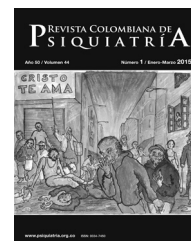




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Síndrome del impostor y sus factores asociados en estudiantes de Medicina de seis facultades peruanas



Jennifer Vilchez-Cornejo^{a,b,*}, Luccio Romani^c, Saraí Gloria Chávez-Bustamante^d, Cesar Copaja-Corzo^e, Juan C. Sánchez-Vicente^f, Ronald David Viera-Morón^g y Benggi Ocampo-Portocarrero^a

^a Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Ucayali, Ucayali, Perú

^b Red Asistencial Ucayali, Hospital Essalud II Pucallpa, Ucayali, Perú

^c Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres, Chiclayo, Perú

^d Escuela de Medicina, Universidad Continental, Huancayo, Perú

^e Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada de Tacna, Tacna, Perú

^f Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú

^g Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Santa, Chimbote, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de julio de 2020

Aceptado el 21 de abril de 2021

On-line el 29 de junio de 2021

Palabras clave:

Estudiantes de Medicina

Trastornos de adaptación

Autoimagen

R E S U M E N

Objetivo: Determinar los factores asociados con el síndrome del impostor (IP) en estudiantes de Medicina de 6 facultades peruanas.

Material y métodos: Estudio multicéntrico transversal analítico realizado en estudiantes del primer al sexto año en 6 regiones peruanas. Se incluyeron características sociodemográficas, académicas y psicológicas mediante la escala de depresión, ansiedad y estrés, la escala de autoestima de Rosenberg y la escala del Fenómeno del Impostor de Clance. Los modelos lineales generalizados se construyeron mediante razones de prevalencia estimada brutas y ajustadas.

Resultados: De 2.231 estudiantes de Medicina, el 54,3% eran mujeres y el 30,6% padecía IP. Se encontró asociación entre el IP y la depresión (RPa = 1,51; IC95%, 1,27-1,79), la ansiedad (RPa = 2,25; IC95%, 1,75-2,90), el estrés (RPa = 1,37; IC95%, 1,19-1,57) y el sexo mujer (RPa = 1,12; IC95%, 1,01-1,26).

Conclusiones: De cada 10 estudiantes de Medicina, 3 sufren IP; tener depresión, ansiedad o estrés, ser mujer y/o cursar el cuarto año fueron los factores predisponentes.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.vilchezcornejo@gmail.com (J. Vilchez-Cornejo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.011>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Imposter Syndrome and its Associated Factors in Medical Students in Six Peruvian Faculties

A B S T R A C T

Keywords:

Medical students
Adjustment disorders
Self-image

Objective: To determine the factors associated with impostor syndrome in medical students from six regions of Peru.

Material and methods: A multicentre, cross-sectional study was conducted on students from first to the sixth year in six Peruvian regions. Sociodemographic, academic, and psychological characteristics were included through the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Clance Imposter Phenomenon Scale. Generalised linear models were performed using crude and adjusted estimated prevalence ratios.

Results: Of 2,231 medical students, 54.3% were female and 30.6% had the impostor phenomenon. An association was found between the PI and those who suffered from depression (aPR=1.51; 95%CI, 1.27-1.79), anxiety (aPR=2.25; 95%CI, 1.75-2.90), stress (aPR=1.37; 95%CI, 1.19-1.57), and being female (aPR=1.12; 95%CI, 1.01-1.26).

Conclusions: Three out of 10 medical students suffer from PI; having some level of depression, anxiety, stress, being a woman, and/or attending the fourth academic year were predisposing factors for their development.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El fenómeno del impostor (IP, por sus siglas en inglés) o síndrome del impostor se caracteriza por un conjunto de sentimientos de culpa por el éxito y la incapacidad para interiorizarlos, además de un sentimiento intenso de falsedad, experimentado por personas con una apreciable historia de éxito¹. Viven este fenómeno individuos que consideran que sus propias capacidades no son las más adecuadas, aunque sean objetivamente capaces y competentes^{2,3}. Las personas con IP están convencidas de que engañan a su entorno con respecto a sus capacidades y tienen miedo de ser expuestas como un fraude o impostores³.

Se han realizado investigaciones para delimitar las causas del desarrollo del IP, y se ha evidenciado una influencia de la raza, la etnia y/o la condición de inmigrante en quienes se consideran constantemente inadecuados para su propio entorno⁴. Esto a su vez se delimitó particularmente para las mujeres en los campos de la ciencia, la tecnología, la ingeniería, las matemáticas e incluso la atención médica^{1,4}. Entre los factores culturales, se observaron altos niveles en estudiantes que eran los primeros de la familia en asistir a la universidad y/o a la facultad de Medicina, además de trabajar o estudiar en otro país^{4,5}. Integrar cualquier programa de educación superior que incluyera un nivel de aprendiz (estudiante, interno residente, *fellow*), estar rodeado de individuos igualmente impulsados, sobresalientes y estar en constante evaluación (estudiantes de Medicina durante sus rotaciones clínicas) desencadenaban la aparición del IP en las diversas poblaciones de estudio¹⁻³.

