



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIO-ACADÉMICOS

DIEZ AÑOS DE INVESTIGACIÓN EN LA UAM

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención
del grado de Doctora en Psiquiatría)

Autora: Arantxa Santa-María Morales

Directores:

Prof .Dr. José María Poveda de Agustín, Profa Dra. M^o Rosario López Giménez

Madrid, Marzo 2013

DEDICATORIA

A quienes serán médicos por la UAM a partir de mañana,

*Ojalá que un día
todo lo escrito a continuación esté desfasado
merced a la efectividad de las medidas
que se implementaren.*

“Possunt quia posse videntur”

... a vuestra salud.

A mi MADRE, a mis mayores, mis maestras y maestros;

a mi hija Ángela Lucía e hijo José Soyuz;

a mi extensa familia, la de sangre y la del corazón:

RESUMEN (ABSTRACT)

El ejercicio de la Medicina se asocia a alta prevalencia de patologías como estrés, conductas autodestructivas, burn-out o depresión. Para una mayoría de médicos resulta difícil pedir ayuda y, en muchos casos, procuran ocultar su sufrimiento mental hasta que es incapacitante o se producen consecuencias objetivables. Como abordaje preventivo de primer orden se encuentra la detección precoz entre los estudiantes de Medicina de alteraciones de su salud mental. Los factores socio-académicos son variables intermedias, propias de la colectividad universitaria, que afectan a la salud de los estudiantes a través de su socialización. Para el perfil mayoritario de los estudiantes de Medicina de la UAM, los años de Facultad coinciden con una etapa del ciclo vital (18-25 años) en la que se consolida la identidad adulta y a la que se añade la identidad profesional. Estudios preliminares indican que la prevalencia de problemas de salud mental en Licenciatura de Medicina de la UAM es superior a la de la población española de la misma edad, mayor en los primeros cursos y entre el sexo femenino.

Con la hipótesis de que **debería existir una asociación significativa entre variables socioacadémicas, propias de la socialización médica temprana, y la prevalencia de malestar psicológico**, así como con la capacidad de obtener ayuda especializada, a lo largo de la carrera de Medicina, se analizaron 10 cortes transversales (estudios de prevalencia) correspondientes a los años académicos entre 1999-2000 y 2009-2010. Cada uno de ellos siguió la misma metodología en la recogida de datos en las aulas de 1º, 3º y 6º cursos. Se valoró estado de salud mental mediante GHQ28 (**General Health Questionnaire**, versión subescalar), tomado el punto de corte 5/6 para definir “caso de malestar psicológico-riesgo de patología mental no psicótica”. Para valorar lo socioacadémico y la demanda y uso de ayuda se utilizó un cuestionario de elaboración propia, validado a través de este estudio. Se han construido indicadores para valorar lo socioacadémico, como **Razones de Desajuste de Expectativas (Desilusión, Saturación), Logro, Esfuerzo y Presión percibidas, entre otros**. Se analizaron 3722 cuestionarios, recogidos entre 1999 y 2009 en Medicina de la UAM; el 43% de primer curso, el 30% de tercero y el 27% de sexto, que constituye una muestra representativa, también en su distribución por sexo (73% mujeres y 27% hombres).

Globalmente, la prevalencia de malestar psicológico alcanza un 42,2% en mujeres y un 29,8% en hombres. Estas cifras son alarmantes, por ser muy superiores a las de la población general de referencia, pero sobre todo porque sólo un 8% de futuros médicos con malestar psicológico en la carrera afirma estar recibiendo alguna ayuda especializada, y casi 2/3 de ellos ni siquiera cree necesitarla. La “Presión socioacadémica” percibida es alta aún en época libre de exámenes (2.5 sobre 4), y la percepción del “Esfuerzo” supera la de “Logro” en más de un 30%. En promedio, la falta de satisfacción en las relaciones universitarias es llamativa, en particular con el profesorado (máximo de 80% poco-nada satisfecho). Los factores que más influyen en puntuaciones GHQ28 indicativas de malestar, son el sexo (femenino OR [1.5-2.0]), el curso (1º OR=[2.8-4.5] respecto a 6º), puntuación alta en “Esfuerzo” (OR=[2.0-4.0]) y baja en “Logro” (OR=[0.4-0.6]), y necesidad expresada de ayuda especializada (OR =[3.6-6.6]).

Se han visto claras diferencias de género, empezando por la prevalencia de GHQ positivo, 10% mayor en mujeres de 1º y 3º cursos, mayores puntuaciones en “Presión académica” y “Esfuerzo”, menores puntuaciones en “Logro”, menor proporción de estudiantes GHQ + que expresan necesidad de ayuda especializada, y aún menos que utilizan dicha ayuda. En varios indicadores se produce un igualamiento entre hombres y mujeres en el último curso, lo que podría sugerir que la necesaria adaptación a las condiciones socioacadémicas de la carrera médica podría implicar cambios en la manera de expresarse a través de una encuesta más propios del género masculino. En los hombres, es destacable la influencia del factor “Desilusión” en el resultado de GHQ28 (OR= [1.1-4.0]). Hay una relación más fuerte entre necesidad expresada de ayuda y GHQ+ en los hombres (OR=[2.4-8.4]) que entre mujeres (OR=[3.3-6.6]); también son “ellos” más proclives a utilizar ayuda especializada. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, en hombres se vio una asociación entre GHQ + y consumo de anfetaminas (OR=[1-9.6]), mientras que en las mujeres la asociación se vio con los ansiolíticos (OR=[1.2-2.1]).

La adaptación aparente en el último curso, según la bajada de la prevalencia, queda cuestionada por los altos niveles de presión e insatisfacción con las relaciones universitarias, así como por la fuerte influencia de la “Desilusión” en sexto curso sobre la salud mental (OR=[3.7-14.0]), lo cual cuestiona que esta adaptación sea realmente saludable. La comparación de los análisis factoriales de las escalas de expectativas positivas y logro sugiere la hipótesis del estatus social asociado a la capacidad profesional como médico se vive como compensación para aceptar el sufrimiento psicológico que hemos observado en nuestra

muestra, pero al tiempo dificulta la toma de conciencia de los estudiantes acerca de su propio problema, y supone una barrera para la intervención precoz.

Esperamos haber proporcionado una serie de elementos para la reflexión desde un enfoque de promoción de la salud, que permiten plantearse nuevas hipótesis sobre la salud mental en el pregrado y cómo prevenir el desarrollo futuro de trastornos más graves en el postgrado, a través de la intervención sobre aspectos socioacadémicos como el logro, las relaciones sociales o el ajuste de las expectativas. Además, en este trabajo se ha propuesto el término “factores socioacadémicos”, como determinante social distal de la salud mental; se han diseñado y validado una serie de indicadores para medir algunos de ellos, como la presión académica, o el desajuste de expectativas; se ha valorado la fiabilidad del test GHQ-28 para población de estudiantes de medicina españoles; y se han realizado recomendaciones para continuar con la investigación, docencia y desarrollo de intervenciones en el marco de una Universidad Saludable.

ABSTRACT

The medical profession is associated with high levels of stress and other risks for mental health. Despite the high prevalence of depression, anxiety, burn-out, suicide or self-harming behaviour amongst doctors, it is hard for many of them to seek specialised help, and often they conceal their distress until there are consequences, such as having to take time off work. Early detection of mental health problems among medical students constitutes a first class preventive approach. There are factors related to the university social environment, named “socio-academic” in this paper, which affect students’ health and their patterns of help-seeking behaviour. For the majority of medical students the period at university is key in the development of their adult identities. With the purpose of deepening the understanding of medical students’ mental health determinants, mainly by observing the progression from first to final year and keeping a gender perspective, a series of 10 cross-sectional studies were analysed. They looked into mental health status through GHQ-28 (5/6 threshold); help seeking behaviour and socio-academic factors were assessed through an original test, validated in this piece of work. New indicators have been created, such as Achievement, Effort, Pressure, Mismatched Expectations Ratio, i.e.

