

SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

A. Perales^(*), C. Sogi^(**), R. Morales^(***)

RESUMEN: OBJETIVOS: Describir el estado de salud mental de la población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. MATERIAL Y METODO : Metodología de encuesta utilizando como instrumento el Cuestionario Abreviado de Salud Mental aplicado a los estudiantes del 1º al 6º año, matriculados en la Facultad de Medicina de la citada universidad en 1998. RESULTADOS: Destacan, entre otros, los hallazgos de 56% de estudiantes que declaran abuso de alcohol con un 12% con patrón de consumo con características de dependencia. El 13% de los estudiantes informa 3 o más conductas disociales. 19% muestra síntomas depresivos y 15% de angustia; 2.6% manifiesta haber presentado ya un intento suicida mientras que 20% expresa "deseos de no seguir viviendo". CONCLUSION: Los resultados demuestran la alta necesidad de implementar programas de intervención en salud mental orientados a proteger preventivamente a la población estudiada y a ayudar a los ya afectados.

MENTAL HEALTH OF TRUJILLO NATIONAL UNIVERSITY'S MEDICAL STUDENTS

ABSTRACT: OBJETIVE: To describe the student's mental health of Trujillo National University's School of Medicine. MATERIAL AND METHOD: Survey methodology using the Short Mental Health Questionnaire applied to first through sixth grade medical students registered in the School of Medicine in 1998. RESULTS: Among other important findings it was found: 56% of students describe alcohol abuse with a 12% showing an alcohol intake pattern with dependency characteristics. 13% report 3 or more dissocial behaviors; 19% inform of depressive symptoms and 15% of anxiety; 2.6% report a suicide attempt while 20% express "a desire of not wanting to live". CONCLUSION: Results show a great need of implementing mental health intervention programs aiming to protect the studied population and to help the affected students.

(*) Profesor Principal de Psiquiatría, Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.

(**) Profesora Asociada de Psiquiatría, Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.

(***) Director, Sección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Trujillo.

Los estudios de medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica, que demandan del estudiante esfuerzos adaptativos. Adicionalmente, la carrera se desarrolla en un periodo del ciclo vital, la adolescencia, que plantea altas exigencias de adaptación. Además, el alumno sabe que una preparación óptima resulta fundamental para su futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo.

Corolario de lo expuesto es que el estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligadamente alto, con riesgo de menoscabo de su salud mental. En tal perspectiva, consideramos obligación de toda Facultad de Medicina responsable, desarrollar acciones para proteger a sus estudiantes, recurso humano altamente diferenciada con grandes potenciales para la nación.

El propósito del presente trabajo constituye una primera aproximación al problema citado en la población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Trujillo.

ANTECEDENTES

Experiencias internacionales han señalado que el problema planteado no es privativo de nuestro país. En diversas Facultades de Medicina del mundo se describen conjuntos sintomáticos asociados a diversos factores. Guthrie et al reclaman a las Facultades de Medicina poner mucha atención en el cuidado de la salud mental de sus estudiantes, muchos de los cuales, desde el inicio, encuentran la carrera médica muy estresante⁽¹⁾.

En estudiantes de medicina de las universidades norteamericanas de Tufts y Harvard, Murphy et al. señalan que los 2/3 del total de estresores que soportan los mismos derivan específicamente de la vida académica y de los factores sociales con ella asociados⁽²⁾. Por su lado, Folse et al destacan la importancia del desbalance entre percepción de alto estrés y pobre descarga de tensiones a través de actividades recreativas⁽³⁾.

Javed halló una tasa de prevalencia global de trastornos psicológicos de 33% en estudiantes de sexo masculino de los dos primeros años de dos instituciones educativas, utilizando el Cuestionario General de Salud y dos escalas hospitalarias de depresión y ansiedad. La revisión de la literatura local señala que el tema ha sido poco explorado. En Trujillo sólo existen estudios previos sobre la salud mental realizados en población escolar. Estos últimos parecen señalar que los adolescentes trujillanos, de sexo femenino y de menor condición económica, tienden a mostrar mayores niveles de introversión^(5, 6, 7, 8, 9).

ESTILOS DE VIDA Y SOPORTE SOCIAL

El estilo de vida se ha definido como una forma habitual de conducirse en la vida, dependiente de un sistema de valores, normas, creencias y costumbres sociales, familiares y personales.

Un estilo de vida saludable está integrado por aquellas conductas sobre las cuales el individuo ejerce con-

trol, incluyendo acciones que por muy mínimas o discretas que sean constituyen parte de un patrón de vida cotidiana orientado al cuidado personal. Un estilo sano de vida tiene impacto favorable y significativo en el estado de salud y puede neutralizar o minimizar algunos riesgos de morbilidad⁽¹⁰⁾.