Las personas con IP manifiestan cierto grado de incapacidad para delegar funciones y tomar decisiones importantes y tienden a procrastinar la entrega de proyectos, lo cual les impide liderar grupos de trabajo, o establecerse metas

imposibles que terminan por reducir la moral de otros empleados que se ven afectados por un liderazgo deficiente^{4,6,7}. Esto desencadena que quienes padecen IP se encuentren más propensos a la incapacidad de tomar decisiones o liderar grupos, además de contraer enfermedades crónicas, trastornos de la adaptación (depresión, ansiedad) y, en ciertos casos, hasta tendencias suicidas^{8,9}.

Actualmente el IP se ha observado en ambos sexos^{3-5,8-11} y en diversos profesionales; sin embargo, los profesionales médicos son los que en mayor proporción padecen esta condición^{4,5}, lo cual también se describe en estudiantes universitarios^{8,11} que cursan la carrera de Medicina humana^{8,9}.

Con lo anteriormente expuesto, a pesar de que el IP se considera un constructo psicológico que se encuentra en quienes subestiman sus habilidades y destrezas, aún no está muy estudiado ni reportado⁴. A pesar de ello, se ha podido demostrar que las personas afectadas por el IP son incapaces de internalizar sus éxitos y al mismo tiempo pueden magnificar los fracasos^{1,2,4}, por lo que la presente investigación busca cuantificar la prevalencia del IP y determinar los principales factores que se asocian en los estudiantes de Medicina de 6 facultades de Medicina de Perú.

Material y métodos

Diseño de estudio y población

Este es un estudio transversal analítico llevado a cabo en estudiantes de 6 facultades de Medicina; 3 de ellas, públicas, ubicadas en las regiones de Ica (Universidad Nacional San Luis Gonzaga), Ancash (Universidad Nacional del Santa) y Ucayali (Universidad Nacional de Ucayali) y 3 privadas, ubicadas en las regiones de Lambayeque (Universidad San Martín de

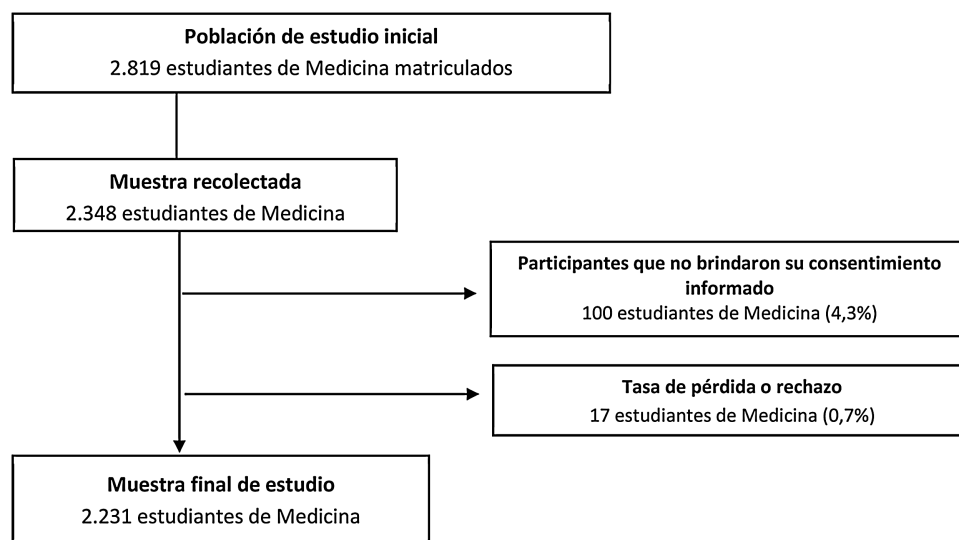


Figura 1 – Flujograma de los participantes del estudio.

Porres Filial Norte), Junín (Universidad Continental) y Tacna (Universidad Privada de Tacna).

Se contó con una muestra inicial de 2.819 estudiantes de Medicina. El tamaño de muestra se calculó con un nivel de confianza del 97% y un margen de error del 3%, lo que resultó en un tamaño muestral de 2.348, que posteriormente se ajustó por unas posibles pérdidas del 20%. Durante la ejecución, se descartaron 100 encuestas (4,3%) porque no presentaban el consentimiento informado firmado y 17 (0,7%) por datos incompletos que imposibilitaban su análisis, lo cual llevó a un tamaño muestral final de 2.231 estudiantes (fig. 1).