Yearly sampling at University Autónoma of Madrid Medical School in the 1st, 3rd and 6th years, from 1999 to 2010, provided a representative total of 3722 questionnaires collected, 73% of whom were women (2734 W – 988 M). The first year has 43% of the sample, with 30% belonging to 3rd year and a 27% to the final.

Overall, prevalence of psychological distress reaches 42.2% in women (close to 50% in the 1st and 3rd years) and 29.8% in men. These figures are worryingly high compared to their age peers from the general population. Of even greater concern are the facts that only 8% of distressed students report to benefit from any specialized care, and that only over 30% distressed students recognize the need for such help. Social-academic Pressure indicator showed an average of 2.5 on a 4-point scale, for a period free of exams; perceived Effort is approximately 30% higher than perceived Achievement along all years. Average scores on the items about satisfaction with university social relations are low and decrease as years go by, particularly the relations with teaching staff. Logistic regression identified factors with more influence on GHQ28 results indicative of psychological distress: being a woman (OR [1.5-2.0]), studying the 1st year (OR=[2.8-4.5] compared to the 6th), high scores on Effort (OR=[2.0-4.0]), low in Achievement (OR=[0.4-0.6]), and those who acknowledged need of specialised care (OR

=[3.6-6.6]). Gender differences start with a higher score for women on GHQ28 and over 10% higher prevalence of psychological distress than their male classmates, a finding that is consistent in the starting years. These differences disappear in the final year but those on Pressure and Effort persist higher than for males and the Achievement shows lower scores than men for every year. Generally women are shown to be less help-seeking oriented than men, and this finding is particularly clear in the final year. Several indicators show more even scores between men and women in the final year. This finding that can be interpreted as a sign of necessary adaptation to the medical's socio-academic conditions. The latter, in conjunction with the apparent decrease on psychological suffering in the final year (i.e., GHQ+ prevalence dropping more than 20% in women) can be interpreted as a sign of an adaptative process, but whether such a process is a healthy one remains unclear, especially in the light of findings such as the strong link between Psychological distress and Expectations mismatch in the final year (OR=[3.7-14.0]). In relation to the use of psychoactive substances, there are gender differences too: women associate GHQ+ results to anxiolytics consumption (OR=[1.2-2.1]), whereas men with GHQ+ show association to amphetamines (OR=[1-9.6]).

Results from the comparative factor analysis performed on the Expectations and Achievement scales suggest the hypothetical role of the medical profession's social status as a 'secondary benefit' for the amount of effort and suffering that the students bear during their training, and that this study has evidenced. If so, at the same time it poses an obstacle to student's realization of their needs and subsequent search of appropriate help.

In summary, this piece of research coins the term "socio-academic" factors to focus on variables related to the medical socialization and other aspects of academic life. Using the original questionnaire designed in 1998, a series of socio-academic indicators have been created and validated. Their statistical analysis has showed some evidence of their association with the medical students' mental health status. We hope all the latter provided some elements to reflect on the determinants of medical students mental suffering, and some key findings which informed the proposed recommendations for preventive action and health development in this field. The Health Promoting Universities Framework is considered as the most comprehensive one to address medical students' health within the university setting.

Keywords: mental health, psychological distress, medical students, gender, help-seeking, health promotion, social academic factors, social determinants, expectations, achievement, disappointment, burn-out, health promoting university.

INDICE DE CONTENIDOS_Toc354386643

DEDICATORIA	3
RESUMEN (ABSTRACT)	5
ABSTRACT	9
INDICE DE CONTENIDOS	11
INDICE DE ILUSTRACIONES – GRÁFICAS	15
INDICE DE TABLAS	16
AGRADECIMIENTOS	17
PRÓLOGO	19
1. RESUMEN EJECUTIVO	23
1.1 Planteamiento del estudio	23
1.2 Objetivos	26
1.3 Método	27
1.4 Resultados	30
1.4 Conclusiones	34
2. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	37
2.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA: LA SALUD MÉDICA	37
2.2 LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MÉDICA	39
2.3.1 LA SALUD COMO CONTINUO	47
2.3.2 MODELO DE CONSENSO DESARROLLADO EN EL PROYECTO EUPHID.	53
2.3.3 MODELOS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	54
2.3.4 LOS FACTORES SOCIOACADÉMICOS	59
2.5 LA ESTRATEGIA PREVENTIVA: PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA	59
2.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD, EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN	61
2.6.1 CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS “SALUDABLES”.	63
2.6.2 REORIENTAR LOS SERVICIOS SANITARIOS	63
2.6.3 FORTALECER LA ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD	64
2.6.4 DESARROLLAR LAS HABILIDADES PERSONALES	64
2.6.2 CREACIÓN DE “ENTORNOS SALUDABLES”	65
2.6.5 UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD – PROGRAMA U. SALUDABLE	65

2.4 EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN MÉDICO	68
2.4.1 SOCIALIZACIÓN MÉDICA	68
2.7 RESPONSABILIDAD SOCIAL Y PROFESIONALISMO	75
2.7.1 LA COMPLEJIDAD DE AYUDAR AL MÉDICO A CUIDARSE	77
2.8 INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA	82
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	87
<hr/>	
3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	87
3.2 OBJETIVO GENERAL	89
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	89
4. PERSONAS, MATERIAL Y MÉTODOS	91
<hr/>	
4.1 EQUIPO HUMANO Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	91
4.2 DISEÑO Y SUJETOS DE ESTUDIO	92
4.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA	93
4.3.1 CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL GENERAL GHQ-28	93
4.3.2 DESARROLLO DEL CUESTIONARIO SOCIOACADÉMICO	96
4.3.3 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOCIOACADÉMICO	97
4.3.4 ANÁLISIS DE FIABILIDAD	98
4.4 RECOGIDA Y GRABADO DE DATOS	99
4.4.1 UNIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS: PRÁCTICAS DE PSICOLOGÍA MÉDICA EN INVESTIGACIÓN	100
4.5 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	102
4.6 PREPARACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA SU ANÁLISIS	102
4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	104
4.7.1 AYUDA PSICOLÓGICA	104
4.7.2 ESTUDIOS Y SALUD	105
4.8.1 ANÁLISIS BIVARIANTE	107
4.8.2 MULTIVARIANTE	107
4.9 RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN	108
5. RESULTADOS	109
<hr/>	
5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	109
5.2 PUNTUACIONES DE GHQ-28 Y SCREENING DE SALUD MENTAL	112
5.2.1 Determinación de la Prevalencia de Malestar Psicológico	114
5.3 RELACIÓN ENTRE AYUDA ESPECIALIZADA Y MALESTAR PSICOLÓGICO	118
5.3.1 Necesidad expresada de atención psicológica/Psiquiátrica	121
5.3.2 Relación entre necesidad expresada y utilización de ayuda	124
5.4 ESTUDIOS Y SALUD: LO SOCIOACADÉMICO	125
5.4.1 INDICADOR DE PRESIÓN SOCIOACADÉMICA PERCIBIDA	127
5.4.2 SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES UNIVERSITARIAS	129
5.4.3 INDICADORES DE EXPECTATIVAS RESPECTO A LA CARRERA MÉDICA	131

