucha energía mental	0	1	2	3
9. Me preocupé por situaciones donde podría perder el control	0	1	2	3
10. No encontré motivación o interés en las cosas	0	1	2	3
11. Me sentí nervioso o incapaz de estar quieto	0	1	2	3
12. Tuve problemas para calmarme o relajarme	0	1	2	3
13. Experimenté tristeza o desánimo	0	1	2	3
14. Me irrité cuando algo interrumpía mis actividades	0	1	2	3
15. Sentí que estaba cerca de tener un ataque de pánico	0	1	2	3
16. No pude sentir entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Dudé de mi valía como persona	0	1	2	3
18. Me enojé o irrité con facilidad	0	1	2	3
19. Noté palpitaciones sin haber hecho ejercicio	0	1	2	3
20. Experimenté miedo sin causa aparente	0	1	2	3
21. Cuestioné el sentido de la vida	0	1	2	3

Estructura del Cuestionario:

El DASS-21 evalúa 3 dimensiones mediante 7 ítems cada una:

- **Depresión:** Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
- **Ansiedad:** Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
- **Estrés:** Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Procedimiento de Corrección:

1. Por subescala:

- Sumar las puntuaciones (0-3) de los ítems correspondientes
- Multiplicar el resultado por 2 (*para equiparar con la versión completa DASS-42*)

2. Puntuación total:

- Sumar todas las respuestas (21 ítems)
- Multiplicar por 2 para el resultado final

Tabla de Interpretación (puntos de corte post-multiplicación):

Dimensión	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Depresión	0-9	10-13	14-20	21+
Ansiedad	0-7	8-9	10-14	15+
Estrés	0-14	15-18	19-25	26+

Notas Clave:

- Los rangos se presentan **ya multiplicados x2** (listos para interpretar)
- Puntuaciones más altas indican mayor severidad sintomática
- Para screening clínico, se recomienda:
 - **Depresión:** ≥10 puntos
 - **Ansiedad:** ≥8 puntos
 - **Estrés:** ≥15 puntos

2.2. Definición de términos básicos

Síndrome del Impostor: Disfunción cognitivo-afectiva con relevancia clínica, caracterizada por la percepción patológica de incompetencia personal y el temor persistente de ser descubierto como un fraude. Se acompaña de síntomas afectivos relevantes (ansiedad, depresión, baja autoestima) y ha sido propuesto como un síndrome transdiagnóstico con base fisiopatológica compartida con trastornos del estado de ánimo ⁽¹⁾.

Ansiedad: Síntoma cardinal en psiquiatría, asociado a hiperactivación del eje HHA, irritabilidad autonómica y pensamientos anticipatorios catastróficos. Su comorbilidad con el SI es alta, y su cuantificación en este estudio se realiza mediante la subescala específica del DASS-21⁽³⁴⁾.

Depresión: Trastorno afectivo mayor que, en el contexto del SI, representa una comorbilidad frecuente. Se manifiesta con anhedonia, alteraciones del sueño, desesperanza y disminución de la energía vital. Es evaluada de forma cuantitativa en este estudio como variable clínica ⁽³⁵⁾.

Estrés: Respuesta neuroendocrina aguda o crónica frente a demandas excesivas del entorno. En estudiantes de medicina, se presenta como un estresor mantenido que precipita o agrava el SI. Su medición clínica se realiza mediante la subescala de estrés del DASS-21 ⁽²⁹⁾.

Burnout (Agotamiento emocional): Estado de fatiga crónica, despersonalización y reducción del sentido de logro personal, común en entornos de alta exigencia académica o profesional ⁽³⁶⁾.

Aprendizaje Basado en Problemas: Estrategia educativa en la que los estudiantes aprenden a través de la resolución de problemas reales, fomentando el aprendizaje autónomo ⁽³⁷⁾.

Factores asociados: son las características, condiciones o elementos que están relacionados con el **Fenómeno del Impostor**. Estos factores pueden ser de naturaleza cognitiva, emocional, conductual, de personalidad, contextual, social, demográfica o de desarrollo, y contribuyen a la aparición, mantenimiento o intensificación de los sentimientos de impostor ⁽³¹⁾.

Neurobiología del estrés: Involucra la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), la disfunción de neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina,

así como procesos inflamatorios mediados por citoquinas como IL-6 y TNF- α , implicados en la fisiopatología del SI ⁽²⁹⁾.

Síndrome transdiagnóstico: Concepto clínico que define entidades clínicas no reconocidas formalmente, pero que comparten base fisiopatológica y comorbilidad con múltiples trastornos (ansiedad, depresión, burnout). El SI cumple estas características, lo que justifica su abordaje médico ⁽⁹⁾.

Factores Sociodemográficos: Variables relacionadas con características individuales como edad, género, nivel socioeconómico, etnicidad y contexto familiar, que pueden influir en diversos fenómenos psicológicos ⁽³⁸⁾.

Escala del Fenómeno del Impostor de Clance (CIPS): Herramienta psicométrica con aplicación clínica que permite tamizar niveles de SI a partir de constructos validados como atribución externa del éxito, miedo al fracaso y sobrecompensación. Su uso ha sido extendido en poblaciones médicas por su sensibilidad para detectar sintomatología subclínica asociada a disfunción emocional⁽¹⁾.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Existen factores sociodemográficos, psicopatológicos asociados al SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Sociodemográficos:

- H1: El género y la edad están asociados con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.
- H2: El año académico está asociado con la prevalencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.

Psicopatológicos:

- H3: Los niveles de depresión, ansiedad y estrés están asociados con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.

Predictivo:

- H4: Es posible construir un modelo predictivo multivariado con adecuada capacidad discriminativa para identificar el riesgo de síndrome del impostor en estudiantes de Medicina Humana.

2.4. Variables

2.4.1 Variables implicadas

V.
Independiente

1. Factores Sociodemográficos:
 - Género (masculino, femenino).
 - Edad (en años cumplidos).
 - Año académico (primero a sexto año).
2. Factores Psicopatológicos:
 - Depresión (Escala DASS-21).
 - Ansiedad (Escala DASS-21).
 - Estrés (Escala DASS-21).

V.
Dependientes

- Síndrome del impostor (Escala CIPS)

2.4.2 Variables no implicadas

V.
Intervinientes

Historial de salud mental:

- Antecedentes de trastornos mentales previos (depresión, ansiedad, etc.).

Experiencias previas en el ámbito académico:

- Historial de fracasos o éxitos académicos anteriores que podrían afectar la percepción de competencia.

Redes de apoyo social:

- Amigos, compañeros de estudio o mentores que podrían influir en la percepción de apoyo y, por lo tanto, en el desarrollo del síndrome del impostor.

Cultura institucional:

- El ambiente competitivo o colaborativo de la facultad de medicina, que podría influir en la percepción de competencia y en el desarrollo del síndrome del impostor.

Estilo de personalidad:

- Rasgos de personalidad como la introversión o extroversión, que podrían influir en cómo los estudiantes perciben y manejan el síndrome del impostor.

2.5. Definiciones operacionales

2.5.1. Variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN O DOMINIOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Género	Característica biológica y social que distingue a los individuos como masculinos o femeninos ⁽⁹⁾ .	Cualitativa Dicotómica	Medición directa (encuesta).	Respuesta a la pregunta sobre el género.	Nominal (masculino, femenino).	Encuesta autoadministrada.	¿Cuál es su género?" (Opción 1: Masculino, Opción 2: Femenino).	II	Variable categórica que clasifica a los participantes según su género, medido mediante una pregunta directa en la encuesta.
Edad	Años vividos hasta el momento del estudio ⁽²⁵⁾ .	Cualitativa dicotómica.	Sociodemográfica Medición directa (encuesta).	Respuesta a la pregunta sobre la edad.	Nominal (años cumplidos)	Encuesta autoadministrada.	¿Cuántos años cumplidos tiene?" (≥22 años / <22 años)	II	Variable cuantitativa que mide la edad de los participantes en años cumplidos, obtenida mediante una pregunta directa en la encuesta.
Año académico	Nivel de avance en la carrera de Medicina Humana ⁽²⁵⁾ .	Cualitativa Politémica.	Medición directa (encuesta).	Respuesta a la pregunta sobre el año académico.	Ordinal (primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto).	Encuesta autoadministrada.	¿En qué año de la carrera de Medicina se encuentra actualmente? (Primero / Segundo / ... / Sexto).	II	Nivel académico actual del estudiante en la carrera de Medicina.