Respecto al soporte social, es conocida su función homeostática frente a la influencia nociva del estrés. En nuestra cultura, gran parte de él depende de las relaciones familiares y de las creencias religiosas.

Las características de estructura y vida familiar están determinadas, en parte, por el nivel de desarrollo de las relaciones de producción y condicionado por las tradiciones histórico-culturales locales y sus peculiaridades geográficas⁽¹⁰⁾.

En Trujillo, Gómez, en la población de la Perla, al evaluar la interrelación de factores psicosociales con el uso de satisfactores de afecto en familias con hijos adolescentes encuentra que el 30.5% percibe el funcionamiento familiar como inadecuado⁽¹¹⁾. Esto concuerda con los hallazgos de Tello en familias cajamarquinas, en las cuales informa un 30% de inadecuado funcionamiento familiar⁽¹²⁾.

Rodríguez, al investigar sobre problemas socioculturales y religiosidad en el distrito de El Porvenir, Trujillo, concluye que la religión, en sus expresiones familiar y popular, no puede concebirse desvinculada de la problemática social o su perspectiva de cambio. Influye claramente, no sólo en el comportamiento familiar, en la organización de la economía, la política, y otras variables sino que se constituye en agente importante en la lucha por el cambio. Si su influencia es positiva lo impulsa al desarrollo; y, si negativa, hacia el retroceso o el estancamiento⁽¹³⁾.

METODO

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. La Universidad Nacional de Trujillo (UNT) fue fundada en 1824. Su primer médico graduado, el 10 de octubre de 1835, fue Don Ramón Manzo, en la cátedra de Medicina y Teología que se ofreciera hasta 1878.

En 1935 se instala la Sección de Estudios de Pre-médicas, que tenía 2 años de duración. Al egresar de ella los alumnos continuaban sus estudios médicos en Lima, en la Facultad de Medicina de San Fernando de la UNMSM. Este sistema duro 20 años.

El 17 de febrero de 1956, ante gestiones de alto nivel con el apoyo de profesionales y de estudiantes de pre-médicas, el gobierno del Perú expidió la Ley 12647 creando la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Libertad en Trujillo. Fue así que el 1º de Abril de 1958 se inauguró el primer año académico de estudios médicos regulares, cuya duración era de 7 años incluyendo el internado médico rotatorio. Hasta 1998 habían egresado más de 2700 Bachilleres de Medicina, luego titulados como médicos cirujanos. Posteriormente, la Ley Universitaria 23733 restablece la unidad de la Facultad de Medicina dándole un modelo técnico administrativo diferente que es el que rige actualmente.

En relación a la enseñanza de Postgrado, se estableció en 1965 el Sistema de Residencias o estudios de segunda especialización. En 1985 se inician los estudios académicos de Maestría, con duración de 2 años. Recientemente la Facultad ha aperturado el Doctorado en cinco programas doctorales para lo cual ha convocado al respectivo examen de admisión. La Facultad de Medicina y su Sección de Postgrado son las únicas dependencias de la UNT que funcionan en un local propio, inaugurado el 29 de diciembre de 1957, fuera de la ciudad universitaria.

Actualmente, el Decano de la Facultad viene modernizando la docencia médica. El nuevo proceso de enseñanza gira en torno a la solución de problemas sobre la base de realidades concretas y persiguiendo objetivos de excelencia y calidad.

Población. La población estudiada comprendió a los estudiantes de medicina del 1° al 6° años, con registro de matrícula 1998, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. La encuesta se administró en Agosto de 1998.

Instrumento. Se utilizó una Encuesta de Salud⁽¹⁴⁾ constituida por las siguientes secciones:

- Ficha de datos demográficos y familiares.
- El SF-36 Health Survey del New England Medical Center Hospital.
- El Cuestionario de Salud Mental Abreviado.
- El Cuestionario del Estado de Animo de Cox. En M.King et al.

Procedimientos

- Se establecieron las coordinaciones necesarias con las autoridades de la Facultad y los Coordinadores de los Departamentos Académicos a través del Consejo de Facultad y contactos personales específicos.
- Se obtuvieron las respectivas listas de los alumnos registrados.
- Se establecieron las coordinaciones de campo para realizar la encuesta año por año.
- Se explicó a los alumnos, in situ, los propósitos del estudio, obteniéndose buena colaboración.