Para la lista de seleccionados mediante el muestreo estratificado, se consideró a todos los participantes que estaban matriculados durante el semestre académico 2019-I correspondientes al primer y el sexto año de Medicina que no tenían algún problema para la comunicación escrita y brindaron su consentimiento informado. Se excluyeron las encuestas incompletas o que contuvieran más de 2 datos que imposibilitaran su análisis.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Ucayali (Ucayali, Perú). Se obtuvo la autorización de cada una de las escuelas de Medicina participantes en este estudio para su ejecución; durante la recolección de datos, cada encuestador procedió a explicar detalladamente a los estudiantes seleccionados sobre el propósito y el objetivo principal de la investigación, recalando su confiabilidad y anonimato.

Instrumento y variables

El instrumento constó de una encuesta autoaplicable que se entregó a cada participante; la primera sección delimita la información principal sobre el estudio y su consentimiento informado; la segunda sección corresponde a las características sociodemográficas de los participantes: edad, sexo, estado civil, convivientes actuales y métodos para solventar dinero, así como el promedio de horas dedicadas a trabajar. Entre las características académicas evaluadas, se consideró

el año académico, el año de ingreso, las horas aproximadas de estudio diario y las actividades extracurriculares y su tipo.

Las características psicológicas evaluadas en la tercera sección fueron los trastornos de la adaptación, con el objetivo de determinar la presencia de efectos negativos de ansiedad, depresión y estrés, que incluyen síntomas esenciales que dificultan la relajación, tensión nerviosa, hiporexia, irritabilidad y agitación¹². Para ello se usó la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) en su versión corta¹³ denominada DASS-21, la cual presenta una adaptación validada al español en una población universitaria similar¹⁴, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,85, 0,73 y 0,83 para las subescalas depresión, ansiedad y estrés respectivamente; sin embargo, en conjunto los ítems que componen el DASS-21 obtuvieron $\alpha = 0,91$ ¹⁴.

La escala presenta 21 ítems con 4 alternativas en una escala Likert de 0 (rara vez), 1 (algunas veces), 2 (muchas veces) y 3 (casi siempre) para evaluar 3 parámetros, entre ellos la depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Los valores para la escala en depresión fluctúa entre normal (0-4 puntos), depresión leve (5-6 puntos), moderada (7-10 puntos), grave (11-13 puntos) y extremadamente grave (más de 14 puntos); los niveles ansiedad fluctúan entre normal (0-3 puntos), ansiedad leve (4-5 puntos), moderada (6-7 puntos), grave (8-9 puntos) y extremadamente grave (más de 10 puntos) y los niveles de estrés fluctúan de normal (0-7 puntos) a estrés leve (8-9 puntos), moderado (10-12 puntos), grave (13-16 puntos) y extremadamente grave (más de 17 puntos)¹⁴.

Además, se evaluó la autoestima a través de la Escala de Rosenberg para Autoestima (EAR)¹⁵, que aborda aspectos relacionados con sentirse competente en varios aspectos de la vida; la dimensión sobre autodesprecio emplea términos peyorativos asociados con la simpatía con uno mismo¹⁶ en su versión adaptada al castellano¹⁵⁻¹⁷ ($\alpha = 0,75$)¹⁷. La escala consta de 10 ítems sobre los sentimientos de la persona sobre sí misma con las primeras 5 afirmaciones positivas (ítems 1, 2, 3, 4 y 5), en una escala tipo Likert de 4 puntos: 1 (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) y 4 (muy de acuerdo).

La puntuación se invierte en las afirmaciones negativas (ítems 6, 7, 8, 9 y 10). Los valores de la escala fluctúan de autoestima baja (< 25 puntos), normal (25-35 puntos) y alta (> 35 puntos)¹⁷.

El IP se evaluó a través de la Escala del Fenómeno del Impostor de Clance (CIPS, por sus siglas en inglés)^{1,18}, que determina la claridad del autoconcepto, componentes de la autoestima social y la preocupación por haber logrado los éxitos por casualidad¹⁸. Su versión original cuenta con $\alpha = 0,96$ ¹⁸; la versión adaptada del CIPS al español¹⁹ presentó un test de esfericidad y un índice de adecuación muestral significativo (0,89); la confiabilidad del instrumento mostró $\alpha = 0,92$. Sin embargo, debido a que la escala no estaba adaptada a una población similar a la de nuestro estudio, los autores realizamos una prueba piloto conformada por 280 estudiantes de una de las sedes del estudio en la región de Ucayali durante el año académico 2018; de esta forma se pudo determinar una consistencia interna con $\alpha = 0,91$, además de la permanencia de todos los ítems del instrumento debido a que estas no modificaban el constructo final.