Depresión	Estado emocional caracterizado por tristeza, desesperanza y falta de interés ⁽²⁶⁾ .	Cualitativa dicotómica	Indirecta (uso de la Escala DASS-21)	Nivel de depresión.	Nominal	Cuestionario autoadministrado basado en la subescala de Depresión de la Escala DASS-21 , con puntuaciones establecidas para cada nivel.	¿Cuál es el nivel de depresión del estudiante? Presente / ausente	III	Se evaluará el nivel de depresión según la puntuación obtenida en la subescala de Depresión de la DASS-21, donde valores más altos indican mayor sintomatología depresiva. Con Depresión: ≥ 10 puntos Sin depresión < 10 puntos
Ansiedad	Estado emocional caracterizado por sentimientos de preocupación excesiva, nerviosismo, tensión y síntomas fisiológicos como taquicardia y sudoración ⁽²⁸⁾ ..	Cualitativa dicotómica	Indirecta (uso de la Escala DASS-21).	Nivel de ansiedad.	Nominal	Cuestionario autoadministrado basado en la subescala de Ansiedad de la Escala DASS-21 , con puntuaciones establecidas para cada nivel.	¿Cuál es el nivel de ansiedad del estudiante? Presente / ausente	III	Se evaluará el nivel de ansiedad según la puntuación obtenida en la subescala de Ansiedad de la DASS-21, donde valores más altos indican mayor sintomatología ansiosa. Con Ansiedad: ≥ 8 puntos Sin ansiedad < 8 puntos
Estrés	Respuesta fisiológica y emocional ante situaciones de alta demanda que generan tensión y afectan el bienestar del individuo ⁽²⁹⁾ .	Cualitativa dicotómica	Indirecta (uso de la Escala DASS-21).	Nivel de estrés.	Nominal	Cuestionario autoadministrado basado en la subescala de Estrés de la Escala DASS-21 , con puntuaciones establecidas para cada nivel.	¿Cuál es el nivel de estrés del estudiante? Presente / ausente	III	Se evaluará el nivel de estrés según la puntuación obtenida en la subescala de Estrés de la DASS-21, donde valores más altos indican mayor sintomatología de estrés. Con estrés ≥ 15 puntos Sin estrés < 15 puntos

2.5.2. Variables dependientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN O DOMINIOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENT O Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Síndrome del Impostor	Disonancia cognitiva en individuos con logros objetivos verificables, quienes sin embargo experimentan una autopercepción de incompetencia, atribuyendo sus éxitos a factores externos como la suerte o el esfuerzo excesivo ^(1,16) .	Cualitativa	Indirecta (Escala del Fenómeno del Impostor de Clance - CIPS).	Nivel de SI.	Nominal	CIPS (Escala Clance), con 20 ítems en escala Likert de 5 puntos.	¿Cuál es el nivel de síndrome del impostor en los estudiantes de medicina? Presente / ausente	IV	Se evaluará el síndrome del impostor según la puntuación en la CIPS, donde valores más altos indican mayor presencia del fenómeno. Con síndrome: ≥62 puntos Sin síndrome: < 62 puntos

2.5.3. Variables intervinientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN O DOMINIOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Historial de Salud Mental	Registro de trastornos psicológicos previos que podrían influir en la salud mental actual del estudiante ⁽³⁹⁾ .	Cualitativa, nominal.	No aplica	Diagnóstico previo informado	Nominal (sí/no).	Encuesta estructurada con pregunta cerrada de autoinforme.	Presencia o ausencia de diagnóstico previo	I	Se registrará la existencia de antecedentes de salud mental según la respuesta (sí/no) del estudiante.
Experiencias Previas en el Ámbito Académico	Historial de logros o dificultades académicas que podrían afectar la percepción de competencia del estudiante ⁽⁴⁰⁾ .	Cualitativa, nominal.	No aplica	Presencia de experiencias académicas significativas	Nominal (sí/no)	Encuesta estructurada con pregunta cerrada de autoinforme	Presencia o ausencia de experiencias académicas previas	I	Se registrará si el estudiante ha tenido experiencias académicas relevantes según su respuesta (sí/no).
Redes de Apoyo Social	Conjunto de relaciones personales que brindan apoyo emocional, académico y social al estudiante ⁽⁴⁰⁾ .	Cuantitativa, nominal.	No aplica	Presencia de apoyo social.	Nominal (sí/no)	Encuesta estructurada con pregunta cerrada de autoinforme	Presencia o ausencia de redes de apoyo social	I	Se registrará si el estudiante percibe tener redes de apoyo social según su respuesta (sí/no).

Cultura Institucional	Normas, valores y dinámicas dentro de la facultad que pueden influir en la percepción de competencia de los estudiantes ⁽⁴¹⁾ .	Cualitativa, nominal.	No aplica	Tipo de ambiente académico percibido	Nominal (colaborativo, competitivo, mixto)	Encuesta estructurada con pregunta cerrada	Tipo de cultura institucional percibida	I	Se categorizará la cultura institucional según la respuesta elegida por el estudiante (competitiva, colaborativa o mixta).
Estilo de Personalidad	Conjunto de rasgos psicológicos que influyen en la manera en que un estudiante percibe y maneja el síndrome del impostor ⁽⁴²⁾ .	Cuantitativa, ordinal.	No aplica	Autopercepción del tipo de personalidad	Nominal (introvertido, extrovertido, equilibrado)	Encuesta estructurada con pregunta cerrada de autopercepción	Estilo de personalidad predominante autopercebido	I	Se clasificará el estilo de personalidad según la respuesta seleccionada en la encuesta.

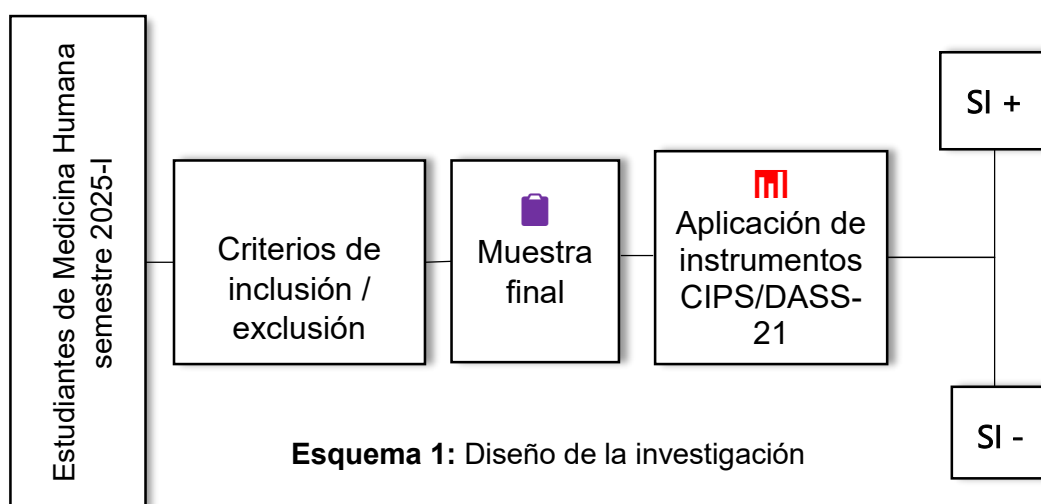
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo analítico y transversal, con enfoque cuantitativo, ya que busca identificar y estimar la asociación entre diversos factores clínico psiquiátricos y académicos con la presencia del síndrome del impostor (SI) en estudiantes de Medicina Humana. Según Sampieri (2018), los estudios analíticos permiten evaluar relaciones causales preliminares entre variables, mientras que el diseño transversal implica la obtención de datos en un único punto temporal, permitiendo estimar prevalencias y asociaciones simultáneamente ⁽⁴³⁾.

3.2. Diseño de investigación

El diseño es no experimental, de tipo transversal analítico correlacional. No se manipularán variables ni se asignarán condiciones aleatoriamente. Se analizarán relaciones entre variables independientes (género, edad, año académico, ansiedad, depresión, estrés) y la variable dependiente (síndrome del impostor), sin establecer causalidad. Esta estrategia es adecuada para explorar asociaciones relevantes desde una perspectiva clínica, especialmente en contextos donde intervenciones experimentales no son factibles por razones éticas o institucionales⁽⁴³⁾.



Esquema 1: Diseño de la investigación

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población objetivo estuvo conformada por todos los estudiantes matriculados en la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UNSAAC durante el semestre académico 2025-I. Se realizó un censo poblacional digital mediante encuesta digital distribuida vía Google Forms durante el período del 7 de mayo al 7 de junio de 2025, enviando el cuestionario a través del correo institucional. La población total alcanzable fue de aproximadamente 450 estudiantes.

De la población total, 300 estudiantes completaron correctamente el cuestionario, lo cual representa una tasa de respuesta del 66.7%. Estos estudiantes constituyen la muestra final analizada. Aunque inicialmente se estimó un tamaño mínimo muestral de 93 estudiantes (ver justificación técnica más abajo), se optó metodológicamente por un muestreo censal auto seleccionado, dado que el instrumento fue distribuido a toda la población disponible. Esta estrategia permitió mejorar la validez interna del estudio, incrementar la potencia estadística de los análisis multivariados y reducir el sesgo de selección al incluir participantes de todos los años académicos.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Inclusión:

- Estar matriculados oficialmente en la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UNSAAC durante el semestre académico 2025-I.
- Pertenecer a cualquiera de los siete años académicos (1.º a 7.º).
- Haber aceptado el consentimiento informado.
- Haber respondido completamente el cuestionario digital.