5.4.3.1 Expectativas positivas	131
5.4.3.2 Expectativas negativas	133
5.4.3.3 Experiencia actual: Relación entre Esfuerzo y Logro	133
5.4.3.4 Razón de expectativas positivas (REP)	136
5.4.3.5 Razón de Expectativas Negativas (REN)	138
5.5 ANÁLISIS MULTIVARIANTE	140
5.5.1 MODELO DE REGRESIÓN DE LAS SUBESCALAS DEL TEST DE GOLDBERG	140
5.5.2 CORRELACIONES BIVARIANTES	140
5.5.3 MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA	141
5.5.3.1 Ayuda Psicológica y GHQ28	141
5.5.3.2 Factores Socioacadémicos y GHQ-28	144
5.5.4 ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS “EXPECTATIVAS PREVIAS” Y “EXPERIENCIA ACTUAL”	147
6. DISCUSIÓN	151
6.1 DISCUSIÓN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS	151
6.1.1 LA MUESTRA	151
6.1.2 EL MALESTAR PSICOLÓGICO A LO LARGO DE LOS CURSOS	151
6.1.3 EL PREDOMINIO DEL COMPONENTE ANSIOSO DEL GHQ28	153
6.1.4 EL CUESTIONARIO ORIGINAL Y LO SOCIOACADÉMICO	154
6.1.5 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	156
6.1.6 LA AYUDA ESPECIALIZADA Y MALESTAR PSICOLÓGICO	158
6.1.7 LA SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES UNIVERSITARIAS	161
6.1.8 LA IDENTIDAD MÉDICA: COMPARACIÓN DEL ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS EXPECTATIVAS Y LA PERCEPCIÓN DE LOGRO	163
6.1.9 OTRAS CONSIDERACIONES PARA PROFUNDIZAR	164
6.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	165
6.2.1 DEL TEST GHQ-28	165
6.2.2 DEL CUESTIONARIO ORIGINAL	166
6.2.3 DE LA MUESTRA	167
6.2.4 DEL ANÁLISIS	169
7. CONCLUSIONES	171
8. RECOMENDACIONES	175
8.1 TEMÁTICAS CLAVE PARA EL TRABAJO CON ESTUDIANTES.	179
APÉNDICES	183
APÉNDICE I: MINI-GLOSARIO	185
APÉNDICE II: PALABRAS CLAVE	189
APÉNDICE III: PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN DESCARTADAS	190
APÉNDICE IV: CUESTIONARIOS 1.0 Y 1.1	191

APÉNDICE V: INFORME DE PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL (ASIGNATURA DE PSICOLOGÍA MÉDICA, SEGUNDO DE GRADO)	193
APÉNDICE VI: ÍTEMS DEL CUESTIONARIO ORIGINAL UTILIZADOS	197
APÉNDICE VII: GRÁFICAS GHQ-28 DE LAS COHORTES INCOMPLETAS	199
APÉNDICE VIII: UTILIZACIÓN DE AYUDA PSICOLÓGICA POR AÑOS ACADÉMICOS	201
APÉNDICE IX: VARIABLES SOCIOACADÉMICAS CON INFLUENCIA NEGATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA (DESGLOSE POR SEXO Y CURSO)	203
APÉNDICE X: ESCALA PRESIÓN SOCIOACADÉMICA (GRÁFICAS COHORTES-CLASE)	205
APÉNDICE XI: DESCRIPTIVOS ESCALAS EXPECTATIVAS	207
APÉNDICE XII: DISTRIBUCIONES RAZÓN DE EXPECTATIVAS POSITIVAS	208
APÉNDICE XIII: ANTECEDENTES UAM DEL PRESENTE ESTUDIO.	213
<u>BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA (POR ORDEN ALFABÉTICO)</u>	<u>215</u>
OTROS ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES	229

INDICE DE ILUSTRACIONES – GRÁFICAS

ILUSTRACIÓN 1: DISTRIBUCIÓN DEL MUESTREO GLOBAL.	30
ILUSTRACIÓN 2: ESPECTRO COMPLETO DEL BIENESTAR.	47
ILUSTRACIÓN 3: DISTRIBUCIÓN EN UNA POBLACIÓN HIPOTÉTICA DE LOS GRADOS DE SALUD MENTAL..	48
ILUSTRACIÓN 4: MODELO DE SALUD MENTAL BIDIMENSIONAL.	49
ILUSTRACIÓN 5: LOS TRES EJES PRINCIPALES DEL BIENESTAR AFECTIVO SEGÚN WARR	51
ILUSTRACIÓN 6: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DEL DESEMPEÑO (PERFORMANCE) Y ESTRÉS.	52
ILUSTRACIÓN 7: EL MODELO DE CONSENSO EUPHID.	53
ILUSTRACIÓN 8: LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.	55
ILUSTRACIÓN 9: PROGRESIÓN POR LAS ETAPAS DE SOCIALIZACIÓN MÉDICA (COM. DE PRÁCTICA)	71
ILUSTRACIÓN 10 : LOS COMPONENTES PRINCIPALES PARA ELABORAR UNA TESIS DOCTORAL	91
ILUSTRACIÓN 11: PREVALENCIA MALESTAR PSICOLÓGICO EN LA MUESTRA GLOBAL (1999-2010).	115
ILUSTRACIÓN 12: EVOLUCION DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL CURSO (HOMBRES)	116
ILUSTRACIÓN 13: EVOLUCIÓN DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN CURSO (MUJERES)	116
ILUSTRACIÓN 14: CRONOLOGÍA DE LA PREVALENCIA DE GHQ+ (MUJERES)	117
ILUSTRACIÓN 15: CRONOLOGÍA DE LA PREVALENCIA DE GHQ+ (HOMBRES)	118
ILUSTRACIÓN 16: ESTUDIANTES CON GHQ+ (MALESTAR PSICOLÓGICO) QUE DECLARARON ESTAR UTILIZANDO ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA.	120
ILUSTRACIÓN 17: ¿CREE NECESARIO UTILIZAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA?	122
ILUSTRACIÓN 18: NECESIDAD EXPRESADA DE AYUDA (SI-NO-NS/NC)	123
ILUSTRACIÓN 19: DISCREPANCIA ENTRE NECESIDAD Y USO DE AYUDA	124
ILUSTRACIÓN 20: HISTOGRAMA CON LA DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR PRESIÓN SOCIOACADÉMICA PERCIBIDA.	127
ILUSTRACIÓN 21: PRESIÓN ACADÉMICA PERCIBIDA EN LA MUESTRA GLOBAL (MEDIA IC95%)	128
ILUSTRACIÓN 22: COMPARACIÓN DE LOS ÍTEMS SOBRE RELACIÓN CON EL PROFESORADO.	130
ILUSTRACIÓN 23: HISTOGRAMA CON LA DISTRIBUCIÓN DE LA REP.	136
ILUSTRACIÓN 24: DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR DE SATURACIÓN EN LA MUESTRA GLOBAL.	139
ILUSTRACIÓN 25: EFECTO HIPOTÉTICO DE UNA INTERVENCIÓN CON ENFOQUE POBLACIONAL.	179
ILUSTRACIÓN 26: MALESTAR PSICOLÓGICO POR CURSO - HOMBRES (CLASES INCOMPLETAS)	199
ILUSTRACIÓN 27: MALESTAR PSICOLÓGICO POR CURSO - MUJERES (CLASES INCOMPLETAS)	200
ILUSTRACIÓN 28: PROMOCIÓN 2004/05-2009/10	205
ILUSTRACIÓN 29: HISTOGRAMA REP EN LA MUESTRA GLOBAL	208