Por lo que la CIPS se compone de 20 ítems que se puntúan a través de una escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (a veces), 4 (con frecuencia) y 5 (es muy cierto). La suma de los 20 ítems brinda la puntuación; los valores < 62 muestran ausencia de IP y los ≥ 62 puntos determinan IP^{19,20}.

Análisis de los datos

Los datos recolectados en la encuesta se registraron en una hoja de cálculo del programa Excel 2013, digitados en 2 oportunidades de manera independiente por diferentes personas para comprobar la calidad de los datos. Se analizaron los datos con el paquete estadístico STATA versión 14; las variables cualitativas se presentaron en frecuencia y porcentaje y las cuantitativas, en mediana [intervalo intercuartílico] en caso de distribución no normal, después de comprobarlo mediante la prueba *skewness kurtosis* con un valor de $p < 0,05$.

Con respecto a las estadísticas inferenciales para las variables cualitativas, se procedió a dicotomizar las variables del DASS-21 considerando como afectados por la condición a quienes presentaran algún grado de depresión, ansiedad y estrés según cada una de las subescalas; finalmente, esta recodificación se empleó para utilizar modelos generalizados aplicando regresión logística tanto para el análisis en bruto (razones de prevalencia bruta [RP]) como ajustado (RP ajustada [RPa]); se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Conformaron la población de estudio 2.231 estudiantes de Medicina humana de 6 universidades peruanas; la mediana de edad fue 21 [19-23] años; el 96% de los participantes (2.140) manifestaron estar solteros (tabla 1).

El 72,8% (1.496) indicó que vivía con alguien de su familia (padres, hermanos y/o tíos); el 19,2% (394) vivía solo y el 3,2% (66), con su pareja. Asimismo, el 12,9% (286) manifestó recibir dinero de sus familiares y trabajar. El 56,4% (1.244) indicó no estar conforme con su rendimiento académico, y solo el 43,6% (960) realizaba algún tipo de actividad extracurricular dentro de su vida universitaria: el 43% (480), cualquier tipo de deporte;

Tabla 1 – Características generales de la población estudiada

Edad (años)	21 [19-23]
Sexo	
Mujeres	1.211 (54,3)
Varones	1.020 (45,7)
Estado civil	
Soltero	2.141 (96)
Conviviente/casado	87 (3,9)
Separado/divorciado	3 (0,1)
Año académico	
Primer año	475 (21,3)
Segundo año	515 (23,1)
Tercer año	414 (18,6)
Cuarto año	278 (12,4)
Quinto año	232 (10,4)
Sexto año	317 (14,2)
Universidad	
Universidad Continental	522 (23,4)
Universidad de San Martín de Porres (Filial Norte)	393 (17,6)
Universidad Nacional de Ucayali	298 (13,4)
Universidad San Luis Gonzaga	558 (25)
Universidad Privada de Tacna	274 (12,3)
Universidad Nacional de Santa	186 (8,3)
Ingresos económicos	
Recibe dinero de sus padres	1.815 (81,9)
Trabaja	114 (5,2)
Recibe dinero y trabaja	286 (12,9)
Horas de trabajos semanales	10 [5-24]
Horas de estudio semanales	8 [5-19]
Los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].	

el 24,4% (239), alguna afinidad por arte y/o música, y el 21% (234) y el 15,7% (176) pertenecían al centro de estudiantes o una sociedad científica respectivamente (tabla 1).

Según el DASS-21, el 60,7% (1.355) no tenía ningún grado de estrés; sin embargo, el 17,8% (398), el 14,2% (316), el 5,6% (125) y el 1,7% (37) indicaron niveles de estrés leve, moderado, grave y extremadamente grave respectivamente. Se encontró que el 32,9% (735) no tenía ningún grado de ansiedad, pero el 15,8% (352), el 18,9% (422), el 13,8% (307) y el 18,6% (415) mostraron niveles de ansiedad leve, moderada, grave y extremadamente grave. Por último, el 50,8% (1.133) mostró algún grado de depresión, a diferencia del 14,7% (327), el 23,2% (518), el 7,8% (174) y el 3,5% (79) con depresión leve, moderada, grave y extremadamente grave (fig. 2).

Respecto a la EAR, se pudo determinar que el 22,3% (497) de los participantes tenían niveles normales de autoestima; el 75,3% (1.681), autoestima baja y solo el 2,4% (53), autoestima alta (fig. 2). Además, se encontró que el 22,1% (372) y el 19,5% (328) de quienes tenían autoestima baja se encontraban en el segundo y el primer año de Medicina respectivamente, a diferencia de los estudiantes de quinto año, que tuvieron los niveles más altos de autoestima, el 28,3% (15). Se pudo determinar una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) mediante la prueba de la χ^2 con respecto al año académico y la EAR.