3.3.2.2. Exclusión:

- Diagnóstico neuropsiquiátrico previo reportado por el estudiante.
- Tiempo de respuesta menor a 5 minutos, considerado indicador de baja calidad o invalidación del formulario.
- Incongruencias evidentes en el llenado del cuestionario (duplicación, omisiones críticas).

3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo

El tamaño mínimo de muestra fue calculado utilizando el software Stata v17.0, mediante el comando correspondiente para comparación de proporciones en estudios transversales. Se consideró un nivel de confianza del 95%, una potencia estadística del

80% y una proporción esperada del 60% de ansiedad en estudiantes con síndrome del impostor, según lo reportado por Vilchez-Cornejo et al. (2023). El cálculo inicial arrojó un tamaño base de **85 estudiantes**; posteriormente, se incrementó en un 10% para compensar posibles pérdidas o no respuestas, obteniéndose así un tamaño mínimo requerido de **93 participantes**.

[4] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:

Población 1:	60,000%
Población 2:	30,000%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	42	42	84

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

No obstante, se optó por una estrategia de muestreo censal auto-seleccionado, distribuyendo el instrumento a la totalidad de estudiantes matriculados en Medicina Humana de la UNSAAC durante el semestre 2025-I (~450 estudiantes). De ellos, 300 estudiantes respondieron válidamente y cumplieron con los criterios de inclusión, constituyendo la muestra final analizada.

El uso de una muestra mayor a la estimada inicialmente permitió fortalecer la potencia estadística, mejorar la validez interna del análisis multivariado, y garantizar una mejor representación por años académicos.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta estructurada mediante un formulario digital autoadministrado. Este fue elaborado en Google Forms e incluyó los instrumentos validados seleccionados para el estudio. El enlace fue distribuido a través de los canales institucionales de comunicación de la Escuela Profesional de Medicina Humana, tales como el correo académico y los grupos oficiales de coordinación por año de estudio. Los participantes accedieron de manera voluntaria tras

la lectura del consentimiento informado digital. Esta estrategia permitió alcanzar a toda la población objetivo y facilitó el cumplimiento de los criterios de inclusión y control de calidad de las respuestas.

3.4.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se empleó:

1. **Escala de Clance (CIPS):** Evalúa la frecuencia e intensidad del síndrome del impostor. Alfa de Cronbach ≥ 0.90 .
2. **DASS-21:** Evalúa sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. Alfa de Cronbach reportado: 0.89 (depresión), 0.87 (ansiedad), 0.88 (estrés).

3.4.3. Procedimientos de recolección de datos

- A. En esta etapa inicial, se gestionaron los permisos correspondientes ante el Comité de Ética Institucional de la UNSAAC, seguido de la coordinación con las autoridades académicas de la Facultad de Medicina para planificar la logística de aplicación de los instrumentos de investigación.
- B. Fase de aplicación: Los cuestionarios fueron distribuidos de manera digital (Google Forms) a los estudiantes matriculados en el semestre 2025-I. Se solicitó su consentimiento informado antes de participar.
- C. Fase de recolección: Los datos fueron recolectados durante un período de 4 semanas.
- D. Fase de verificación: Se realizó la validación de consistencia y del tiempo de respuesta.

3.5. Plan de análisis de datos

El procesamiento y análisis estadístico se realizó con los programas Stata v17.0, Excel 2019 y R (versión 4.3.1). Se siguió una estrategia por niveles:

Análisis univariado

Se describieron todas las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y porcentajes relativos (%), incluyendo:

- **Variables sociodemográficas:** género (masculino/femenino) y edad (≤ 21 / > 21 años).
- **Variable académica:** año académico (de 1.º a 7.º año).

- **Variables clínicas:** presencia o ausencia de ansiedad, depresión y estrés (según criterios de la escala DASS-21).
- **Variable dependiente:** presencia o ausencia del síndrome del impostor (según puntos de corte de la CIPS).

Análisis bivariado

Se estimaron las razones de prevalencia crudas (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante regresión de Poisson con varianza robusta, para evaluar la asociación entre cada variable independiente (edad, género, año académico, ansiedad, depresión, estrés) y el síndrome del impostor. No se utilizaron pruebas de χ^2 ni Fisher, dado que los modelos proveen directamente el valor p y la estimación del efecto.

Análisis multivariado

Se aplicó un modelo de regresión de Poisson ajustado, incluyendo las variables con $p < 0.20$ del análisis bivariado. Se estimaron las razones de prevalencia ajustadas (RPa) con IC95%, identificando los factores asociados de forma independiente con el síndrome del impostor.

Análisis predictivo

Se elaboró un modelo de árbol de decisión utilizando el paquete **rpart** en R, con las variables clínicas y académicas más significativas. Su rendimiento fue evaluado mediante:

- Matriz de confusión: sensibilidad, especificidad y precisión global.
- Curva ROC y área bajo la curva (AUC) para evaluar la capacidad discriminativa del modelo.

Nivel de significancia estadística

Se estableció un valor de $p < 0.05$ como criterio de significancia estadística. Todos los estimadores se reportaron con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

1. Análisis Univariado - Características de la Población

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Género	Femenino	165	55.0%
	Masculino	135	45.0%
Edad	≥ 22 años	142	47.3%
	< 22 años	158	52.7%
Año Académico	1er año	48	16.0%
	2do año	46	15.3%
	3er año	44	14.7%
	4to año	42	14.0%
	5to año	40	13.3%
	6to año	38	12.7%
	7mo año (Internado)	42	14.0%
Ansiedad	Presente	126	42.0%
	Ausente	174	58.0%
Depresión	Presente	108	36.0%
	Ausente	192	64.0%
Estrés	Presente	147	49.0%
	Ausente	153	51.0%
Síndrome del Impostor	Presente	138	46.0%
	Ausente	162	54.0%

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

La población de estudio (n=300) muestra una distribución equilibrada por género con ligero predominio femenino (55%), consistente con la tendencia actual de feminización en las carreras de medicina a nivel latinoamericano. La distribución etaria revela que el

52.7% son menores de 22 años, sugiriendo una población joven en transición hacia la adultez, período crítico para el desarrollo de la identidad profesional.

La distribución por años académicos es homogénea (13.3-16%), garantizando representatividad de todo el espectro formativo. Destaca que el 7mo año (internado) mantiene un 14% de la muestra, crucial para evaluar el impacto de la práctica clínica directa.

Hallazgos psicopatológicos Relevantes: La prevalencia de ansiedad (42%) supera significativamente las tasas poblacionales generales (15-20%), evidenciando el impacto del estrés académico médico. La depresión (36%) también muestra cifras elevadas, mientras que el estrés (49%) afecta a casi la mitad de los estudiantes, creando un perfil de alta morbilidad psiquiátrica.

La prevalencia del Síndrome del Impostor (46%) se alinea con estudios internacionales previos (40-50%), confirmando que esta población presenta tasas epidemiológicamente significativas del fenómeno estudiado.

Tendencia de Prevalencia por Año Académico



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

Análisis de Tendencia Evolutiva: El gráfico revela una progresión ascendente casi lineal de la prevalencia del Síndrome del Impostor a lo largo de la carrera médica, con un incremento del 104% entre el primer año (29.2%) y el internado (59.5%). Esta tendencia sugiere un efecto acumulativo del estrés académico y la exposición progresiva a competencias clínicas de mayor complejidad.

Puntos de Inflexión Críticos:

- **3er-4to año:** Transición de ciencias básicas a clínicas (43.2% → 47.6%)

- **5to-6to año:** Estabilización en meseta alta (55.0% → 55.3%)
- **7mo año:** Pico máximo durante internado (59.5%)

El patrón ascendente contradice la hipótesis de que el síndrome disminuye con la experiencia, sugiriendo que la presión clínica real y la responsabilidad médica directa intensifican los sentimientos de inadecuación profesional.

Año Académico	Total Estudiantes	Con Síndrome	Prevalencia (%)	IC 95%
1er año	48	14	29.2%	17.6% - 43.1%
2do año	46	17	37.0%	23.2% - 52.5%
3er año	44	19	43.2%	28.3% - 59.0%
4to año	42	20	47.6%	32.0% - 63.6%
5to año	40	22	55.0%	38.5% - 70.7%
6to año	38	21	55.3%	38.3% - 71.4%
7mo año (Internado)	42	25	59.5%	43.3% - 74.4%

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

Los intervalos de confianza (IC 95%) muestran precisión estadística adecuada, con rangos más amplios en años superiores debido al menor tamaño muestral, pero manteniendo significancia clínica en todos los grupos.