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fiabilidad GHQ-28 en estudiantes de medicina de la U.A.M (cálculo sobre n=3722).	94
Tabla 2: Fiabilidad general del cuestionario original	97
Tabla 3: Fiabilidad de las escalas creadas	98
Tabla 4: Composición de las cohortes-clase.	102
Tabla 5: Indicadores creados a partir del cuestionario original	105
Tabla 6: Distribución por sexo de la muestra global	108
Tabla 7: Detalle Distribución muestral por sexo desglosada por año académico.	109
Tabla 8: Distribución por sexo y curso de las cohortes-clase completas.	110
Tabla 9: Puntuaciones GHQ-28 en muestra global, por sexo y curso.	111
Tabla 10: Puntuaciones GHQ-28 en las cohortes-clase, por sexo y curso.	112
Tabla 11: Prevalencia de Malestar Psicológico por sexo y curso.	113
Tabla 12: Asociación entre utilización de ayuda y malestar psicológico	118
Tabla 13: Gravedad del malestar según quien utiliza ayuda, por curso y sexo.	119
Tabla 14: Descriptivos de Presión Socioacadémica Percibida. Muestra global.	124
Tabla 15: Influencia negativa de variables socioacadémicas por sexo	125
Tabla 16: Diferencias por curso en la Influencia Negativa en la calidad de vida	126
Tabla 17: Estudiantes poco o nada satisfechos con Relaciones universitarias	128
Tabla 18: Escala de Expectativas Positivas, por sexo y curso. Muestra global.	131
Tabla 19: Descriptivos por cohorte-clase de la escala Expectativas Positivas	131
Tabla 20: Descriptivos de la escala de expectativas negativas. Muestra global.	132
Tabla 21: Escalas sobre la Experiencia con la carrera de Medicina. Muestra global.	133
Tabla 22: Diferencias de Género en la relación Esfuerzo-Logro	134
Tabla 23: Descriptivos de la Razón de expectativas Positivas	136
Tabla 24: Descriptivos de la Razón de Expectativas Negativas. Muestra global.	137
Tabla 25: Coeficientes de regresión lineal GHQ-ansiedad.	139
Tabla 26: Correlaciones bivariantes con GHQ-28 y entre escalas socioacadémicas	140
Tabla 27: Modelo de regresión ayuda psicológica y GHQ-28	141
Tabla 28: Modelos regresión logística diferenciados por sexo. Ayuda y GHQ-28.	142
Tabla 29: Modelos de Regresión logística GHQ-28 y Factores socioacadémicos, por sexo.	144
Tabla 30: Modelos Reg. Logística GHQ.28 y Factores Socioacadémicos, por curso.	145
Tabla 31: Análisis factorial 1: Expectativas antes de comenzar la carrera.	146
Tabla 32: Análisis factorial 2: Experiencia de lo encontrado en la carrera.	147

AGRADECIMIENTOS

*A la Facultad que me ha visto crecer, madurar y aprender a sanar, y con ello me refiero **a las personas que la habitan** y en ella trabajan, con quienes he tenido el privilegio de relacionarme académica y humanamente: junto a la obvia adquisición de conocimientos, aquí he encontrado el espacio para crecer y contribuir activamente a su propia dinámica, contribuir a su intrahistoria; he podido practicar algunas de las habilidades y actitudes más necesarias para conducirme por la vida profesional.*

A los miembros de mi familia, de sangre y elegida, gracias por las puertas abiertas, por la incondicionalidad de nutrir sin exigir, también por corregir y provocar; por lo aprendido, compartido, desarrollado y aprovechado.

A quienes me enseñaron a relativizar la importancia del poder que otorga ser médico, y así darme la perspectiva necesaria para entrar en la verdadera interdisciplinariedad, tan reveladora para interpretar estos resultados.

A quienes han cuestionado alguna idea, o muchas; gracias a este estímulo para la reflexión, he podido avanzar.

A las crisis, dificultades vitales y eventos estresantes acarreados, capeados, resueltos, o como dice la jerga profesional, afrontados: gracias a ellas he ganado en salud (sobre todo, mental) y he crecido lo suficiente como para entregar este trabajo.

Al apoyo brindado por muchas personas para transformar necesidad en realidad; y doctoranda, en doctora. Especialmente a los miembros "senior" del equipo de investigación en salud mental de estudiantes: sin su aliento y constancia este trabajo habría sido literalmente imposible.

PRÓLOGO

Cuando estudiaba segundo curso de medicina, a principios de 1993, ocurrió un suceso que marcaría el principio de esta investigación: una compañera de tercer curso, un día después de recibir las notas del trimestre, se suicidó

Durante unos días en la Facultad se respiraba un estado de conmoción general; Riadas de estudiantes y una nutrida representación del profesorado y demás personal de la casa acudieron al acto de duelo que se organizó con solemnidad. Se declararon dos días de luto, tras los cuales, y pasado el primer desconcierto, la vida universitaria siguió, implacable, su curso. Pero para algunas personas, este asunto no tendría sitio en el olvido. Mi compañera Maribel, que hoy es psiquiatra y profesora doctora, conocía a nuestra compañera de listas: una chica muy estudiosa, muy exigente, poco sociable. Ni siquiera había suspendido, había superado el 70% de la media de los 10 mejores exámenes en todas las asignaturas, aunque ella era una alumna becada que necesitaba pulir su expediente al máximo; pero surgían muchos interrogantes (¿la tensión del esfuerzo pudo con ella?), nadie sabe si fue que se sintió fracasada, si fue una cuestión de no brillar suficiente, como ella estaba acostumbrada, si tenía miedo ... ¿qué le conduciría a un grado de aislamiento como para que nadie ni siquiera sospechase que algo andaba mal, cuando acudía a la misma clase que otras 119 personas cada día? . Me uní a algunas estudiantes, entre las que estaba Maribel, quienes llevaban algún tiempo hablando del tema de la presión académica con preocupación. Fue precisamente en aquel curso en el que, a raíz de algunas reuniones, se pusieron en funcionamiento dos asociaciones de estudiantes: Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM*, cuyo núcleo motor eran de tercero, en una constructiva reacción postraumática , tomando ejemplo de la AED de Cantoblanco; y por otra parte, la Asociación de Estudiantes de Medicina con Inquietudes Humanas (AEMIH), integrada sobre todo por gente de cursos superiores, muchos vinculados al Hospital La Paz (que paraban más frecuentemente por la Facultad). Hasta ese fecha la única iniciativa que dinamizaba algo el cerebro del estudiantado era la publicación “Feedback”, que año tras año y década tras década ha seguido canalizando visiones críticas con el funcionamiento de la Facultad con espacios para el desahogo de las tensiones estudiante-profesor, dando así rienda suelta a ciertas dosis de creatividad e ingenio. Ambos movimientos asociativos convergieron

felizmente al año siguiente, y tras unas elecciones de representantes de alumnos* con participación mayor del 70%, echó a andar una Delegación de Alumnos de nuevo, que había estado dormida durante algunos años. Se reinició la presencia de Medicina en el Claustro y en el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), en el cual incluso UAM ejerció un notable liderazgo en las movilizaciones 6=0 que han sido retratadas en alguna obra cinematográfica¹. Y al otro año, 1995, aquellos más interesados en el ámbito de la cooperación (¿podría aventurarse el término “efecto 0,7-YA”? que en 1994 copó medios de comunicación con una acampada masiva en la Castellana), formaron la sección de Medicina de Estudiantes Sin Fronteras*, organización que contribuyó notablemente a la dinamización “extracurricular” de los finales noventa en la FMUAM.

Un grupo heterogéneo de estudiantes estaba embarcado en la dinamización de tejido social de la Facultad de Medicina. Y la movilización de toda aquella energía sirvió no sólo para llegar con presencia e ir ganando experiencia en los avatares de las Juntas de Centro y Claustros, sino también para lanzar un par de publicaciones que le hicieron compañía al sempiterno Feedback, la “Gaceta de Cos” de AEMIH, y “La Bellota” hoja de poesía independiente (gracias Suso, allá donde estés); o la astuta reconversión entre 1993-94 y 1994-95 de la descarriada FIESTA DE LA PRIMAVERA en La Semana Cultural de la UAM, que posteriormente fue adoptando otros nombres: “Semana Cultural de Medicina” en 94-95, “de 12 a 12, Sin Fronteras” en 95-96 y por último “Exprésate”. Durante los últimos coletazos del siglo XX y albores del XXI, este festival teñía la Facultad de Medicina de la UAM de cierto espíritu creativo y participativo y, aunque no tengo datos de su evolución, al parecer aún se sigue celebrando anualmente.

Parece que las crisis, tomadas como oportunidades de crecimiento pueden producir resultados asombrosos. Da la impresión de que tras la desgracia inicial, la crisis socio-académica de la Facultad de Medicina UAM se resolvió de forma más bien saludable para el conjunto de la comunidad FMUAM.