En el CIPS, se encontró que solo el 30,6% (682) de los estudiantes padecían IP (fig. 3). Además, se encontró que durante el segundo, el cuarto y el tercer año sufrían un IP el 20,8% (142),

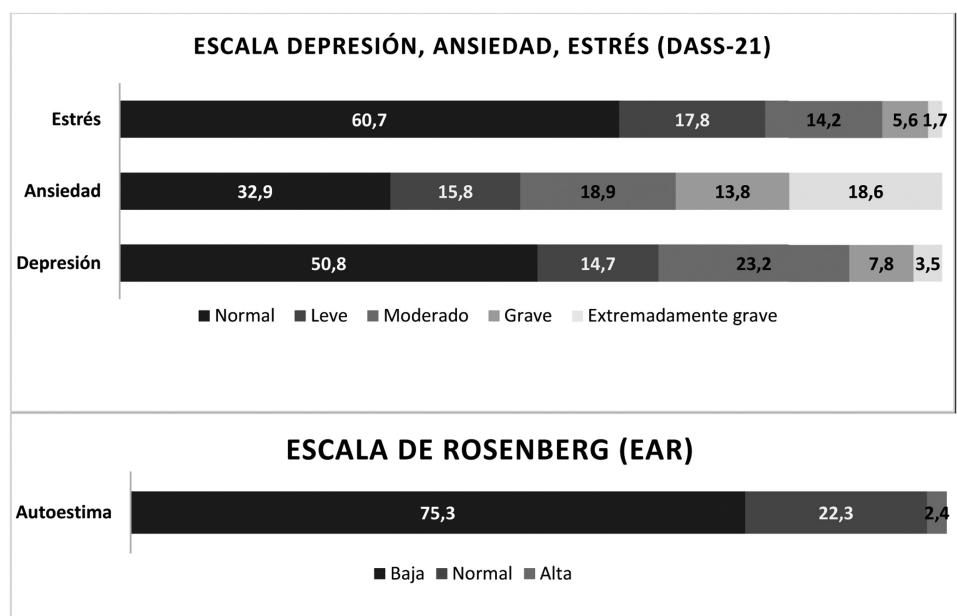


Figura 2 – Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en la población estudiada.

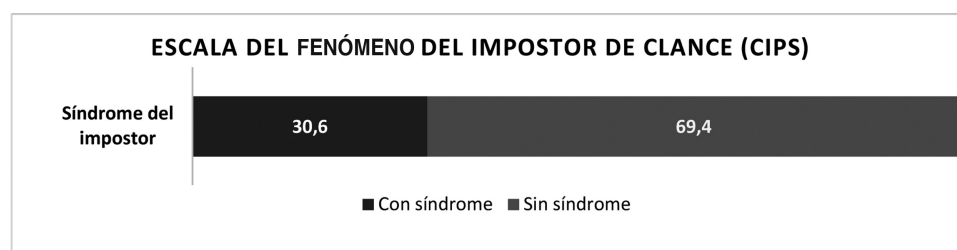


Figura 3 – Frecuencia de la Escala del Fenómeno del Impostor de Clance (CIPS) en la población estudiada.

el 19,9% (136) y el 19,7% (134) respectivamente (asociación respecto al año académico y el CIPS mediante χ^2 , $p < 0,05$).

En el análisis bivariado se encontró que ser mujer, cursar el cuarto año de Medicina y padecer algún grado de depresión, ansiedad o estrés tuvieron una probabilidad 1,14 (RP = 1,14; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,01-1,29), 1,83 (RP = 1,83; IC95%, 1,51-2,22), 2,67 (RP = 2,67; IC95%, 2,31-3,09), 3,80 (RP = 3,80; IC95%, 3,06-4,73) y 2,29 (RP = 2,29; IC95%, 2,02-2,60) mayor de sufrir un IP que quienes no padecían ninguna de estas condiciones. Asimismo, se encontró que quienes tenían niveles altos de autoestima cursaban con menos probabilidad de IP (tabla 2).

Finalmente, respecto al análisis multivariado, se realizó el ajuste por las variables descritas, y se pudo determinar que los participantes que tenían depresión, ansiedad o estrés tenían una probabilidad hasta el 51% (RPa = 1,51; IC95%, 1,27-1,79), el 125% (RPa = 2,25; IC95%, 1,75-2,90) y el 37% (RPa = 1,37; IC95%, 1,19-1,57) mayor de sufrir un IP. Las mujeres mostraron una predisposición al IP hasta un 12% (RPa = 1,12; IC95%, 1,01-1,26) mayor que los varones. Además, los estudiantes con alta autoestima y conformes con su rendimiento académico mostraron un 58% (RPa = 0,42; IC95%, 0,19-0,88) y un 27% (RPa = 0,73; IC95%, 0,64-0,84) menos probabilidad de un IP (tabla 2).