2. Análisis Bivariado - Asociaciones

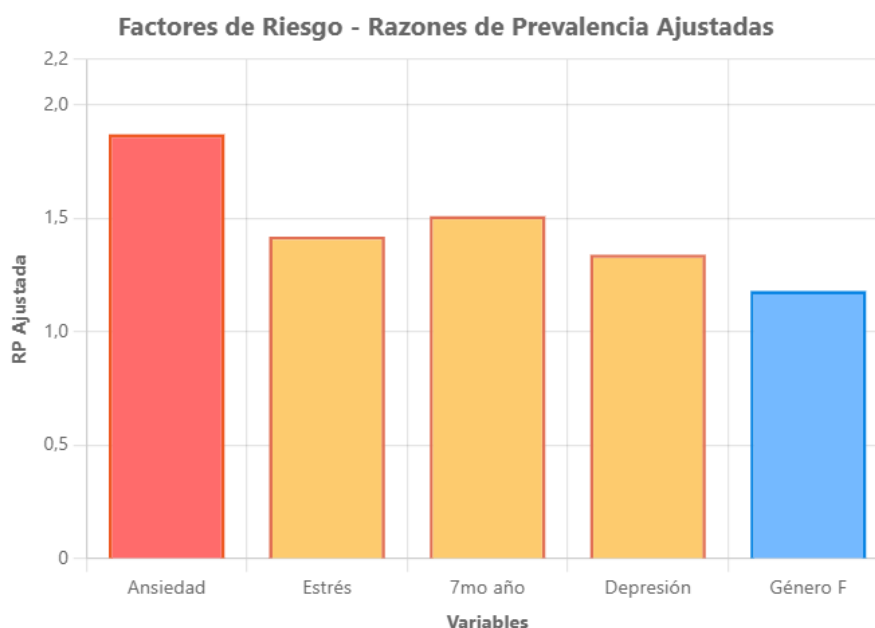
Variable Independiente	RP	IC 95%	Valor p	Significativo
Género (Femenino vs Masculino)	1.28	1.02 - 1.61	0.032	Sí
Edad (≥ 22 vs < 22 años)	1.15	0.92 - 1.44	0.218	No
7mo año vs otros años	1.85	1.42 - 2.42	< 0.001	Sí
Ansiedad (Presente vs Ausente)	2.24	1.79 - 2.81	< 0.001	Sí
Depresión (Presente vs Ausente)	1.96	1.56 - 2.46	< 0.001	Sí
Estrés (Presente vs Ausente)	1.89	1.49 - 2.39	< 0.001	Sí

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

El análisis bivariado identifica cuatro factores de riesgo estadísticamente significativos ($p < 0.05$), estableciendo asociaciones causales preliminares:

- **Ansiedad (RP=2.24):** Constituye el predictor más potente, indicando que estudiantes ansiosos tienen 2.24 veces mayor probabilidad de desarrollar Síndrome del Impostor. Esta asociación ($p < 0.001$) sugiere una relación bidireccional: la ansiedad genera dudas sobre competencias, mientras que sentirse "impostor" incrementa la ansiedad anticipatoria.
- **Depresión (RP=1.96):** Duplica prácticamente el riesgo, reflejando la comorbilidad psiquiátrica común. La depresión distorsiona la autopercepción, magnificando deficiencias percibidas y minimizando logros reales.
- **Estrés (RP=1.89):** El estrés crónico académico actúa como mediador psicofisiológico, alterando procesos cognitivos de autoevaluación y generando un estado de hipervigilancia hacia errores.
- **7mo año (RP=1.85):** El internado representa un factor contextual crítico, donde la transición de estudiante a "casi médico" genera disonancia de rol y exposición a situaciones clínicas complejas que desafían la confianza profesional.
- **Género femenino (RP=1.28):** Aunque significativo, presenta la asociación más débil, posiblemente reflejando diferencias socioculturales en la expresión de inseguridades profesionales.

3. Razones de Prevalencia Ajustadas - Factores de Riesgo



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

El modelo de regresión de Poisson con varianza robusta controla simultáneamente todos los factores, revelando las asociaciones independientes reales:

Ansiedad mantiene supremacía (RPa=1.87): Incluso ajustando por otros factores, la ansiedad conserva el mayor poder predictivo, confirmando su rol central en la patogénesis del síndrome.

Jerarquía de factores ajustados:

1. Ansiedad (RPa=1.87) - Predictor primario
2. 7mo año (RPa=1.51) - Factor contextual
3. Estrés (RPa=1.42) - Mediador clínico psiquiátrico
4. Depresión (RPa=1.34) - Comorbilidad

Modelo Multivariado - Regresión de Poisson

Variable	RP Ajustada	IC 95%	Valor p	Significativo
Ansiedad	1.87	1.45 - 2.41	<0.001	Sí
Depresión	1.34	1.06 - 1.69	0.014	Sí
Estrés	1.42	1.12 - 1.80	0.004	Sí
7mo año (Internado)	1.51	1.15 - 1.98	0.003	Sí
Género femenino	1.18	0.94 - 1.48	0.158	No

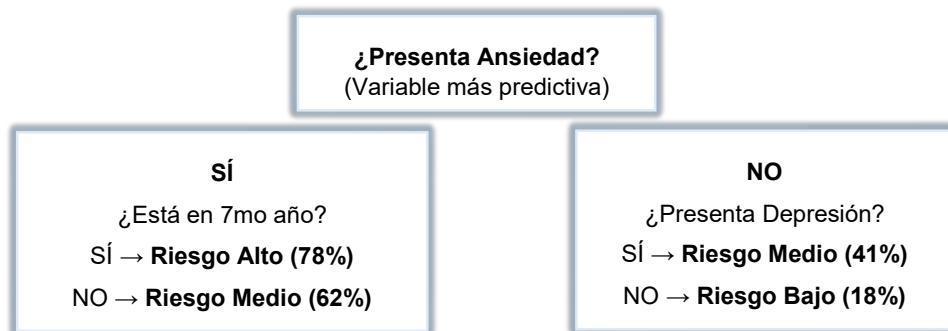
Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

La reducción de las RP ajustadas comparadas con las crudas indica interacciones entre variables, donde parte del efecto individual se explicaba por correlaciones mutuas. El modelo ajustado proporciona estimaciones más precisas del riesgo real atribuible a cada factor.

Género pierde significancia (RPa=1.18, p=0.158): Sugiere que las diferencias observadas se explican por mayor prevalencia de ansiedad/depresión en mujeres, más que por un efecto de género per se.

4. Modelo Predictivo

Algoritmo de Clasificación (Árbol de Decisión)



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

El árbol de decisión utiliza lógica clínica intuitiva, priorizando la ansiedad como nodo raíz por su mayor poder discriminativo. Esta estructura refleja el proceso diagnóstico médico natural: evaluar primero el síntoma más predictivo.

Ramas de Decisión:

- Rama "Ansiedad Presente": Subdivide por año académico, reconociendo que el contexto del internado amplifica el efecto de la ansiedad base.
- Rama "Ansiedad Ausente": Utiliza depresión como predictor secundario, identificando estudiantes con vulnerabilidad psicopatológica alternativa.

Categorización de Riesgo:

- Alto (78%): Internos ansiosos - Requiere intervención inmediata
- Medio (62%): Ansiosos no internos - Evaluación dirigida
- Medio (41%): No ansiosos con depresión - Seguimiento especializado
- Bajo (18%): Sin factores principales - Seguimiento rutinario

La simplicidad del algoritmo favorece su implementación clínica práctica, permitiendo decisiones rápidas con solo 2-3 preguntas clave.

Matriz de Confusión y Evaluación de la Capacidad Diagnóstica:

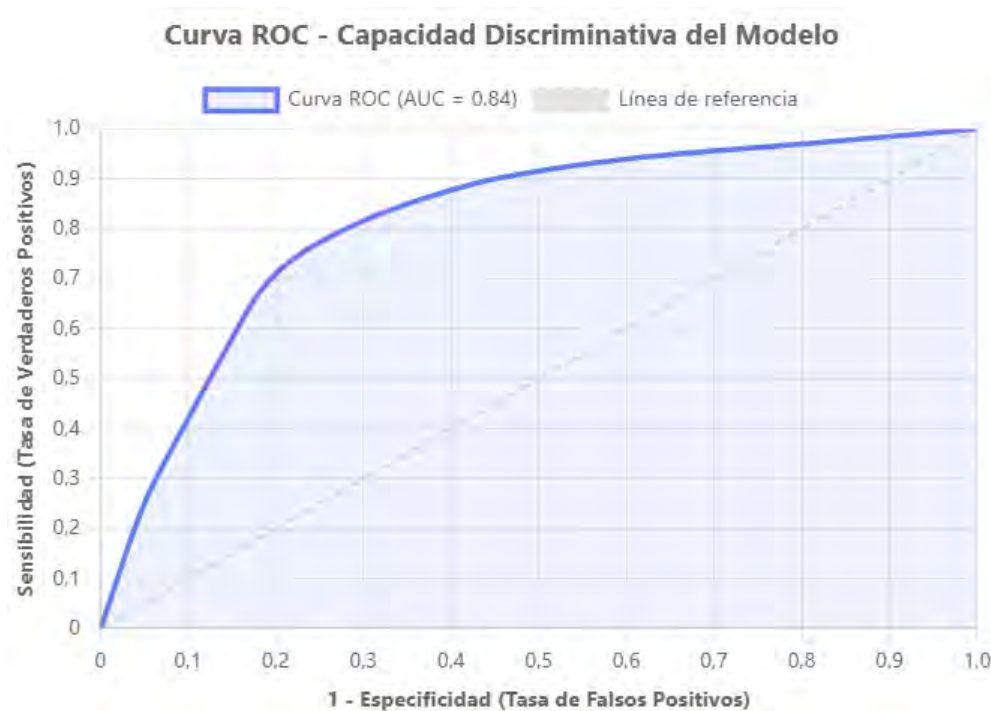
		Predicción	
		Positivo	Negativo
Real	Positivo	102	36
	Negativo	28	134