Análisis de los datos. Las encuestas fueron revisadas manualmente para determinar el nivel de información lograda descartándose aquellas incompletas o inconsistentes. Se construyó la base de datos en FoxPro 2.6. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas EpiInfo 6,0 y SPSS

RESULTADOS

Del total de alumnos que participaron en la encuesta, 509; fueron varones, 373 (73,3%) y mujeres, 136 (26,7%). La edad media fue de 23.9 (DE 2,7).

A continuación se presenta los principales resultados de acuerdo a las áreas problemáticas o de probable sospecha de patología identificadas:

TABACO

La proporción de estudiantes que informaron haber fumado diariamente, alguna vez en la vida, fue de 3,4%,

a una edad promedio de 17,9 (DE 3,1). De los fumadores, el promedio de cigarrillos por día fue de 4.8 (DE 4,0)

ALCOHOL

El uso de alcohol, alguna vez en la vida, fue informado por el 89.8% de los estudiantes, a una edad promedio de 15 años (DE 3,0).

El abuso de alcohol, establecido por la ocurrencia de una primera embriaguez, fue informado por el 55.7% a una edad promedio de 17.2 años (DE 3,0). El 0,8% informó haber tenido la primera embriaguez a los 9 años o antes; el 7,1% entre los 10-14 años; el 35,2% entre los 15-19 años; y el 12,6% a los 20 años o más

El CAGE (2 o más respuestas positivas) fue informado por el 12.4% de los estudiantes.

El Cuadro N°1 presenta las características de la conducta de ingesta de alcohol vinculadas a probable abuso o dependencia.

Cuadro N°1
Patrón de consumo del alcohol y consecuencias

	(n=509) %
Necesidad de disminuir	19,7
Criticado por beber	14,0
Pelea bajo efecto del alcohol	5,7
Tomó para quitarse los humos	3,0
No puede parar de beber	5,9
Accidentes de tránsito	1,4
Otros accidentes	2,6
Ha sido herido	2,8
Ha herido a otros	2,2
Bebió en el último mes	16,5
Amigo consumidor de sustancias	4,3
Familiar consumidor de sustancias	3,3

CONDUCTAS DISOCIALES

El término disocial describe un comportamiento que quiebra las normas establecidas por su grupo socio-cultural para favorecer una adecuada convivencia. El Cuadro N°2 presenta las frecuencias de las conductas disociales

Cuadro N°2
Conductas disociales

	(n=509) %
Muchas mentiras de niño	24,6
Mentiras actuales	13,8
Pelea que acabaron a golpes	14,0
Se hizo la vaca en el colegio	25,8
Problemas por deudas	15,0
Ha robado	12,0
Le pegó a un niño pequeño	3,5
Usó arma en una pelea	3,9
Perteneció a pandilla/barra brava	2,4
Personalidad Antisocial (> 3 positivas)	13,0

DEPRESION

Se acepta que la Escala de Depresión de Zung discrimina bastante bien la presencia de cuadros depresivos según el puntaje que logra el sujeto en su autoevaluación. El citado instrumento, además, ha sido validado para uso en población peruana por Novara et al⁽¹⁵⁾. El punto de corte se estableció en 50. El 18,7% de los estudiantes tuvo puntajes por encima de esa cifra. El puntaje global promedio para toda la población fue de 40.6 (DE 9.2)

ANGUSTIA

Las manifestaciones de angustia, usualmente asociadas a situaciones de estrés o a patología emocional, fue evaluada por la Escala de Ansiedad de Zung, estableciéndose el punto de corte también en 50 puntos. 14.8% de los estudiantes estuvieron por encima de tal cifra, siendo el promedio global para toda la población de 40,0 (DE 8,8)

CONDUCTAS VIOLENTAS

Consideramos entre ellas las orientadas hacia el propio Yo o de tendencia autoagresiva, y aquellas orientadas hacia un objeto exterior o de tendencia heteroagresiva.

Tendencia autoagresiva. Evidenciada por la presencia de "deseos de no seguir viviendo" o, en un nivel de mayor gravedad, como intento suicida concreto. Ambas pueden apreciarse en el Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3
Conductas violentas

	(n=509) %
Idea de no seguir viviendo	19,5
En el último mes	2,8
En el último año	5,5
Hace más de un año	12,6
Intento suicida	2,6
En el último mes	0,4
En el último año	2,0
Hace más de un año	1,2

Tendencia heteroagresiva. Expresada como idea o deseo consciente de "matar a alguien" fue informado por el 9,3%. El 1,6% refirió haber tenido dicha ideación en el último mes; el 4,5% en el último año y el 3,7% hace más de un año.