Discusión

La prevalencia de IP mostró una mayor frecuencia en mujeres. Se ha visto que la población masculina suele confiar más en su capacidad intelectual, a diferencia de las mujeres. Sin embargo, actuar bajo este concepto social permite considerar incapaces a las mujeres y, de no hacerlo, considerar que pierden su feminidad, con lo que se devalúa su propio éxito al buscar disminuir esta polaridad¹². Por ello, el «éxito» para ellas es más difícil de valorar y conseguir por diversas expectativas sociales; las mujeres tienden a mostrar la necesidad de explicar sus logros imputando su inteligencia y/o dando crédito a factores externos ajenos a su propia capacidad².

Estudios previos han logrado delimitar cierta diferencia en las prevalencias del IP por sexo, y los varones muestran mayor tendencia a estos sentimientos²¹⁻²³. Incluso estas investigaciones nos han permitido determinar que los varones no suelen reconocer abiertamente el IP, ya que suelen protegerse de este tipo de emociones²⁴. De esta manera, ellos suelen adoptar por miedo a presentar un rol masculino atípico o una posición que podría cuestionar su sexualidad, por lo cual muestran una apariencia indiferente para no sentirse inadapados ante la sociedad que los rodea²⁴. Eso explicaría por qué el

Tabla 2 – Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados con el fenómeno del impostor en estudiantes de Medicina

	RP	IC95%	p	RPa	IC95%	p
Sexo						
Varones	Ref.			Ref.		
Mujeres	1,14	1,01-1,29	0,045	1,12	1,01-1,26	0,047
Depresión						
Sin depresión	Ref.			Ref.		
Con depresión	2,67	2,31-3,09	< 0,001	1,51	1,27-1,79	< 0,001
Ansiedad						
Sin ansiedad	Ref.			Ref.		
Con ansiedad	3,80	3,06-4,73	< 0,001	2,25	1,75-2,90	< 0,001
Estrés						
Sin estrés	Ref.			Ref.		
Con estrés	2,29	2,02-2,60	< 0,001	1,37	1,19-1,57	< 0,001
Autoestima						
Baja	Ref.			Ref.		
Normal	0,92	0,79-1,07	0,300	0,84	0,72-0,97	0,023
Alta	0,30	0,13-0,69	0,005	0,42	0,19-0,88	0,023
Año académico						
Primer año	Ref.			Ref.		
Segundo año	1,03	0,84-1,27	0,768	0,92	0,76-1,11	0,397
Tercer año	1,21	0,99-1,48	0,066	1,02	0,85-1,24	0,805
Cuarto año	1,83	1,51-2,22	< 0,001	1,44	1,20-1,73	< 0,001
Quinto año	0,76	0,56-1,02	0,066	0,79	0,59-1,04	0,089
Sexto año	1,13	0,91-1,42	0,275	1,03	0,82-1,29	0,823
Conforme con el rendimiento académico	0,61	0,53-0,70	< 0,001	0,73	0,64-0,84	< 0,001

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia bruta; RPa: RP ajustada.

IP, observado en un inicio en mujeres, hoy admite tendencias mixtas con respecto a su distribución por sexos^{3-5,9-11,25-27}. Sin embargo, aún se considera al IP como uno de los desafíos más grandes que afrontan las mujeres dentro de la carrera médica²⁸, en coincidencia con investigaciones que demuestran la asociación entre el IP y una menor planificación de la carrera y el esfuerzo profesional, además de la motivación para perseguir y asumir el liderazgo²⁹.

En nuestra investigación se encontró que solo 3 de cada 10 estudiantes padecían IP, además de la asociación entre los estudiantes que cursan el cuarto año y una mayor tendencia al IP. Diversos estudios^{1-5,8,9} nos han permitido concluir que una transición en el desarrollo académico de cualquier estudiante, la asignación de nuevos deberes, la intención de sobresalir, formar parte de cualquier programa que signifique un aprendizaje continuo y escalado y estar en evaluación son también determinantes del desarrollo de IP¹. En nuestro país, la mayoría de las escuelas de Medicina humana comienzan sus prácticas hospitalarias durante el cuarto año, lo cual representa un cambio en la metodología, la enseñanza y las constantes evaluaciones para los estudiantes del pregrado ante los pacientes, lo que explicaría el desarrollo desmedido de IP en la población inmersa en este año académico.

Estar conformes con el rendimiento académico y/o tener niveles altos de autoestima brindan una correlación negativa con el IP debido a que los individuos con alta autoestima atribuyen sus logros a sus propias capacidades, por su propia inteligencia y/o competencia³⁰⁻³². Algunos autores^{31,32} recomiendan y hasta creen necesario contar con niveles altos de

autoestima pero, a su vez, poseer ciertas características del IP para que el futuro médico cuente con una práctica médica adecuada, sostenible y hasta cierto punto saludable, ya que le podría brindar las herramientas necesarias para diagnosticar y tratar al paciente con cautela y cuidado.