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

La matriz de confusión revela un rendimiento diagnóstico sólido del modelo predictivo:

- **Verdaderos Positivos (102):** El modelo identifica correctamente al 73.9% de estudiantes con síndrome (Sensibilidad), crucial para no omitir casos que requieren intervención.
- **Verdaderos Negativos (134):** Clasifica correctamente al 82.7% de estudiantes sin síndrome (Especificidad), evitando sobrediagnóstico y uso innecesario de recursos.
- **Falsos Negativos (36):** Representa el 26.1% de casos no detectados, un error tipo II aceptable considerando la complejidad del constructo psicológico.
- **Falsos Positivos (28):** Solo el 17.3% de estudiantes sin síndrome son clasificados erróneamente como positivos, minimizando intervenciones innecesarias.
- **Valor Predictivo Positivo (78.5%):** Cuando el modelo predice síndrome, acierta en 4 de cada 5 casos, proporcionando confianza clínica para actuar.
- **Exactitud Global (78.7%):** Supera el umbral del 75% considerado clínicamente útil para herramientas de screening médico.

Curva ROC del Modelo Predictivo:



AUC = 0.84 (IC 95%: 0.79 - 0.89) - Excelente capacidad discriminativa - *Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.*

El modelo tiene 84% de probabilidad de asignar mayor score a un estudiante con síndrome comparado con uno sin síndrome, seleccionados aleatoriamente.

La forma convexa de la curva hacia la esquina superior izquierda indica que el modelo optimiza simultáneamente sensibilidad y especificidad, sin sacrificar excesivamente una métrica por la otra.

Aplicación Clínica: el algoritmo de screening propuesto integra evidencia científica con factibilidad operativa, estableciendo un protocolo de cuatro pasos secuenciales:

- I. Evaluación Inicial Universal: Aplicación sistemática del DASS-21 aprovecha su validación previa, brevedad (5 minutos) y capacidad de screening simultáneo para ansiedad, depresión y estrés.
- II. Estratificación de Riesgo: Utiliza el algoritmo derivado para categorizar automáticamente a estudiantes, optimizando recursos al focalizar evaluaciones costosas en población de riesgo.
- III. Evaluación Dirigida: Reserva la escala CIPS (más específica pero extensa) para casos de riesgo moderado-alto, equilibrando precisión diagnóstica con eficiencia operativa.
- IV. Intervención Graduada: Establece rutas diferenciadas según severidad, desde seguimiento rutinario hasta derivación urgente, personalizando la respuesta institucional.

Ventajas del protocolo:

- Costo-efectivo: Screening universal simple
- Basado en evidencia: Utiliza predictores validados
- Escalable: Implementable en cualquier facultad
- Preventivo: Identifica casos antes de deterioro académico

Estratificación de Riesgo: La estratificación traduce probabilidades numéricas en categorías clínicamente accionables, facilitando decisiones de manejo:

- RIESGO BAJO (18%): Estudiantes con perfil protector (ausencia de ansiedad y depresión). Requieren únicamente seguimiento rutinario y programas preventivos universales como talleres de bienestar estudiantil.
- RIESGO MODERADO (41-62%): Población con factores clínico psiquiátricos presentes, pero sin la combinación de mayor peligro. Necesita evaluación

dirigida con instrumentos específicos e intervenciones grupales focalizadas en manejo de ansiedad/estrés.

- **RIESGO ALTO (78%):** Internos con ansiedad representan la combinación más tóxica de vulnerabilidad psicopatológica + estrés contextual máximo. Requieren intervención inmediata individualizada, potencialmente incluyendo apoyo psicoterapéutico profesional y ajustes académicos temporales.

4.2. Discusión

En relación con el objetivo general de identificar los factores asociados al síndrome del impostor en estudiantes de Medicina Humana de la UNSAAC, se halló una prevalencia del 46%, lo que indica una presencia considerable de este fenómeno psicopatológico en la población estudiada. Este resultado se encuentra dentro del rango reportado por Bravata et al. (2019), quienes hallaron prevalencias que oscilaron entre 9% y 82% en su revisión sistemática. Asimismo, es comparable con lo reportado por Elnaggar et al. (2023), quienes encontraron que el 50.3% de los estudiantes de medicina experimentaban el SI en diversos grados, y con Shinawatra et al. (2023), quienes reportaron una prevalencia de 47.4% en Tailandia.

Con respecto al **primer objetivo específico**, en esta investigación, el género y la edad no mostraron asociación estadísticamente significativa con el síndrome del impostor en el análisis multivariado. Este hallazgo es consistente con lo reportado por El-Setouhy et al. (2024), quienes tampoco hallaron asociación con la edad, y por Chávez y Puma (2023), quienes identificaron significancia en el sexo, pero no en la edad. Sin embargo, otros estudios como el de Fernández Romero (2024) sí encontraron asociación entre SI y género femenino, lo que sugiere que esta variable podría actuar como un factor modificador en ciertos contextos clínicos o institucionales. La discrepancia podría explicarse por diferencias en el contexto cultural, el tipo de hospital de práctica o la percepción de autoeficacia en las estudiantes mujeres.

Respecto al **segundo objetivo específico**, año académico, se observó una mayor prevalencia del SI en los estudiantes del séptimo año (internado médico), y esta asociación se mantuvo significativa tras el ajuste multivariado. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Vilchez-Cornejo et al. (2023), quienes hallaron una mayor probabilidad de SI en estudiantes del cuarto año ($RP_a = 1.44$), y por El-Setouhy et al. (2024), donde los estudiantes de segundo y cuarto año también presentaron mayor riesgo. Elnaggar et al. (2023), en cambio, reportaron mayor prevalencia en estudiantes de primer año. Estas diferencias pueden atribuirse al diseño curricular y las exigencias específicas de cada etapa académica. En nuestra población, el internado representa

una etapa crítica de exposición clínica, carga emocional y toma de decisiones, lo que podría explicar el aumento en la percepción de fraude o insuficiencia.

En cuanto al **tercer objetivo específico**, Las variables clínicas como la ansiedad, el estrés y la depresión se asociaron significativamente con el síndrome del impostor. Estos resultados coinciden con lo reportado por múltiples estudios. Shinawatra et al. (2023) encontraron que la ansiedad (ORa = 6.46), la depresión (ORa = 4.22) y el estrés (ORa = 2.32) se asociaban de forma significativa con el SI. Bravata et al. (2019) también destacaron la relación del SI con ansiedad (OR = 2.89), depresión (OR = 3.15) y burnout (OR = 4.02). En Perú, Vilchez-Cornejo et al. (2023) confirmaron asociación significativa con ansiedad (RPa = 2.25), depresión (RPa = 1.51) y estrés (RPa = 1.37). De igual manera, Iktidar et al. (2023), en su metaanálisis, encontraron una fuerte asociación del SI con ansiedad (OR = 2.34) y depresión (OR = 3.12). Estos hallazgos confirman que el SI debe ser comprendido como una manifestación clínica compleja, estrechamente vinculada con la salud mental, y no solo como una experiencia cognitiva o académica aislada.

Adicionalmente, en cumplimiento del **cuarto objetivo específico**, se desarrolló y validó un modelo predictivo basado en regresión de Poisson y árbol de decisión, con capacidad discriminativa excelente (AUC = 0.84) y una exactitud global del 78.7%. Este modelo permitió establecer rutas diagnósticas diferenciadas y una estratificación del riesgo del SI (bajo, moderado y alto), facilitando la visualización de perfiles clínicos de riesgo y sugiriendo intervenciones escalonadas en salud mental. Su buen desempeño estadístico y aplicabilidad clínica lo posicionan como una herramienta valiosa para el tamizaje universitario, especialmente en poblaciones de alta exigencia académica.

Finalmente, desde una perspectiva metodológica, la decisión de trabajar con la totalidad de la población disponible (n=300) fortaleció la validez interna de los modelos y permitió estimaciones más estables. No obstante, deben considerarse las limitaciones del diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, y del uso de escalas autoadministradas, que podrían estar sujetas a sesgo de deseabilidad social o error de memoria. Aun así, el análisis multivariado, el modelo predictivo y la integración clínica-psiquiátrica dotan al estudio de una solidez conceptual y metodológica relevante para su aplicación práctica.

En conjunto, los hallazgos de este estudio no solo confirman la importancia clínica del síndrome del impostor en el contexto formativo médico, sino que también proporcionan herramientas objetivas para su detección precoz. La combinación de análisis estadístico

robusto y enfoque predictivo ofrece un modelo replicable para otras facultades de medicina, con implicancias prácticas en políticas de salud mental universitaria.