Al cabo de tres años desde el suceso original, Maribel me contó que estaba pensando pedir una beca para estudiantes de 6º, que consistía en presentar un proyecto de investigación a un Departamento, y me lancé a ayudarla sin dudarla. Así surgió, en 1996, el estudio piloto para

¹ En concreto “La flor de mi secreto”, de Pedro Almodóvar, contó con un nutrido grupo de “extras” que estudiaban medicina en la UAM. El equipo de producción contactó con la central de comunicaciones instalada en La Pagoda, edificio que fue la casa de este resurgir de vida estudiantil hasta su reconversión en 2003.

valorar la salud mental de los estudiantes de medicina, y luego el proyecto interdepartamental entre Medicina Preventiva y Psiquiatría, financiado desde la Fundación General de la UAM, que le dio continuidad hasta el año 2000. Podría decirse que el proyecto fue algo pionero para la mecánica universitaria del momento. De hecho, cuando la autora fue a matricularse de doctorado en 1998, encontró la fatalidad de que no existía experiencia de ningún programa de doctorado interdepartamental.

A partir del año 2000 el proyecto se quedó sin beca de posgrado y, si se pudo mantener la recogida de datos, fue gracias a los profesores comprometidos con el tema, el llamado “Equipo”, compuesto por un médico preventivista, un estadístico y un médico psicoterapeuta, al que posteriormente se sumó en la vertiente internacional otro profesor, médico psiquiatra, dejando el equipo de profesores en dos de cada Departamento. Este equipo ha hecho posible que año tras año se recogieran datos del mismo cuestionario al menos en 1º, 3º y 6º; y lo consiguieron gracias a un modelo participativo, mediante el cual cada año un grupito de aproximadamente 6 estudiantes de 6º curso realizaban su trabajo para las Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre este tema, pasando a la vez a contribuir a esta “línea de investigación”, como la llamaba el profesor más decano. Cada grupo de 6º le daba su personal toque al estudio de cada año, ampliando la muestra de estudio² o añadiendo variables de estudio³

A lo largo de los años, la cantidad de información disponible ha ido creciendo, y con el trabajo que aquí se presenta, esperamos poder aportar alguna luz para entender mejor la problemática en torno a la salud mental de estudiantes de medicina. Tras todo este tiempo de análisis transversales, sin embargo, hay preguntas que aún hoy permanecen sin respuesta. Es más, está por llegar el verdadero proyecto transformador, que permita avanzar hacia cifras de salud mental más acordes con lo que se espera y necesita de quienes juegan un papel absolutamente clave en el futuro de la salud de la población. Un proyecto que ha sido la ilusión de muchos estudiantes mientras realizaban su tarea con nuestro cuestionario, en el que damos con la clave para “cambiar las cosas”, o dicho en términos técnicos, una intervención orquestada a nivel de Decanato, basada en la evidencia, pero valiente, y en donde la epidemiología sea un eslabón necesario para la monitorización de los avances que ilustre la reflexión y guíe la

² Recogiendo datos en otras facultades de medicina, de otras licenciaturas (como Filosofía y Letras, Ingeniería Teleco, Empresariales), o de otras profesiones de la salud (Enfermería, Fisioterapia)

³ Por ejemplo, hábitos de alimentación, higiene del sueño, satisfacción con las prácticas clínicas, entre otros.

mejora continua del proyecto. Una intervención integral empezando por el entorno de la facultad, sus sistemas organizativos y sus procedimientos de ordenación académica, se revise el proceso de acogida del estudiante y los sistemas de evaluación (a la luz de los criterios vigentes del Espacio Europeo de Educación Superior).

En un intento de sumarme a ese sueño, a lo largo de estas páginas se quiere compendiar, analizar y discutir lo que hasta ahora es posible averiguar con los datos disponibles sobre la Salud mental de los estudiantes de Medicina de la UAM en la década 1999-2010, y a raíz de los resultados más relevantes, así como del estudio de la literatura y la teoría relacionada con el tema, generar una serie de recomendaciones para ilustrar futuros trabajos de investigación-acción participativa, para prevenir problemas futuros y sobre todo, para promover la salud mental en el marco de la propia Facultad de Medicina.

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

El futuro de la profesión médica depende, en gran medida, de quienes aprenden Medicina hoy en las aulas. El proceso que atraviesa un estudiante desde que llega a la Facultad hasta que se gradúa, es determinante para la calidad del servicio que prestará a la sociedad como profesional (Wells 2011), desde un punto de vista técnico y humano; pero también es determinante en la forja del carácter y del estilo de vida adulto. Como abordaje preventivo de primer orden, cualquier riesgo para la salud estudiantil asociado a características evitables del proceso de convertirse en profesional debería ser estudiado y combatido. La “salud médica” es un tema fundamental en el marco de la calidad asistencial (West 2009, Grol 2003, Devi 2011) y la seguridad del paciente (NHS 2006, IoM 1999, West 2006, Patterson 2010), pero también lo es desde un punto de vista ético (Dyrbye 2010) y de coherencia profesional (West 2007, Mitchell 2005). Se ha visto que el ejercicio profesional de la Medicina, de forma similar a las demás profesiones sanitarias, se asocia paradójicamente a múltiples riesgos para la salud, entre otros relacionados con la alta exigencia laboral, destacan los del ámbito psicosocial (Huppert 2009), como las condiciones de trabajo (Chen 2004) que propician con frecuencia la fatiga, el estrés (Wells 2011), el aislamiento, el burn-out o la depresión. Las características de la cultura médica tal y como la conocemos trae el problema añadido de que la búsqueda efectiva de ayuda, puede resultar más compleja y dificultosa respecto a la población general, ya que se superpone al estigma propio de la patología mental (Wallace 1997), la polaridad de la autoimagen profesional, que contrapone la identidad médica al rol de paciente (Henderson 2012). Todo ello limita sustancialmente el acceso tanto de médicos como estudiantes (Nuzzarello 2004, Chew-Graham 2003) a la atención clínica, a la utilización de medidas preventivas y de promoción de la salud. Como decíamos, el estrés, el burn-out y la depresión, se encuentran entre las patologías más relevantes de la profesión médica (Baldwin 1997); no sólo por la frecuencia con que aparecen, sino también por otras razones de peso: el gasto que ocasionan, en asistencia, en fármacos (en muchos casos autoprescritos), los costes indirectos correspondientes a los días de baja laboral y bajo rendimiento (Blum 2011, West 2009) que suponen los problemas de salud mental de médicos en ejercicio, sin olvidar los riesgos para el paciente por mala praxis (Hojat 2011), más frecuente en momentos de crisis, fatiga o sobrecarga crónica (Thomas 2007). A pesar de ello, para una mayoría de médicos resulta difícil pedir ayuda (Wallace 2012) y, en muchos casos, procuran ocultar el sufrimiento mental hasta que es incapacitante o se producen consecuencias objetivables (Linda 2008, Williams 2012),

que en algunas ocasiones trascienden a la opinión pública por repercusiones que pueden implicar acciones judiciales, y que ejercen un impacto a varios niveles que en nada favorece la buena asistencia de aquellos médicos con problemas de salud más leves, antes bien, se favorece la perpetuación del estigma asociado al médico enfermo. Por ello, se aboga por dedicar servicios especializados en la atención de este colectivo profesional. En algunos países existen dichos servicios (Myers 2003; NHS 2010) y han sido evaluados muy favorablemente, tanto por sus buenos resultados en los médicos con necesidad de ayuda, como por el análisis de su eficiencia económica (NHS 2010). En España existe un Programa llamado, “de Atención Integral al Médico Enfermo” (PAIME), de ámbito nacional, coordinado a través de los Colegios de Médicos en cada territorio. Salvando las sustanciales variaciones interregionales, este programa tiene, a pesar de su nombre, un enfoque predominantemente asistencial y una accesibilidad aún limitada, pues no es bien conocido entre sus potenciales usuarios y, en general, se centra en los casos más graves, principalmente relacionados con las adicciones (Baranda et al 2012).