SOPORTE SOCIAL

Religión. Socioculturalmente se acepta en la población peruana que la religión desempeña un papel de buffer del estrés. El nivel de Fe o creencia en tal efecto benéfico, a través de un sentimiento de ser ayudado por un poder superior, está profundamente

enraizado en nuestra cultura. En la población estudiada, 32.3% señala que la religión no ayuda y 17.7% "que no sabe". Vale decir que 1 de cada 2 estudiantes, o sea el 50%, no vivencia la religión como punto de soporte.

Entretenimiento. Los adolescentes y adultos jóvenes, por la propia etapa del ciclo vital que atraviesan requieren drenar sus tensiones por vías aceptadas como válidas socioculturalmente. Salir de casa a distraerse, individualmente o en grupo, constituye una conducta esperada en este grupo de edad. Llama la atención, por ello, que 57.1% informe que sólo lo hace algunas veces y que el 24% exprese que casi nunca lo hace

Relación dual. Por otro lado, es aceptado y de esperar la presencia de una pareja en esta edad, incluso como signo de maduración en las relaciones interpersonales. Globalmente, 47.6% de la población informó positivamente sobre este hecho.

Del mismo modo, las relaciones sexuales que habitualmente se inician durante la adolescencia, fueron informadas por el 57.5 %, con un promedio de edad de inicio de 17.4 años (DE 2,7); la mayoría entre los 15-19 años, 38,4%; pero un 7,7 % ya las había empezado entre los 10-14 años. Más aún. 2,6% comunicaron que ya tenían 1 hijo, y 1,2% que tenían 2 o más.

OTROS FACTORES DE ESTRES

El promedio de horas de estudio en casa fue de 5.0 h. (D.E.2,3); dormían en promedio, 6,5 h (D.E. 1,4); pasaban 1,5 h (1,5) en promedio, en transportes públicos y veían un promedio de 1,7 h (D.E.0,9) de televisión al día.

OTROS INDICADORES DE SALUD

El Cuadro N° 4 muestra los porcentajes relativos a informes de padecimiento de algunas enfermedades específicas:

Cuadro N° 4
Enfermedades específicas

Ha sufrido de:	(n=509) %
a) Tuberculosis	1,0
b) Diabetes	0,4
c) Asma	4,7
d) Hipertensión	2,2
e) Ulcera gastroduodenal	4,7
f) Resfriados frecuentes	31,9
g) De los nervios	9,3

Respecto a la edad de la menarquia, el 3,7% informó fue a los 10 años de edad o antes; el 66,9% entre los 11-12; el 25,7% entre los 13-14 y el 4,4% a los 15 o más años.

DISCUSION

La observación de elevados niveles de estrés en estudiantes de medicina, irrespecto de raza o condición

social, ha sido reiterada por estudios diversos^(1,2,3,4). Los resultados globales del nuestro parecen confirmarla, en este caso, en la población de una universidad estatal departamental.

La necesidad de conocer las características clínicas y epidemiológicas de tales dificultades o patologías iniciales y sus posibles consecuencias animan el presente estudio, orientado, en última instancia, a posibilitar la generación de un programa preventivo que proteja a los estudiantes de medicina de tales riesgos.

Alcohol. El consumo de bebidas alcohólicas está muy enraizado en nuestra cultura. Prácticamente cualquier situación que sale de la rutina diaria, lo mismo un triunfo que una derrota, un motivo de alegría o de tristeza, es vinculada a su consumo. Se comprende entonces que el uso de esta sustancia sea referido por el 90% de los encuestados que, por otra parte, coinciden con encuestas nacionales sobre el tema, una prevalencia de vida de uso del 61% entre los jóvenes de 15 a 17 años; y de 89% entre los de 21 a 24⁽¹⁶⁾.

Entre los estudiantes, el promedio de edad de inicio en uso de alcohol se encuentra dentro de lo esperado, 15 años. En Lima, la ciudad capital, se observa que aquél viene descendiendo en la población general⁽¹⁷⁾, sin embargo, el porcentaje de sujetos que declara abuso del alcohol (56%); y que un 12% describa un patrón de consumo con características de dependencia a una edad promedio de 17 años, en el presente estudio resulta preocupante.

Aunque el instrumento que hemos empleado no permite hacer un diagnóstico específico de alcoholismo enfermedad, las características del patrón de consumo del alcohol descritas permiten inferir que tales hallazgos correspondan a un trastorno de abuso y/o dependencia del alcohol (Ver Cuadro N° 1). Agregado a ello, y tal como hemos apreciado en otro estudio⁽¹⁸⁾, el problema mayor en estos casos es cuando se asocia a conductas violentas, expresadas en accidentes, haber sido herido o haber herido a otros, lo cual incrementa el riesgo de morbilidad o mortalidad por estas causas.