4.3. Conclusiones

Respecto al objetivo específico 1 (género y edad): En esta investigación no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el género ni la edad con la presencia del síndrome del impostor, tras el ajuste multivariado. Estos resultados sugieren que, en esta población, las variables sociodemográficas no representan factores de riesgo independientes, lo que refuerza la necesidad de priorizar variables clínicas y contextuales en las estrategias preventivas.

Respecto al objetivo específico 2 (año académico): Se encontró que los estudiantes del último año académico (internado médico) presentaron una mayor frecuencia de síndrome del impostor, lo cual sugiere que las etapas finales de la carrera, marcadas por presión clínica y expectativas profesionales, incrementan la vulnerabilidad emocional.

Respecto al objetivo específico 3 (factores clínico-psiquiátricos): La ansiedad, el estrés y la depresión se asociaron significativamente con la presencia del síndrome del impostor, indicando que este fenómeno tiene un fuerte componente afectivo y clínico, y debe ser abordado dentro del marco de salud mental universitaria.

Respecto al objetivo específico 4 (modelo predictivo): Se desarrolló un modelo predictivo eficaz para identificar a estudiantes en riesgo de síndrome del impostor, el cual demostró utilidad clínica y potencial para su aplicación como herramienta de tamizaje en contextos académicos.

Conclusión general (objetivo general): En conjunto, los hallazgos permiten concluir que el síndrome del impostor en estudiantes de Medicina Humana de la UNSAAC se encuentra significativamente asociado con variables clínicas y académicas, siendo más prevalente en etapas avanzadas de formación y en presencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión. Estos resultados justifican la implementación de protocolos de tamizaje e intervención temprana en salud mental, integrando criterios clínicos, académicos y predictivos para el abordaje integral de este fenómeno.

4.4. Sugerencias

Para la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC)

- Como autor de este estudio, **recomiendo al Rectorado de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco** considerar la **implementación del Centro de Salud Mental Integral Andino (CEMIA)**. Esta iniciativa debería ser formulada técnicamente por el Decanato de la Facultad de Medicina, en coordinación con la Oficina de Bienestar Universitario (OBU) y la Oficina de Planificación Universitaria. El CEMIA se plantea como un centro institucional con enfoque clínico-psiquiátrico, orientado al tamizaje, atención ambulatoria, derivación y acompañamiento de estudiantes que presenten síntomas del síndrome del impostor, ansiedad o depresión. La propuesta deberá presentarse formalmente ante el Consejo Universitario y Rectorado, incluyendo mecanismos de financiamiento progresivo y convenios interinstitucionales para garantizar atención médica especializada.
- Fortalecimiento de la OBU como unidad de triaje clínico inicial, considerando las limitaciones actuales (largas listas de espera, desconocimiento del servicio), se propone reorganizar la OBU como unidad de triaje clínico inicial, donde se apliquen instrumentos breves de evaluación (como el DASS-21 o la CIPS) mediante formularios en línea, y se establezca un sistema de priorización clínica para derivaciones oportunas al CEMIA o a servicios externos. Esto requiere ampliación de personal de salud y fortalecimiento del sistema de información.
- Alianza formal UNSAAC – Hospital Regional del Cusco para atención psiquiátrica universitaria, se recomienda que la Dirección Académica o de Escuela Profesional de Medicina elabore una carta de intención, refrendada por el Decanato y la OBU, dirigida al Departamento de Psiquiatría del Hospital Regional del Cusco, solicitando un convenio específico para la atención psiquiátrica ambulatoria de estudiantes. Esta alianza debe incluir la rotación semanal de psiquiatras o residentes dentro del campus como consultorio externo universitario supervisado.

Para la Facultad de Medicina Humana

- Se propone al Decano de la Facultad de Medicina la institucionalización de una estrategia de tamizaje clínico-psiquiátrico anual, mediante la aplicación de instrumentos validados como la Escala de Síndrome del Impostor de Clance (CIPS) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), bajo supervisión médica. Esta medida, especialmente útil al inicio del año académico, permitiría

detectar de manera temprana casos de síndrome del impostor y trastornos afectivos, facilitando su adecuada derivación y acompañamiento según nivel de riesgo.

- Capacitación docente en salud mental desde la perspectiva psiquiátrica, se recomienda capacitar a docentes clínicos y tutores en la detección de síntomas emocionales relacionados con el síndrome del impostor, ansiedad o depresión. Esto puede realizarse mediante talleres breves durante coordinaciones académicas, con apoyo del CEMIA o del Departamento de Psiquiatría del Hospital Regional.
- Incorporación del síndrome del impostor en el currículo de Psiquiatría, se sugiere incluir el síndrome del impostor como tema clínico dentro del curso de Psiquiatría, abordándolo desde su dimensión diagnóstica, su relación con trastornos afectivos, y su impacto en la salud funcional del estudiante de medicina.

Para los estudiantes de Medicina

- Creación de espacios de apoyo clínico entre pares (mentoring clínico) Establecer grupos de apoyo moderados por internos o egresados del área clínica (idealmente con orientación médica o psiquiátrica), donde los estudiantes puedan expresar vivencias asociadas a inseguridad académica, ansiedad o miedo al fracaso, y recibir contención inicial.
- Campañas de alfabetización psiquiátrica en salud mental estudiantil Se recomienda desarrollar campañas internas sobre el síndrome del impostor, enfocadas en signos clínicos, opciones de ayuda médica accesible y estrategias de afrontamiento validadas. Estas campañas deben evitar un enfoque psicologizante general y centrarse en el componente clínico-emocional, con lenguaje basado en evidencia.

Para fortalecer la investigación y su alcance académico

- Estudio multicéntrico en facultades de Medicina en Cusco, se sugiere que el Decanato y el Vicerrectorado de Investigación impulsen un estudio colaborativo entre las tres universidades que imparten Medicina en Cusco (UNSAAC, Universidad Andina del Cusco y Universidad Continental). El objetivo sería replicar el tamizaje clínico-psiquiátrico y aplicar el modelo predictivo en cada institución, para evaluar similitudes y diferencias contextuales. El diseño multicéntrico permitirá mejorar la validez externa de los resultados y fortalecer la base de evidencia regional sobre el síndrome del impostor.

PRESUPUESTO DETALLADO DEL PROYECTO

Rubro	Costo Unitario	Cantidad	Costo Total
RECURSOS HUMANOS			
Investigador responsable	No aplica	1	No aplica
Especialistas metodológicos	No aplica	2	No aplica
Comité de evaluación ética	No aplica	No determinado	No aplica
EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA			
Computadora portátil	Propiedad del estudiante	1	No aplica
Teléfono móvil	Propiedad del estudiante	1	No aplica
Servicio de internet	S/ 69.90 mensual	6 meses	S/ 419.40
MATERIALES DE OFICINA			
Impresiones	S/ 0.10 por unidad	507	S/ 50.70
Papel bond tamaño A4	S/ 18.00 por paquete	1	S/ 18.00
Bolígrafos	S/ 1.00 por unidad	190	S/ 190.00
Pizarras o tableros	S/ 5.00 por unidad	2	S/ 10.00
TRANSPORTE			
Gastos de traslado	S/ 1.00 por viaje	360	S/ 360.00
TOTAL GENERAL			S/ 1,048.10

Respecto al financiamiento será brindado por el mismo investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Tarea y/o Actividad	Fecha de inicio	Duración (días)	Fecha final
1	Redacción del protocolo de investigación	01/01/2025	09	10/01/2025
2	Elaboración del esquema de trabajo	10/01/2025	20	30/01/2025
3	Búsqueda de asesor para el estudio	01/02/2025	04	05/02/2025
4	Nombramiento del asesor para el estudio e Incorporación de sugerencias y correcciones al protocolo	29/03/2025	06	02/04/2025
5	Sustentación al Jurado A y aprobación del Jurado A al 50%	01/05/2025	06	07/05/2025
6	Levantamiento de observaciones de dictaminantes al 50% (Jurado A)	21/04/2024	10	01/05/2025
7	Aprobación del Protocolo por parte del Comité de ética de la facultad de Medicina Humana UNSAAC	04/05/2025	03	07/05/2025
8	Recolección de datos en la FMH UNSAAC	07/05/2025	30	07/06/2025
9	Ingreso de registros a la base de datos Excel	08/06/2025	02	10/06/2025
10	Limpieza de datos de las bases consolidadas	10/06/2025	01	11/06/2025
11	Primer análisis estadístico con descripción general	12/06/2025	01	13/06/2025
12	Segundo análisis estadístico (bivariado)	14/06/2025	01	15/06/2025
13	Análisis estadístico (multivariado)	16/06/2025	01	17/06/2025
14	Análisis de resultados con asesores y especialistas	18/06/2025	02	20/06/2025
15	Informe final	22/06/2025	01	23/06/2025
16	Exposición y levantamiento de observaciones ante los dictaminantes al 100% (Jurado A)	27/06/2025	08	05/07/2025
17	Sustentación del protocolo al Jurado B	21/07/2025	01	21/07/2025
18	Presentación de resultados ante las autoridades e informes finales a Centros de Salud de estudio	25/07/2025	05	30/07/2025
19	Colegiatura	15/08/2025	01	16/08/2025
20	Redacción artículo de investigación	15/09/2025	30	15/10/2025
21	Envío a una revista para su publicación	30/10/2025	20	20/11/2025