Como abordaje preventivo de primer orden, parece obvio el interés de buscar las raíces del problema río arriba (upstream), en la etapa pregraduada. Sin embargo, no existen programas integrales para estudiantes de Medicina: la mayoría de las intervenciones documentadas abordan alguno de los aspectos del problema (Shapiro 2000), como la necesidad de capacitar a los estudiantes mediante cursos puntuales sobre salud mental y autocuidados (documentando cierto éxito a corto plazo) (Coombs 1990), poniendo a su disposición servicios de apoyo específico en el mismo campus (Rosta 2012; Holm 2010), o dando a conocer los recursos al alcance de los estudiantes y coordinando servicios universitarios con el sistema sanitario. Pero aún no se han encontrado documentados programas realmente integrales, en los que sea la propia organización (Moutier 2012) (en este caso la Facultad) la que se reoriente para orquestar una estrategia multinivel basada en los principios de la Promoción de la Salud, que supere el paradigma patogénico (Yamaguchi 1994) y asistencialista (Pinkerton 1994), o se limite a ofertar programas para potenciar los autocuidados (Hassed 2009) y se enmarque desde la Salud Pública. De los escasos programas que apuntan en este sentido (Oliver 2006), no se conocen estudios de evaluación (Hassed 2009) aún a medio ni a largo plazo.

Lo que sí es bien conocido es que quienes estudian Medicina tienen una prevalencia de sufrimiento mental que reclama atención (Dyrbye 2006), y este tema ha suscitado un interés creciente a lo largo de los últimos 20 años en medios especializados. Los estudios encontrados

en los años noventa, fueron llevados a cabo fundamentalmente en países anglosajones y de Europa Occidental y en estudiantes de Medicina (Guthrie 1995; Miller 1991; Hamilton 2000). A partir del año 2000, los estudios realizados sobre la salud mental de estudiantes se amplían también a otras carreras de la salud (Storrie 2010; Cleary 2011; Coelho 2007), y se han multiplicado por toda la geografía del planeta (Kinoyama 2007; Cerchiari 2005; Omigbodun 2006), suscitando este tema interés en países con una menor trayectoria científica (Pereira 2011; Al-Nime 2010; Sreeramareddy 2007). Por otra parte, hay muchos que son estudios de prevalencia con muestras medianas, y limitada capacidad analítica, y aunque han ido apareciendo estudios longitudinales (Midtgaard 2008; Guthrie 1998) o series de cortes transversales (Assadi 2007), y han proliferado los artículos sobre programas de intervención, aún existe una clara necesidad de seguir estudiando (West 2007) los factores determinantes de la buena salud mental en profesiones como la medicina (Dyrbye 2005, 2006), la enfermería (Storrie 2010; Cleary 2011) y otras dedicadas a las ciencias de la salud (Pereira 2011;) .

Desde que se inició este trabajo a finales de los años 90, se ha visto en estudios preliminares (Pastor 2001; Rodríguez 2000; Al-Nakeeb 2003; Habashneh 2009) que la prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes de Medicina es superior a la de la población general de referencia, mayor en los primeros cursos y entre el sexo femenino, lo cual coincide con el estado del arte actual (Salamero 2012; Backovic 2012; Löve 2009; Dyrbye 2006; Hayasaka 2007). Pero aún no disponemos de estudios en España de seguimiento o con análisis longitudinales que puedan aportar evidencia para el diseño de intervenciones integrales. Como tampoco se ha analizado en profundidad en qué medida se involucran con el estado de salud mental factores de la organización y sociedad universitaria, tales como la presión académica percibida, la tensión con los exámenes, la relación con el profesorado o el grado de expectativas respecto a la carrera de las y los estudiantes. Se postula como fundamental este subgrupo de determinantes sociales propios del entorno académico y la vida universitaria, definidos en este trabajo como “determinantes socio-académicos”. Dichos determinantes se pueden enmarcar dentro del modelo vigente de la OMS para los determinantes sociales (Ministerio de Sanidad 2008), como variables intermedias, propias de la colectividad universitaria, que afectan a la salud de los estudiantes a través de su socialización. Como contraste a otros índices utilizados para valorar las condiciones de aprendizaje en educación médica (Roff 1997), **lo que se propone con este trabajo es relacionar los factores socio-académicos con esta perspectiva de salud mental (incluyendo el acceso a la ayuda**

psicológica), a través de herramientas de diseño propio que se describirán en el apartado metodológico.

La población de estudiantes de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid presenta características sociodemográficas particulares, incluso entre las demás poblaciones de estudiantes de Ciencias de la Salud (predominio del sexo femenino (UAM 2012), nivel socioeconómico elevado y altos expedientes académicos preuniversitarios⁴) y, en líneas generales, no se puede asimilar a población general universitaria, aunque sí se han descrito resultados similares con otras poblaciones de estudiantes de carreras de “alta exigencia académica”. Además, para el perfil mayoritario de los estudiantes de Medicina de la UAM, los años que pasan en la Facultad estudiando la carrera coinciden con una etapa clave del ciclo vital (18-25 años), en la que se consolida la identidad adulta y a la que se añade la identidad profesional. Las y los estudiantes adquieren una serie de actitudes hacia sí mismos que les dificultan el pedir y utilizar ayuda cuando tienen algún desajuste o problema de salud mental, que procuran, con frecuencia, hacer invisible. Lo anterior sugiere la hipótesis de que debería existir una asociación significativa entre algunas variables socioacadémicas, propias de la socialización médica temprana, y la prevalencia de malestar psicológico, así como con la capacidad de obtener ayuda especializada, a lo largo de la carrera de Medicina.

Con este trabajo queremos conocer mejor tanto el estado de salud del colectivo estudiantil, como los factores determinantes de una buena salud mental, en especial aquellos factores que tengan relación con variables socio-académicas. El conocimiento adquirido se aplicará al diseño y desarrollo de estrategias coste-efectivas que, consumiendo el mínimo de recursos, mejoren la salud mental de estudiantes y universidad.

1.2 OBJETIVOS

1. Cuantificar la prevalencia de malestar psicológico, como medida de la salud mental de quienes estudiaron Medicina en la UAM en la década académica 1999/00 - 2009/10.
2. Explorar su relación con la capacidad de solicitar ayuda y con factores socio-académicos como la presión académica percibida, los desajustes en las expectativas con

⁴ <http://gangasmir.blogspot.com.es/2012/06/notas-de-corte-en-medicina-curso.html>

relación a la carrera, la satisfacción o la presión con las relaciones universitarias (compañeros, profesores y personal de administración y servicios).

3. Proponer recomendaciones para la intervención en las áreas susceptibles de mejora.

1.3 MÉTODO

Tomando como punto de partida una serie de 10 cortes transversales (estudios de prevalencia) correspondientes a los años académicos entre 1999-2000 y 2009-2010, se reconstruye una perspectiva longitudinal mediante el análisis de cohortes-clase. Cada uno de dichos estudios transversales siguió la misma metodología en la recogida de datos: un equipo de investigación mixto (profesores coordinadores y estudiantes de 6º curso) y un muestreo oportunista, mediante la cumplimentación de los cuestionarios en las aulas de 1º, 3º y 6º cursos en horario lectivo, fuera de época de exámenes, habitualmente en el 2º trimestre. Como **INSTRUMENTOS DE MEDIDA**, se utilizó un cuestionario integrado por:

- **General Health Questionnaire**, en su versión subescalar de 28 ítems (Goldberg 1979; Lobo 1986), tomado el punto de corte 5/6 para definir “caso de malestar psicológico-riesgo de patología mental no psicótica”. Dado que la población de estudiantes de Medicina tiene características sociodemográficas específicas y no asimilables a población general de su edad (alto nivel educativo – expedientes académicos preuniversitarios de élite, predominio del sexo femenino, etc), se validó la fiabilidad de este test para estudiantes de Medicina mediante el cálculo del alfa de Cronbach, incluyendo también la significación de los coeficientes de correlación intraclase, en los análisis independientes de las subescalas.
- Preguntas tomadas de un **Cuestionario de diseño propio**⁵ dividido en tres bloques: 6 ítems dicotómicos en un bloque sobre “Ayuda Psicológica” (respuestas SI/NO/NSNC), para valorar la necesidad expresada y el uso de apoyo profesional, un bloque completo sobre Estudios y Salud (51 ítems de escala Likert de rango 1-4), dividido en cuatro partes a su vez, para valorar factores socio-académicos. Como tercer bloque están las 28 preguntas llamadas “Hábitos”, referidas al consumo de sustancias con

⁵Cuestionario patentado con el título “Encuesta sobre el estado de salud mental en estudiantes universitarios”, número de asiento registral 16/2003/3286.

algún efecto psicoactivo. Se testeó la fiabilidad del cuestionario en conjunto, así como de las escalas o conjuntos de ítems utilizados para construir los indicadores socioacadémicos, a través del alfa de Cronbach y coeficientes de correlación intraclase.