Conductas disociales. Diversos autores han descrito que el abuso y dependencia del alcohol suelen asociarse a trastornos de personalidad, particularmente de naturaleza antisocial. En nuestro trabajo hemos encontrado un 13% de estudiantes que presentan tres o más conductas de este tipo, lo que se traduce en alta probabilidad de que una proporción de estudiantes esté afecto de rasgos antisociales, condición, por otro lado, desacorde con el ejercicio de la profesión médica. Tal porcentaje, cuya exactitud habrá que precisar por indagaciones más específicas, es inquietante, tratándose de una población selecta, cuya futura labor profesional debe sustentarse en altos valores morales. Significará esto que una vez profesionales, tales estudiantes estarán en riesgo de un desempeño éticamente cuestionable? Por el momento, nos es imposible contestar tal interrogante.

Depresión y ansiedad. La depresión y la angustia surgen como ejes sindrómicos dominantes en esta población. El nivel de corte establecido en 50 puntos con los instrumentos empleados para su medición, está

basado en criterios clínicos ampliamente demostrados para diferenciar los cuadros sintomáticos parciales de aquellos que probablemente evidencian diagnóstico de trastorno específico, de depresión o de angustia^(19,20). Casi 1 de cada 5, 19% de los estudiantes muestra síntomas depresivos; mientras que 15% lo hace de angustia.

Vaz et al. evaluaron los niveles de estrés en 109 estudiantes, de 18 a 24 años, de edad, del primer año de medicina de la Universidad de Zimbabue. En un estudio de diseño transversal, y utilizando dos cuestionarios diferentes, encontraron que el 35.5% mostraban respuestas normales mientras que el 64.5% presentaban diversos niveles de estrés y depresión. Las estimaciones de la tendencia suicida señalaron que el 12% de los estudiantes mostraban un riesgo alto; y que alrededor del 20% se encontraba en serio riesgo de padecer depresión. Los autores señalan la necesidad de detectar tempranamente estas condiciones a fin de instituir los programas de ayuda pertinentes⁽²¹⁾.

Al respecto, Coburn y Jovaisas, encuestando a una población de estudiantes del primer año de medicina de la Universidad de Toronto, encontraron que los factores académicos, especialmente aquellos vinculados a la autopercepción de posibles fracasos, constituían los estresores más significativos; mientras que el análisis factorial revelaba que las fuentes de estrés eran multidimensionales más que unidimensionales en su explicación⁽²²⁾.

Los resultados de Stewart et al., señalan que la depresión se asocia más a experiencias o sentimientos de fracaso académico, mientras que la angustia, a pérdidas de soporte social y escaso tiempo para actividades recreativas⁽²³⁾, vale decir, a la imposibilidad de utilizar los mecanismos sociales de drenaje de tensiones. Supe, estudiando a 238 estudiantes de la Escuela de Medicina de Seth GS, utilizando diversos instrumentos, entre ellos, la de automecisión de la depresión de Zung como nosotros, encontró que los niveles de estrés son comunes en esta población, más vinculados a mecanismos procesales que a rasgos de carácter. Los encontró más altos en 2do y 3er año y relacionados a factores académicos; mientras que, en el 1er año, estaban más asociados a factores emocionales. En ambos se vinculaban a los patrones de reacción y de manejo de situaciones estresantes y al soporte social⁽²⁴⁾. Vitaliano et al., en un estudio longitudinal del distrés que experimentan los estudiantes de medicina, encontraron relación de los puntajes más altos con mecanismos de supresión de cólera⁽²⁵⁾, hecho que ha sido repetidamente señalado por la escuela psicoanalítica⁽²⁶⁾.

Por otro lado, Pallavicini et al., han descrito un síndrome bastante generalizado entre los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. Un cuadro caracterizado por manifestaciones de tensión presente en el 91% de los estudiantes, con duración variable de días a meses. El 25% de ellos cumplía con lo que los autores describen como Estado de Tensión Patológica (ETP) que duraba meses, con síntomas diversos tales como: tensión muscular desagradable, intranquilidad, angustia, irritabilidad intensa, síntomas

somáticos variados, cansancio fácil, agotamiento permanente acompañado de desinterés o desconcentración mental, síndrome hiperestésico emocional, pensamiento obsesivo respecto al estudio, inseguridad, retraimiento, tics, sensación de catástrofe. La sintomatología somática solía seguir un curso creciente a medida que avanzaban los estudios, especialmente del 3º al 5º año, mientras que el camino inverso seguía el agotamiento, falta de tiempo para desarrollar sus aspiraciones afectivas y espirituales⁽²⁷⁾. Por su parte, Restrepo et al., con metodología de encuesta, describen que los estudiantes señalan a las exigencias académicas y la falta de tiempo para estar con los familiares y amigos y practicar actividades recreativas como factores de tensión durante la carrera⁽²⁸⁾.