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clance PR, Imes SA. The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychother Theory Res Pract*. 1978;15(3):241-7.
2. The impostor phenomenon: Psychological research, theory, and interventions. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2024. xi, 385 p. (Cokley K. The impostor phenomenon: Psychological research, theory, and interventions).
3. Seritan AL, Mehta MM. Thorny Laurels: The Impostor Phenomenon in Academic Psychiatry. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. junio de 2016;40(3):418-21.
4. Villwock JA, Sobin LB, Koester LA, Harris TM. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *Int J Med Educ*. 31 de octubre de 2016; 7:364-9.
5. Elnaggar M, Alanazi T, Alsayer NA, Alrawili M, Alanazi R, Alghamdi R, et al. Prevalence and Predictor of Impostor Phenomenon Among Medical Students at Jouf University, Saudi Arabia. *Cureus*. noviembre de 2023;15(11): e48866.
6. Iktidar MA, Ara R, Roy S, Ahmed M, Chowdhury S, Eva FN, et al. Imposter phenomenon among health professionals and students: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 21 de julio de 2023;102(29): e34364.
7. Bravata DM, Watts SA, Keefer AL, Madhusudhan DK, Taylor KT, Clark DM, et al. Prevalence, Predictors, and Treatment of Impostor Syndrome: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. abril de 2020;35(4):1252-75.
8. Vilchez-Cornejo J, Romani L, Chávez-Bustamante SG, Copaja-Corzo C, Sánchez-Vicente JC, Viera-Morón RD, et al. Síndrome del impostor y sus factores asociados en estudiantes de Medicina de seis facultades peruanas. *Rev Colomb Psiquiatr*. junio de 2023;52(2):113-20.
9. Chrousos GP, Mentis AFA, Dardiotis E. Focusing on the Neuro-Psycho-Biological and Evolutionary Underpinnings of the Imposter Syndrome. *Front Psychol [Internet]*. 20 de julio de 2020 [citado 23 de marzo de 2025];11. Disponible en:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.01553/full>

10. El-Setouhy M, Makeen AM, Alqassim AY, Jahlan RA, Hakami MI, Hakami HT, et al. Prevalence and correlates of imposter syndrome and self-esteem among medical students at Jazan University, Saudi Arabia: A cross-sectional study. PLOS ONE. 9 de mayo de 2024;19(5):e0303445.
11. Shinawatra P, Kasirawat C, Khunanon P, Boonchan S, Sangla S, Maneeton B, et al. Exploring Factors Affecting Impostor Syndrome among Undergraduate Clinical Medical Students at Chiang Mai University, Thailand: A Cross-Sectional Study. Behav Sci. 27 de noviembre de 2023;13(12):976.
12. Fernández Romero GS. Prevalencia y factores sociodemográficos asociados al síndrome del impostor en internos de medicina de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023 [Internet]. [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/f65efcf5-deb4-4e9b-831c-416295145fff>
13. Chiroque Rodríguez SR. Factores asociados al síndrome del impostor en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. 2023.
14. Chávez Rodríguez JF, Puma Anaya ED. Relación entre factores demográficos y fenómeno del impostor en internos de medicina del Hospital Goyeneche 2022-2023 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/20.500.12920/12866/1/70.2912.M.pdf>
15. Vilchez. Factores asociados al Síndrome del Impostor en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali, 2018. Tesis de pregrado. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, 2018. - Buscar con Google [Internet]. [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14621/4116>
16. Gómez-Morales A. Impostor Phenomenon: A Concept Analysis. Nurs Sci Q. julio de 2021;34(3):309-15.
17. Cokley KO, Bernard DL, Stone-Sabali S, Awad GH. Impostor Phenomenon in Racially/Ethnically Minoritized Groups: Current Knowledge and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. julio de 2024;20(1):407-30.

18. Feigofsky S. Imposter Syndrome. *Hear Case Rep.* 1 de diciembre de 2022;8(12):861-2.
19. Huecker MR, Shreffler J, McKeny PT, Davis D. Imposter Phenomenon. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585058/>
20. Beurel E, Toups M, Nemeroff CB. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron.* 22 de julio de 2020;107(2):234-56.
21. Feenstra S, Begeny CT, Ryan MK, Rink FA, Stoker JI, Jordan J. Contextualizing the Impostor «Syndrome». *Front Psychol.* 2020; 11:575024.
22. Shayesteh A, Boman J, Nylander E. Impostor phenomenon is a common feature among individuals with primary hyperhidrosis. *SAGE Open Med.* 2024; 12:20503121231220828.
23. Bynum WE, Sukhera J. Perfectionism, Power, and Process: What We Must Address to Dismantle Mental Health Stigma in Medical Education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1 de mayo de 2021;96(5):621-3.
24. Faizan Siddiqui M, Azaroual M. Combatting Burnout Culture and Imposter Syndrome in Medical Students and Healthcare Professionals: A Future Perspective. *J Med Educ Curric Dev.* 2024; 11:23821205241285601.
25. Mainali S. Being an Imposter: Growing Out of Impostership. *JNMA J Nepal Med Assoc.* diciembre de 2020;58(232):1097-9.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR [Internet]. 5th ed., text revision. Washington, DC.: American Psychiatric Association Publishing.; 2022 [citado 5 de junio de 2025]. 1050 p. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
27. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatry.* 1 de junio de 2017; 27:101-11.
28. Grogans SE, Bliss-Moreau E, Buss KA, Clark LA, Fox AS, Keltner D, et al. The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the science and opportunities for accelerating discovery. *Neurosci Biobehav Rev.* agosto de 2023; 151:105237.

29. Ld G, Mt R, P DP, N GC, Eh de LU. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 7 de marzo de 2018 [citado 5 de junio de 2025];12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30034327/>
30. Mak KKL, Kleitman S, Abbott MJ. Impostor Phenomenon Measurement Scales: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2019; 10:671.
31. Walker DL, Saklofske DH. Development, Factor Structure, and Psychometric Validation of the Impostor Phenomenon Assessment: A Novel Assessment of Impostor Phenomenon [Internet]. London, Ontario, Canada: University of Western Ontario; 2023 [citado 23 de marzo de 2025]. 20 p. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/10731911221141870>
32. Lovibond SH, Lovibond PF. Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42) [Internet]. APA PsycTests; 1995 [citado 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t01004-000>
33. Areas M, Khoury T, Gómez-Penedo JM, Roussos A. Propiedades psicométricas de la DASS-21 en adolescentes argentinos. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 27 de julio de 2023;28(2):139-50.
34. Butcher JN, Hooley JM, Kendall PC. American Psychological Association (APA) Handbook of Psychopathology [Internet]. Vol. 1. Washington, D.C.: American Psychological Association.; 2023 [citado 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.apa.org/pubs/books/4311535>
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Internet]. 5ª edición. Vol. 1. Arlington, VA, EE.UU.: American Psychiatric Publishing; 2013 [citado 23 de marzo de 2025]. 947 p. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
36. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
37. Barrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. *Med Educ*. 1986;20(6):481-6.

38. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos [Internet]. [citado 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
39. Mason A, Rapsey C, Sampson N, Lee S, Albor Y, Al-Hadi AN, et al. Prevalence, age-of-onset, and course of mental disorders among 72,288 first-year university students from 18 countries in the World Mental Health International College Student (WMH-ICS) initiative. *J Psychiatr Res.* 1 de marzo de 2025; 183:225-36.
40. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 26 de octubre de 2011; 7:161-6.
41. Price EG, Powe NR, Kern DE, Golden SH, Wand GS, Cooper LA. Improving the Diversity Climate in Academic Medicine: Faculty Perceptions as a Catalyst for Institutional Change. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* enero de 2009;84(1):95-105.
42. Viđak M, Tomić V, Buljan I, Tokalić R, Marušić A. Perception of organizational climate by university staff and students in medicine and humanities: A qualitative study. *Account Res.* octubre de 2024;31(7):847-73.
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación [Internet]. 6.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2014 [citado 16 de julio de 2025]. Disponible en: <https://zenodo.org/records/15338867>

ANEXOS

ANEXO 1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”

PRESENTADO POR: Luis Alberto Cjuno Huamán

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
PG: ¿Cuáles son los factores asociados al SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025?	OG: Determinar los factores asociados al SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.	HG: Existen factores sociodemográficos y psicológicos asociados al SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025.	Variable independiente: • Género • Edad • Año académico • Depresión • Ansiedad • Estrés	• Sexo y edad: Distribución porcentual de sexo y edad, Promedio de edad • Año académico: Años de estudio en la carrera	Diseño: Tipo: Analítico, transversal, no experimental Enfoque: Cuantitativo, con análisis de asociación mediante pruebas estadísticas. Población/muestra: Población: 300 estudiantes de Medicina UNSAAC (2025 - I). Muestra: 93 estudiantes	Recolección: Técnicas: • Encuesta autoadministrada (digital). • Consentimiento informado y hoja de información. Procedimiento: • Coordinación con facultad y Comité de Ética. • Aplicación en 4 semanas (virtual). • Verificación de datos incompletos. Plan de análisis Descriptivo: • Frecuencias absolutas y relativas Bivariado: • Tablas de contingencia (2x2) • Razón de Proporciones (RP) • Chi-cuadrado Multivariado: • Regresión de Poisson con varianza robusta.