A partir de los ítems de dichos instrumentos se han generado una serie de **VARIABLES**, que sirven como indicadores de resultado en el análisis, los cuales se explican en la tabla a continuación:

Indicador construido	Valores Resultado Indicador	CUESTIONARIO Pregunta/ítem	Categorías/Rango
Media GHQ Malestar Psicológico	0-4 Negativo 5 ó más puntos indica malestar psicológico	Bloque A (test GHQ). Ítems 1-28	0-1 cada ítem Suma Total (0-28)
Utilización de Ayuda	Negativa = NO Positiva = SI	Bloque B (Ayuda Psicológica). Ítem 5	Si - No - NS/NC
Necesidad Expresada de Ayuda	Negativa = NO Positiva = Si+NS/NC	Bloque B (Ayuda Psicológica). Ítem 6	Si - No - NS/NC
Presión Socio-académica Percibida	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 1-8, 44-48)	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/13
Expectativas Positivas	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 9- 20 + 26-28, todos inclusive.	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/15
Expectativas Negativas	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 21-25	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/5
Logro	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 29-43.	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/15
Esfuerzo	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 44-48.	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/5
Satisfacción con los compañeros	SI =Respuestas 3 ó 4 NO = Respuestas 1 ó 2	Bloque C (estudios y Salud), ítem 49	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert)
Satisfacción con los profesores	SI =Respuestas 3 ó 4 NO = Respuestas 1 ó 2	Bloque C (estudios y Salud), ítem 50	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert)
Satisfacción con el PAS	SI =Respuestas 3 ó 4 NO = Respuestas 1 ó 2	Bloque C (estudios y Salud), ítem 51	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert)

A las subescalas así formadas se les realizó un análisis de fiabilidad (alfa Cronbach >0,8 en todos los casos) y se les puso un nombre: Expectativas Positivas, Expectativas Negativas, Logro y Esfuerzo. Con ellas se crearon las Razones de Desajustes de Expectativas:

Indicador	Interpretación	Cálculo	Valores
Razón de Expectativas Positivas	Desilusión	E. Positivas /Logro	Rango de 0,25 a 4
Razón de Expectativas Negativas	Saturación	Esfuerzo/ E. Negativas	Rango de 0,25 a 4
Diferencia Esfuerzo-Logro	Sobreesfuerzo	Esfuerzo - Logro	Rango de -4 a +4

TRATAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se han reunido y depurado exhaustivamente los datos recopilados a lo largo de los años, controlando los duplicados, valores perdidos, valores anómalos y comprobando un 10% aleatorio de los cuestionarios íntegros. Los datos finalmente se unificaron en un archivo de SPSS en el cual se crearon las variables - indicador, previamente descritas, y se realizaron las recodificaciones precisas para el análisis.

Primero se estudió la estadística descriptiva de todas las variables, lo que informó la toma de decisiones en torno a los siguientes pasos del análisis. Todos los resultados se ofrecen segregados por sexo y, en muchas ocasiones, también por curso de medicina. Se identificaron 4 cohortes-clase, correspondientes a los grupos de estudiantes (de la misma clase) que fueron encuestados tanto en primero como en el tercer y sexto cursos, lo cual se ha tenido en cuenta para intentar reconstruir la perspectiva longitudinal.

Al final, para la discusión y conclusiones se hace referencia a los hallazgos en la muestra global en la mayoría de los casos, haciendo énfasis en los patrones que se repiten más frecuentemente en las cohortes, pero sin hacer comentarios particulares sobre ninguna de ellas, por encontrar que el trabajo hasta aquí ya ofrece una dimensión suficiente.

A lo largo de todo el trabajo se han utilizado la *t de Student para muestras independientes* y la *Chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher*, cuando se realizaban comparaciones entre subestratos de la muestra, para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Se han considerado sólo los resultados que alcanzaron una significación estadística menor de 0,05.

Para valorar la influencia de las diversas variables explicativas, se realizaron varios modelos de regresión logística tomando la variable GHQ28 + /- (punto de corte 5/6) como dependiente; por un lado, se agruparon las variables relacionadas con la ayuda psicológica y el uso de sustancias psicoactivas, ajustando por sexo y curso, en un primer modelo general, que se replicó segregando la muestra por sexo y por curso. Por otro lado, se reunieron todas las variables e índices socio-académicos como posibles explicativas, y del mismo modo, se hizo un

primer modelo general, ajustado por sexo y curso, y otros cinco modelos para explorar el ajuste de las mismas variables en cada subestrato (mujeres, hombres, primero, tercero, sexto).

Por último, se realizó el análisis factorial con rotación varimax de las dos escalas construidas sobre “Expectativas +” y “Logro”, con lo que se obtuvieron dos agrupaciones de contenidos según las ideas previas de los estudiantes sobre la carrera y su visión una vez dentro de ella.

1.4 RESULTADOS

De los 3901 cuestionarios recopilados, ya que 19 no reflejaban su sexo, y en otros 160 faltaba otra información, se han utilizado para el análisis 3722, de los cuales 2734 son mujeres y 988 hombres, 1589 de primero, 1117 de tercero y 1016 de sexto. La muestra consiguió una tasa de representatividad adecuada para la década estudiada, tanto general como por sexo.

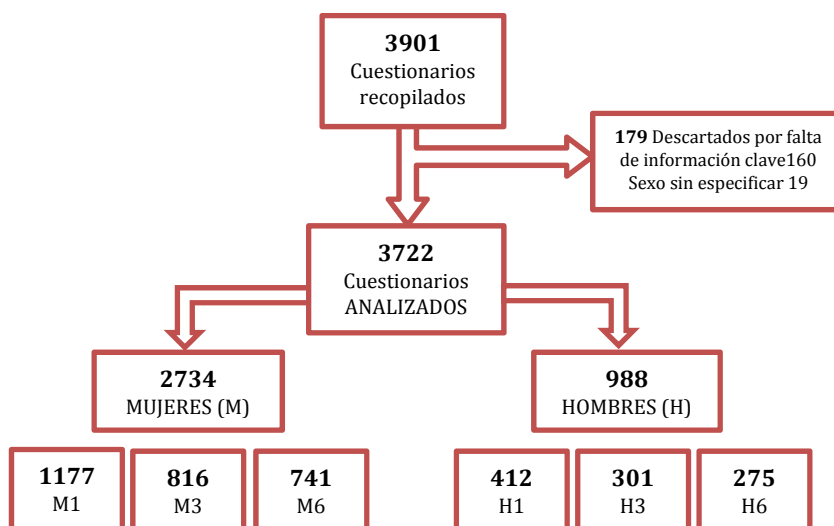


ILUSTRACIÓN 1: DISTRIBUCIÓN DEL MUESTREO GLOBAL

Se realizó la validación de este test para esta población, ya que no tenemos datos en otras muestras de estudiantes de Medicina, y se hizo mediante un análisis de fiabilidad de GHQ28 (n=3722), que dio un valor alfa de Cronbach de 0,903.