Conductas violentas. La frecuencia de informes sobre conductas violentas, auto y heteroagresivas resulta preocupante. Entre las primeras, y probablemente vinculadas a síntomas depresivos, 20% de la población estudiada, vale decir 1 de cada cinco, manifiesta "deseos de no seguir viviendo"; mientras que 2.6% informa haber tenido ya un intento suicida. Así mismo, 9.3% informa entretener pensamientos "de querer matar a alguien", manifestación que en otros estudios hemos encontrado asociada a presencia de depresión⁽²⁹⁾.

Cobb definió el soporte social como "información que conduce a creer que uno es cuidado, amado y estimado". Existe suficiente evidencia para aceptar que tal soporte representa un factor inespecífico opuesto a la acción nociva del estrés, beneficia la salud y favorece la recuperación de la enfermedad⁽³⁰⁾. Destaca, en tal sentido, que algunos mecanismos de soporte social, hasta hace pocas décadas ampliamente aceptados, tales como la religión, no tengan actualmente la misma influencia positiva en los jóvenes estudiantes. Sólo 1 de cada 2 considera que la religión es un mecanismo de soporte social efectivo. Del mismo modo, preocupa el escaso tiempo del que disponen los estudiantes para realizar actividades recreativas saludables. El 57% informa que sólo lo hace algunas veces y el 24%, o sea, 1 de cada 4, que nunca lo hace.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, objetivos centrales de la medicina, han venido gradualmente cediendo paso al interés social de reducir los costos de la misma, mensurados, tanto por los gastos de su atención directa como por el número de vidas y años de vida perdidos así como por el sufrimiento humano del paciente y su familia. En tal sentido, la nueva orientación de la medicina moderna hacia la salud, apunta más hacia objetivos preventivos con participación y responsabilidad plena de la población⁽³¹⁾. Temple y Burkitt refuerzan tal posición señalando que "la principal actividad (en salud) debe ser una campaña amplia de educación pública de modo tal de persuadir a la población a vivir con estilos de vida más saludables. La investigación médica debiera variar su énfasis de estudiar detalladamente los mecanismos productores de la enfermedad a estudiar el rol que juegan (en tal sentido) los

estilos de vida"⁽³²⁾. Si ello se ajusta bastante bien a las necesidades reales de la comunidad, lo es, aún más, respecto a poblaciones selectas sometidas a condiciones de estrés continuo como es el caso de los estudiantes de medicina.

Aunque existe interés por las condiciones expuestas de salud de los estudiantes, la literatura nacional no refleja esfuerzos sistemáticos de ejecución de Programas Preventivos. Prevenir los problemas de salud mental del estudiante es tarea esencial de toda Facultad de Medicina para optimar el producto profesional que forma y proteger a la sociedad vigilando la calidad del mismo. En el campo internacional, algunas Universidades lo vienen haciendo por medio de los denominados Comités de Bienestar, cuyo principal objetivo es la prevención de la discapacidad emocional del alumno⁽³³⁾. Michie y Sandhu⁽³⁴⁾ ejecutaron un curso de tres semanas, con tres sesiones de dos horas de duración, para estudiantes de medicina del primer año de prácticas clínicas, reconocido en ese medio por ser el de más alto estrés en la carrera. A pesar de lo breve del curso los resultados mostraron claros efectos positivos, tanto a corto como a largo plazo. Más aún, por la experiencia en tutoría de Cotrell et al., parece que el estudiante más que la frecuencia de sesiones aprecia la regularidad de las mismas, lo que está de acuerdo a las reglas de la práctica psicoterapéutica, procedimiento en el cual, saber que tiene un espacio de posibilidad comunicativa genera, en el sujeto afecto, un claro beneficio terapéutico por su contenido de soporte social⁽³⁵⁾.

Por lo expuesto, conviene tomar iniciativas de intervención y establecer programas preventivos para aliviar las tensiones descritas, particularmente por el hecho de que los estudiantes de medicina no desarrollan fácilmente conducta de búsqueda de ayuda. Este punto ha sido estudiado por Gaughran et al., quienes observaron, en estudiantes de medicina irlandeses, que el 30% sentía que pedir ayuda era dañino para su futura carrera profesional⁽³⁶⁾.