Los niveles de depresión aumentaron un 56% la probabilidad de padecer IP. Sin embargo, estos síntomas no siempre son concomitantes, ya que varios autores declararon que se puede experimentar síntomas similares a trastornos depresivos leves^{33,34}. Los pacientes con IP y algún grado de depresión suelen ser más críticos y duros consigo mismos, enmascarando síntomas depresivos, disminuyendo su rendimiento, su capacidad para lograr sus metas y una mayor productividad^{38,39} sin la capacidad de percibir el éxito en sus logros³⁴.

Las personas con IP pueden no alcanzar sus objetivos porque estos se ven envueltos en un círculo vicioso con estados de ansiedad presentes diariamente. Del mismo modo, el estrés aumentó en un 39% la probabilidad de sufrir IP. Esto se debe a una lucha persistente en demostrar que deben ser los mejores en su clase, descartando sus propios talentos y menospreciando su propia capacidad. Finalmente, los síntomas relacionados con la ansiedad presentan asociación con el IP³⁵; las evaluaciones constantes, el miedo al fracaso, las dudas generadas, la aprehensión, la falta de confianza y el temor a ser expuestos como un fraude^{36,37} provocan e incentivan una preparación intensa hacia el éxito y el perfeccionismo, pero en el transcurso terminan deslegitimando sus logros, y esto se convierte en un ciclo repetitivo constante³⁵⁻³⁷.

Nuestra investigación presenta ciertas limitaciones, como el acceso a los diferentes horarios de todos los participantes seleccionados en las universidades, y su compromiso para brindar su consentimiento informado, además de no poder ejecutar un estudio de casos y controles y/o longitudinal para poder determinar la causalidad del IP presente en los estudiantes de Medicina.

Conclusiones

Tres de cada 10 estudiantes de Medicina padecen IP. Sufrir algún grado de depresión, ansiedad o estrés, ser mujer y/o cursar el cuarto año académico son factores que predisponen al IP. Asimismo se identificó que estar conforme con el rendimiento académico y tener alta autoestima son factores protectores contra el IP en estudiantes de Medicina.

Se recomienda ampliar el estudio a escala nacional, con todos los estudiantes de ciencias de la salud, dado el ambiente hostil al que estos se enfrentan en los hospitales, aplicando técnicas de muestreo que permitan extrapolar los datos a la realidad de los estudiantes de ciencias de la salud peruanos.

Se propone ampliar la investigación a un estudio de casos y controles para determinar con mayor exactitud los factores de riesgo de IP, así como un estudio longitudinal de pueda determinar si existe causalidad entre otras variables, además de una relación con los años de estancia en la universidad.

Nuestra investigación recomienda brindar consejo, asesoría y acompañamiento psicológico al estudiante a lo largo de su carrera universitaria para poder detectar a tiempo condiciones psicológicas que le impidan desempeñarse adecuadamente dentro de sus actividades académicas y terminen repercutiendo en el desarrollo de IP.

Financiación

La presente investigación fue autofinanciada por todos los autores.

Conflicto de intereses

El piloto del presente estudio formó parte de la tesis de la médica cirujana Jennifer Vilchez-Cornejo titulada «Factores asociados al síndrome del impostor en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali, 2018», sustentada durante el 2019 en la Universidad Nacional de Ucayali.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a la estudiante universitaria Julia García Gutiérrez, quién contribuyó en las versiones iniciales del artículo y la recolección de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clance PR. The impostor phenomenon: When success makes you feel like a fake. Toronto: Bantam Books; 1985.
2. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1090-4.
3. Leonhardt M, Bechtoldt MN, Rohrmann S. All impostors aren't alike-differentiating the impostor Phenomenon. *Front Psychol.* 2017;8.
4. Seritan AL, Mehta MM. Thorny Laurels: the impostor phenomenon in academic psychiatry. *Acad Psychiatry.* 2015;40:418-21.
5. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1090-4.
6. Young V. The secret thoughts of successful women. New York: Crown Business; 2011. p. 71-136.
7. De Vries MF. The dangers of feeling like a fake. *Harv Bus Rev.* 2005;83:108-16, 159.
8. Villwock JA, Sobin LB, Koester LA, Harris TM. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *Int J Med Educ.* 2016;31:364-9.
9. Ghorbanshirodi S. The relationship between self-esteem and emotional intelligence with imposter syndrome among medical students of Guilan and Heratsi Universities. *J Basic Appl Sci Res.* 2012;2:1793-802.
10. Fernández E, Bermúdez J. Estilo atribucional, autoobservación y defensividad: el caso del síndrome del impostor y el pesimismo defensivo. *Rev Psic Social.* 2000;15:165-80.
11. Patzak A, Kollmayer M, Schober B. Buffering impostor feelings with kindness: The mediating role of self-compassion between gender-role orientation and the impostor phenomenon. *Front Psychol.* 2017;(8).
12. Nieuwenhuijsen K, de Boer AG, Verbeek JH, Blonk RW, van Dijk FJ. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med.* 2003;60Suppl1:i77-82.
13. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess.* 2002;24:195-205.
14. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Ter Psicol.* 2012;30:49-55.
15. Ceballos-Ospino GA, Paba-Barbosa C, Suescún J, Oviedo CH, Herazo E, Campo-Arias A. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamient Psic.* 2017;15:29-39.
16. Cogollo Z, Campo-Arias A, Herazo E. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina.* 2015;9:61-71.
17. Rojas-Barahona CA, Zegers PB, Forster MCE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos Mayres. *Rev Méd Chile.* 2009;137:791-800.
18. Marsha S, Youn-Jeng C. Using factor analysis to validate the Clance Impostor Phenomenon Scale in sample of science, technology, engineering and mathematics doctoral students. *Pers Individ Differ.* 2018;121:173-5.
19. Borgiaizian D, Solari A, López-Salazar P. Síndrome del impostor: adaptación argentina del Clance Impostor Phenomenon Scale. Poster presentado en: X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2018. Oct, Buenos Aires, Argentina.
20. Fernández E, Bermúdez J. El pesimismo defensivo y el síndrome del impostor: Análisis de sus componentes afectivos y cognitivos. *Rev Psicopatol Psic Clin.* 2000;5:115-30.
21. Jöstl G, Bergsmann E, Lüftenegger M, Schober B, Spiel C. When will they blow my cover? *Zeitschrift für Psychologie.* 2012;220:109-20.