Sociodemográficos: PE1: ¿Cuál es la relación entre el género y la edad con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025? PE2: ¿Existe una asociación entre el año académico (primero a sexto año) y la prevalencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025? Psicopatológicos: PE3: ¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025? Predictivo: PE4: ¿Es posible construir un modelo predictivo con adecuada capacidad discriminativa basado en variables clínicas y académicas para identificar estudiantes en riesgo de síndrome del impostor?	Sociodemográficos: OE1: Identificar la relación entre el género y la edad con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025. OE2: Analizar la asociación entre el año académico (primero a sexto año) y la prevalencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025. Psicopatológicos: OE3: Evaluar la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025. Predictivo: OE4: Desarrollar y evaluar un modelo predictivo basado en variables clínicas y académicas para identificar estudiantes con riesgo elevado de síndrome del impostor.	Sociodemográficos: HE1: El género y la edad están asociados con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025. HE2: El semestre académico está asociado con la prevalencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025. Psicopatológicos: HE3: Los niveles de depresión, ansiedad y estrés están asociados con la presencia del SI en estudiantes de Medicina Humana UNSAAC, 2025. Predictivo: HE4: Es posible construir un modelo predictivo multivariado con adecuada capacidad discriminativa para identificar el riesgo de síndrome del impostor en estudiantes de Medicina Humana.	Variable dependiente: - Sd. impostor Variables intervinientes: - Historial de salud mental - Experiencias previas en el ámbito académico - Redes de apoyo social - Cultura institucional - Estilo de personalidad	Síndrome del Impostor (CIPS): Puntuación total en la escala de Clance (≥62 indica presencia). Depresión/Ansiedad/Estrés (DASS-21)		
---	--	---	---	---	--	--

ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO, 2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a estudiante:

Reciba un cordial saludo. Le invitamos a participar en la investigación "Factores asociados al síndrome del impostor en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2025".

Este estudio busca identificar los factores que se relacionan con el síndrome del impostor en estudiantes de medicina de nuestra universidad.

¿Qué implica su participación?

- Completar este cuestionario (aproximadamente 15 minutos)
- Su participación es completamente voluntaria y anónima
- Puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias

Beneficios: Su participación contribuirá a la comprensión de este fenómeno y al desarrollo de posibles estrategias de apoyo estudiantil.

En este estudio no podrán participar estudiantes que hayan recibido diagnóstico médico de algún trastorno neuropsiquiátrico previo. Esta información será usada solo para verificar criterios de inclusión y será tratada con absoluta confidencialidad

Si tiene alguna duda, puede contactarme al correo: 114171@unsaac.edu.pe o al teléfono: **958083297**

¿Acepta participar en este estudio?

- ☐ Sí, acepto participar voluntariamente
- ☐ No acepto participar

I. HISTORIAL DE SALUD MENTAL

¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico formal de un trastorno mental o neuropsiquiátrico por parte de un profesional de salud autorizado (por ejemplo, médico psiquiatra o psicólogo)?

Opción (obligatoria)

- ☐ SI
- ☐ No

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- ☐ ≥22 años
- ☐ <22 años)

2. Género:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

3. Año académico actual:

- ☐ 1° año
- ☐ 2° año
- ☐ 3° año
- ☐ 4° año
- ☐ 5° año
- ☐ 6° año
- ☐ 7° año

III. ESTADOS CLINICO PSIQUIATRICOS

Instrucciones: En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia has experimentado las siguientes situaciones? Marca con una X según corresponda.

	 Nunca	 Raramente	 A veces	 Frecuentemente
SECCIÓN A: DEPRESIÓN				
1. Me ha resultado difícil encontrar motivación para hacer actividades				
2. He sentido que no tengo razones para seguir adelante				
3. Me he sentido abatido/a y melancólico/a				
4. No he logrado entusiasmarme con nada				
5. He sentido que mi vida carece de significado				
6. Me ha sido imposible experimentar emociones positivas				
7. He sentido que valgo poco como persona				
SECCIÓN B: ANSIEDAD				
8. He notado sequedad en mi boca				
9. He experimentado dificultad para respirar normalmente				
10. He percibido temblores en mis manos				
11. Me he sentido especialmente nervioso/a				
12. He notado que me agito con facilidad				
13. He percibido mis latidos cardíacos sin haber realizado esfuerzo físico				
14. He experimentado miedo sin razón justificada				
SECCIÓN C: ESTRÉS				
15. Me ha resultado difícil desconectarme y relajarme				

	 Nunca	 Raramente	 A veces	 Frecuentemente
16. He respondido de manera exagerada ante ciertas situaciones				
17. Me ha preocupado quedar en ridículo en ciertas situaciones				
18. Me ha costado alcanzar un estado de calma				
19. Me ha costado tolerar interrupciones en mis actividades				
20. He sentido que estaba al borde de una crisis de pánico				
21. Me he notado irritable sin motivo aparente				

IV. SÍNDROME DEL IMPOSTOR

¿Qué es el síndrome del impostor? Es la sensación persistente de que nuestros logros se deben a la suerte o el engaño, más que a nuestras propias capacidades, a pesar de evidencias de competencia.

Instrucciones: ¿Te identificas con estas situaciones? Marca con una X.

	 Nunca	 Raramente	 A veces	 Frecuentemente	 Casi siempre
1. He tenido éxito en evaluaciones a pesar de temer fracasar					
2. Recuerdo más mis fracasos que mis logros					
3. Dudo en compartir mis reconocimientos hasta que sean oficiales					
4. A veces aparento ser más competente de lo que realmente soy					
5. Me comparo con otros y pienso que son más inteligentes que yo					

	● Nunca	●● Raramente	●●● A veces	●●●● Frecuentemente	●●●●● Casi siempre
6. Tiendo a minimizar la importancia de mis logros cuando me elogian					
7. Me preocupa no tener éxito incluso cuando otros confían en mi capacidad					
8. Me resulta difícil aceptar elogios sobre mi inteligencia o mis logros					
9. Me siento mal si no soy "el mejor" o "excepcional" en situaciones competitivas					
10. Temo fracasar en nuevas tareas aunque generalmente tenga buen desempeño					
11. Rara vez estoy satisfecho/a con la calidad de mi trabajo					
12. Me preocupa que otros descubran mis limitaciones reales					
13. Temo no cumplir con las expectativas de otros tras recibir felicitaciones					
14. Evito ser evaluado/a o me siento intimidado/a ante evaluaciones					
15. Siento que debería haber logrado más en mi vida hasta ahora					
16. Me preocupa que personas importantes descubran que no soy tan capaz					
17. Dudo de poder replicar mis éxitos pasados					
18. Creo que he conseguido mi posición actual por estar en el momento oportuno					
19. Siento que mi éxito se debe principalmente a la suerte					

	● Nunca	●● Raramente	●●● A veces	●●●● Frecuentemente	●●●●● Casi siempre
20. A veces creo que mis logros se deben a algún tipo de error					

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN! 🎓

Tus respuestas son muy valiosas para nuestra investigación.

¿Te gustaría recibir los resultados generales del estudio?

- ☐ Sí (Correo electrónico opcional: _____)
- ☐ No

Código del participante: _____ (No llenar - para uso del investigador)

ANEXO 3.- APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA FMH-UNSAAC



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional de Medicina Humana

AVENIDA DE LA CULTURA Nº 733 TEL 252170

Cusco, 07 JUNIO de 2025

OFICIO Nro.042-2025- EPMH-FMH-UNSAAC/

SEÑORES

**ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
PRESENTE.. –**

**ASUNTO: AUTORIZA APLICACIÓN DE ENCUESTA A ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a ustedes con la finalidad de expresar mi saludo como director de la Escuela Profesional de Medicina -UNSAAC y presentar a la Bach. **CJUNO-HUAMAN-LUIS ALBERTO**, estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana de la UNSAAC, quien viene desarrollando su proyecto de tesis: **"FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL IMPOSTOR EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025"**.

Que mediante expediente N° **844195** solicita a esta Dirección de Escuela autorización para la aplicación de instrumento de investigación y recolección de datos a los señores estudiantes con el propósito de optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Motivo por lo que agradeceré a ustedes Señores Estudiantes se sirvan brindar las **facilidades** necesarias al Bach. **CJUNO-HUAMAN-LUIS ALBERTO** para la aplicación de dicho instrumento; **cabe mencionar que dicha aplicación de instrumento, debe ser realizada previa autorización expresa de los señores docentes.**

Seguro de contar con su valioso apoyo, hago propicia la oportunidad para expresar más distinguidas consideraciones.

Atentamente



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional de Medicina Humana
Santiago Maximo Saco Mendez
D^o. Santiago Maximo Saco Mendez
Director (a)

B.1°
Archivo:
EPM/SSM/mm