COMENTARIOS FINALES

La consideración global de estos hallazgos obliga a preguntarse: ¿Qué consecuencias tienen para los estudiantes afectos en su salud y futuro desempeño profesional? ¿Cuántos de estos alumnos desarrollarán, si es que no lo han hecho ya, trastornos psiquiátricos específicos, depresivos o ansiosos, de alcoholismo u otros? ¿Cuántos están siendo interferidos en su rendimiento general, especialmente académico?

Nuestros hallazgos apuntan a sospechar que, sobre un eje sindrómico ansioso-depresivo, por un lado, y bajo el estrés del adiestramiento profesional con alternativas disminuidas de drenaje de la tensión por vías socialmente aceptadas, por otro, el riesgo de canalizar tales tensiones por vías inadecuadas, aumenta de probabilidad. Conductas culturalmente reforzadas como es el uso y abuso del alcohol, puede ser, entre otros, uno de tales riesgos. Y si a estas circunstancias se agregan las conductas violentas, auto o heteroagresivas, estamos hablando de riesgos que aumentarán la probabilidad de

incrementar los niveles de lesión, morbilidad o mortalidad de esta población.

Bajo estas condiciones, aunque el nivel de certeza aún esté por comprobarse por medio de indagaciones más específicas, consideramos que el grado de sospecha de presencia de estas patologías es lo suficientemente alto como para justificar que, al mismo tiempo que se profundice el estudio del problema se vaya diseñando un programa de ayuda al estudiantado. El objetivo es intervenir preventivamente sobre los problemas clave señalados, antes que otras consecuencias negativas se hagan presentes.