22. Li S, Hughes JL, Thu SM. The links between parenting styles and imposter phenomenon. *Psi Chi J Psy Res.* 2014;19:50-7.
23. Badawy RL, Gazdag BA, Bentley JR, Brouer RL. Are all impostors created equal? Exploring gender differences in the impostor phenomenon-performance link. *Pers Individ Differ.* 2018;131:156-63.
24. Hoang Q. The impostor phenomenon: Overcoming internalized barriers and recognizing achievements. *The Vermont Connection.* 2013;34:6.
25. Mattie C, Gietzen J, Davis S, Prata J. The imposter phenomenon: Self-assessment and competency to perform as a physician assistant in the United States. *J Physician Assist Educ.* 2008;19:5-12.
26. Feenstra S, Begeny CT, Ryan MK, Rink FA, Stoker JI, Jordan J. Contextualizando el «síndrome» del impostor. *Psicol Delantero.* 2020;11:575024.
27. Vergauwe J, Wille B, Feys M, De-Fruyt F, Anseel F. Fear of being exposed: The trait-relatedness of the impostor phenomenon and its relevance in the work context. *J Bus Psychol.* 2015;30:565-81.
28. Butkus R, Serchen J, Moyer DV, Bornstein SS, Hingle ST. Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians Achieving gender equity in physician compensation and career advancement: a position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2018;168:721-3.
29. Neureiter M, Traut-Mattausch E. An inner barrier to career development: preconditions of the impostor phenomenon and consequences for career development. *Front Psychol.* 2016;7:48.
30. Egwurugwu JN, Ugwuezumba PC, Ohamaeme MC, Dike EI, Berendu I, Egwurugwu ENA, et al. Relationship between self-esteem and impostor syndrome among undergraduate medical students in a Nigerian university. *Int J Brain Cogn Sci.* 2018;7:9-16.
31. Neureiter M, Traut-Mattausch E. Two sides of the career resources coin: Career adaptability resources and the impostor phenomenon. *J Vocat Behav.* 2017;98:56-69.
32. Kamarzarrin H, Khaledian M, Shooshtari M, Yousefi E, Ahrami R. A study of the relationship between self-esteem and the impostor phenomenon in the physicians of Rasht City. *J Exp Biol.* 2013;3:363-6.
33. Walker CA. Impostor phenomenon. academic self-efficacy, and persistence among African-American female undergraduate STEM majors. [Tesis doctoral]. Northeastern University;. 2018.
34. Canning EA, LaCrosse J, Kroeper KM, Murphy MC. Feeling like an imposter: The effect of perceived classroom competition on the daily psychological experiences of first-generation college students. *Soc Psychol Pers Sci.* 2020;11:647-57.
35. Fraenza CB. The role of social influence in anxiety and the imposter phenomenon. *Online Learn.* 2016;20:230-43.
36. Rohrmann S, Bechtoldt M, Leonhardt M. Validation of the impostor phenomenon among managers. *Front Psychol.* 2016;7:821.
37. Chandra S, Huebert C, Crowley E, Das A. Impostor syndrome could it be holding you or your mentees back? *Chest.* 2019;156:26-32.