Resulta altamente recomendable que la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo implemente un Programa Preventivo de Salud Mental, con especial énfasis en la detección y tratamiento precoz del abuso y dependencia del alcohol, de la depresión y la angustia, con enseñanza de técnicas sencillas de manejo del estrés. Del mismo modo, se recomienda organizar un proyecto de investigación orientado a precisar el problema de personalidad antisocial, sobre las bases de cuyos resultados puedan instituirse programas complementarios de ayuda.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a los siguientes estudiantes de Maestría del curso de Psicología Médica del Programa de Medicina, de 1998, de la Universidad Nacional de Trujillo, que contribuyeron a la búsqueda bibliográfica local para la elaboración del presente trabajo: Drs. Acevedo Lara Ciro, Aldave Paredes Pedro, Armas Fara Lourdes, Gonzales Payaqué Juan, Gonzales Zavala José, Rodríguez Rodríguez Francisco, Roncal Casanova Doris Irene, Triveño Rodríguez Luis y Nieto Calderón Juan.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- GUTHRIE E A, BLACK D, SHAW CM, HAMILTON J, CREED FH, TOMENSON B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students.
- MURPHY JM, NADELSON CC, NOTMAN MT. Factors influencing first-year medical students' perceptions of stress. *J. Humana Stress*, 1984, 10 (4): 165-173.
- FOLSE MI, DaROSA DA, FOLSE R. The relationship between stress and attitudes toward leisure among first-year medical students. *J Medical Education*, 1985, 60 (8):610-617.
- JAVED MA. The psychiatric morbidity among male students. *JPMA. J.Pak.Med. Assoc.* 1994, 44 (4): 85-86.
- D'ANGLES T. Algunas características biopsicociales del adolescente en relación a su estrato socioeconómico en Trujillo. Tesis para optar el Grado de Maestría en Pediatría, Universidad Nacional La Libertad. 1993.
- CORNEJO V. Correlación entre niveles intelectuales y rasgos de Personalidad de los alumnos del 5° año de educación secundaria del Colegio Nacional Ricardo Palma de la Ciudad de Trujillo. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Psicología. Universidad Privada César Vallejo, 1995.
- ANDRADE M. Análisis Correlacional entre rasgos de Personalidad e Intereses vocacionales en alumnos de 5° año de educación secundaria de 2 Colegios Nacionales de la Ciudad de Trujillo. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Psicología. Universidad Privada César Vallejo, 1994.
- BEJARANO B. Análisis Correlacional entre los rasgos de agresividad y los rasgos de personalidad en las niñas que residen en el Hogar de la Niña del distrito de V.L.H, Trujillo. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Psicología. Universidad Privada César Vallejo, 1997.
- PINILLOS P. Rasgos de la Personalidad de las alumnas del 5° año de secundaria de los Colegios particulares de la Ciudad de Trujillo. Tesis para optar el Grado de Bachiller en psicología. Universidad Particular César Vallejo, 1994.
- CABANILLAS D. Modo de vida de la familia en el pueblo de Moche. Informe de Práctica Pre-profesionales. Facultad de Ciencias Sociales. Antropología, Universidad Nacional La Libertad.1992.
- GOMEZ M. Interrelación de factores psicosociales con el uso de satisfactores de afecto en familia con hijos adolescentes. Sector la Perla, Trujillo. Tesis para optar el Grado de Maestra en Enfermería con Mención en Salud, Familia y Comunidad. Universidad Nacional La Libertad, 1995.
- TELLO C. A. Estilo de vida Promotor de salud de familias jóvenes cajamarquinas-Perú. Tesis para optar el Grado de Magister en Salud Comunitaria. Universidad Concepción Chile.1992.
- RODRIGUEZ L. Problemas Socioculturales y Religiosidad popular en el distrito El Porvenir, Trujillo-Perú. Facultad de Ciencias Sociales. Antropología, Universidad Nacional La Libertad. 1990.
- PERALES A & SOGI C. Ansiedad y depresión: unidad o diversidad clínica. *Acta psicol psiquiatr Am Lat.*, 1999
- NOVARA J., SOTILLO C., WARTHON D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana, Lima, 1985.
- FERRANDO D. Los jóvenes en el Perú. Opiniones, actitudes y valores. Encuesta nacional de hogares 1991. Monografía de Investigación N° 7. CEDRO, Lima, 1992.
- PERALES A, SOGI C, SANCHEZ E, SALAS RE, BRAVO F y ORDOÑEZ C. Conductas de riesgo en adolescentes de Lima. Serie Monografías de Investigación. N°7. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, 1999: 10-59.
- PERALES A, SOGI C, GARCIA M,FLORES R, GONZALES D, TORRES R, BERNAL E. Sistema de Registro del Uso y Abuso de Alcohol y Drogas (RENAD). Proyecto de Educación e Inform. Pública sobre Drogas. Conv. Perú-AID, Lima, 1990.
- ZUNG W W K. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, (12): 63-70.
- ZUNG W W K. A Rating Instrument for Anxiety Disorders. *Psychosomatics*, 1971, 12: 371-79.
- VAZ RF, MBAJIORGU EF, ACUDA SW. A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe. *Cent Afr J Med*, 1998, 44 (9): 214-219.
- COBURN D, JOVAISAS AV. Perceived sources of stress among first-year medical students. *J Med Educ*, 1975, 50 (6): 589-595.
- STEWART S M , BETSON C, MARSHALL I, WONG C M, LEE P W, LAM T H. Stress and vulnerability in medical students. *Med. Educ*,1995, 29 (2): 119-127.
- SUPE AN. A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *J Postgrad Med* 1998, 44 (1): 1-6
- VITALIANO PP, MAIURO RD, RUSSO J, MITCHELL ES. Medical student distress. A longitudinal study. *J. Nerv. Ment Dis*, 1989, 177 (2): 70-76
- GREENSON R R. The Technique and Practice of Psychoanalysis. Vol 1. International University Press. N.Y. 1967.
- PALLAVICINI G.J. VENEGAS R.L. ROMO V.O. Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 1988 (98)?, 25 (1): 23-29.
- RESTREPO A, JARAMILLO F, MARTIN J C. Estrés en estudiantes de medicina del Instituto de la Universidad Católica de Chile. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 1988, 25 (1): 38-43.
- PERALES A, SOGI C, PALOMINO DE LA GALA R, ECHEANDIA J y CARHUAPOMA M. Salud mental en estudiantes de medicina y enfermería. Estudio comparativo. 2000 En prensa.
- COBB S. Social Support as a moderator of life-stress. *Presidential Address. Psychosom Med*, 1976, 38: 300.
- LAGE A. Los desafíos del desarrollo: La actividad científica como eje de la formación del personal de salud. *Educ. Méd Salud*,1995: 29 (3-4): 243-56.
- TEMPLE NJ, BURKITT D P. Towards a new system of health: the challenge of western disease. *J. Community Health*, 1993, 18(1): 37.
- COOMBS R.H, VIRSHUP B.B. Enhancing the psychological health of medical students: the student well-being committee. *Med. Educ.* 1994, 28 (1): 47-54.
- MICHIE S and SANDHU S Stress management for clinical medical students. *Med.Educ*, 1994, 28 (6): 528-533.
- COTRELL D J, McCRORIE P, PERRIN F. The personal tutor system: an evaluation. *Med.Educ*, 1994, 28 (6): 544-549.
- GAUGHAN F, DINEEN M, COLE M, DALY R J. Stress in medical students. *Ir Med J*, 1997, 90 (5): 184-185.