Entre las mujeres se han detectado un 42,2% de puntuaciones en el GHQ28 indicativas de **malestar psicológico**, y un 29,8% entre los hombres. Es una cifra muy superior a la prevalencia en población española del mismo segmento etario (16-25) según la Encuesta

Nacional de Salud de 2006 (la cual utilizando el mismo test GHQ dio unas prevalencias de malestar psicológico del 22% en mujeres y 11% en varones). Las mujeres tienen un 10% más casos de malestar psicológico en los cursos iniciales que los hombres, igualándose en el último curso. En ambos sexos, la prevalencia de malestar psicológico disminuye sustancialmente en 6º respecto a cursos anteriores ($p < 0.001$). En los primeros cursos (1º y 3º), la prevalencia de estudiantes en distress (malestar psicológico) triplica las cifras encontradas en población general para los hombres (33 y 34%) y las duplica para las mujeres (49 y 48%). En sexto curso la prevalencia en mujeres (25%) es aproximadamente la misma que la de población de su misma edad, mientras sigue siendo superior a la encontrada en población general en varones (UAM 21% - ENS 11%).

Entre los estudiantes con malestar psicológico, **utilizan ayuda menos del 7% de las mujeres y 9% de los hombres**. La proporción de estudiantes con malestar psicológico que usan algún tipo de ayuda va en aumento a medida que se progresa hacia el final de la carrera, siendo el máximo muy destacado el 25% de los hombres de sexto. Quienes no reciben ayuda pese a presentar malestar psicológico puntúan muy por encima del punto de corte en el test de screening (medias > 10 puntos). Las mujeres reciben atención especializada con puntuaciones en GHQ28 significativamente mayores que los hombres, excepto en sexto.

Cuando se pregunta **si creen que necesitan ayuda**, las mujeres muestran claramente menor grado de necesidad expresada de ayuda (hasta 10% menos). Por cursos, en primero lo expresan menos que los hombres ($p < 0,001$); y en tercero la situación se invierte ($p < 0,001$), para no detectarse diferencias en sexto ($p = 0,67$).

El porcentaje de chicas que se animan a reconocer que necesitan ayuda aumenta sustancialmente en tercero y queda estable en sexto, mientras que para los chicos este aumento ocurre de modo gradual a lo largo de los cursos.

La **Presión Socioacadémica** percibida es alta (2.5/4) y sostenida (variaciones $< 0,3$ en las medias), aumentando ligeramente a lo largo de los cursos, para ambos sexos. Las mujeres muestran puntuaciones mayores en todos los cursos (un 5% más en promedio). Llama la atención especialmente porque todos los estudiantes fueron encuestados fuera de época de exámenes, y en el caso particular de sexto, en un momento del curso en que ya quedaban pocos exámenes por hacer para terminar la carrera.

Otro hallazgo común a hombres y mujeres es que **la percepción de Esfuerzo supera la de Logro**, siendo esta diferencia en promedio (equivalente a un 33%), sostenida a lo largo de los cursos. En las mujeres la diferencia entre esfuerzo y logro se reduce a medida que avanzan los cursos, aunque con variaciones muy pequeñas (0,2 en las medias).

Al valorar los **niveles de desilusión** de los estudiantes mediante la Razón de Expectativas Positivas (REP), y dividida la muestra en quintiles, encontramos que Q4 tiene un valor de 1,5. Esto indica un grado de **desilusión moderada**, y que Q5 aglutina a los estudiantes con grados de decepción más preocupantes, con valores extremos hasta un rango superior por encima de 6. No hay diferencias entre mujeres y hombres, sí se detectó que en primero la desilusión es algo mayor, y que va descendiendo gradualmente, aunque la variación global es pequeña (<0,15 entre las medias de 1º y 6º).

La declarada **insatisfacción con las relaciones** (respuestas “nada” o “poco satisfecho”) es más mayoritaria a medida que avanza la carrera (1º<3º<6º)⁶, tanto con compañeras/os como profesorado y PAS. Este malestar es considerablemente mayor en la relación con profesores y PAS (llega al 80%) que en la relación con los demás estudiantes (máximo< 30%). Los hombres de sexto muestran mayores porcentajes de insatisfacción, tanto en la relación con los compañeros (26%), como con el profesorado (71%). Las relaciones con el PAS, sin embargo, son peor valoradas por las mujeres de todos los cursos.

En los modelos de regresión logística para GHQ+ y factores socioacadémicos, se encontraron varios hallazgos comunes a hombres y mujeres:

- **la escala de Esfuerzo**, dedicada a las dificultades encontradas en su experiencia hasta el momento de la encuesta con la carrera, es el factor que **se asocia con mayor fuerza al malestar psicológico, aumentando el riesgo de padecerlo de 2 a 4 veces.**
- **La percepción de Logro** (*aspectos positivos encontrados*) **es un factor protector de la salud mental, reduciendo el riesgo de GHQ positivo aproximadamente a la mitad** (en hombres OR=0,58; en mujeres OR=0,45), lo cual es cuantitativamente **más importante en las mujeres.**

⁶ En la muestra total, $p < 0,05$ para Chi cuadrado en tablas de 2x2 segregando por cursos. Se hicieron análisis independientes para cada sexo.

En los hombres se aprecia un mayor peso de la desilusión, o también llamado desajuste de las expectativas positivas con respecto a la carrera, que aumentan 2,25 veces la probabilidad de tener GHQ positivo. **En las mujeres, la presión socioacadémica percibida (recordemos que era comparativamente mayor que la de sus compañeros), es el segundo factor de riesgo para el malestar psicológico. Como factor de protección aparece el estar satisfecha con las relaciones** en el entorno universitario (con compañeros, profesores y PAS).

Primer curso tiene coeficientes menores que los demás, siendo la **variable protectora la percepción de logro** y aquellas que aumentan el riesgo la percepción de esfuerzo, la presión socioacadémica y el sexo femenino.

En tercero, aparece como factor protector la satisfacción con las relaciones universitarias, y como nuevo factor de riesgo, el desajuste de expectativas o desilusión (razón de expectativas positivas), que aumenta la probabilidad de puntuar por encima de 5 en el GHQ28 de 1,6 a 4 veces. El esfuerzo se mantiene como factor de riesgo.

Finalmente, **en sexto**, por un lado, las **diferencias entre hombres y mujeres se difuminan**; se **consolida la asociación entre Satisfacción relacional y menor probabilidad de malestar** psicológico, y destaca notablemente la importancia del desajuste de expectativas como factor de riesgo. Dicho en otras palabras, las y los **estudiantes “desilusionados” presentan 7 veces más riesgo de malestar psicológico en sexto curso.**

Hemos observado que aunque la insatisfacción va aumentando al avanzar la carrera, el grado en que la relación docente-discente afecta de forma negativa a la calidad de vida disminuye, por ejemplo: *En primero hay un 30% del total de mujeres a quienes la relación con el profesorado afecta negativamente, y la insatisfacción es del 48%. En cambio, en 6º, la relación con docentes sólo afecta negativamente al 17,46% los hombres, de los que casi el 77% está insatisfecho: Quienes dicen estar menos afectados, son a la vez quienes se muestran más insatisfechos; “¿Heridos e insensibles?”: curiosamente, son los hombres de sexto quienes tienen las puntuaciones GHQ medias más bajas, y son los que más utilizan ayuda cuando el GHQ indica malestar; en esos casos las puntuaciones son muy altas (medias > 12).*

Estos hallazgos hacen preguntarse si los valores más “normalizados “ de GHQ+ en sexto curso corresponden a una adaptación saludable o una que contiene niveles preocupantes de presión,

desilusión e insatisfacción, unidos a un cierto encallecimiento de la herida sufrida a lo largo de la carrera. Parece razonable cuestionar al menos si la cristalización de dicha adaptación no-salutogénica supondrá una rémora para el futuro ejercicio profesional responsable.

Para terminar, al realizar el análisis factorial de las escalas socioacadémicas, se obtuvieron importantes hallazgos, ya que la diferente agrupación de factores entre el antes y el después de incorporarse al gremio, al compararse ofrece una imagen en movimiento de la transición a la nueva identidad profesional. Lo cual se ha observado tanto en primer curso como en sexto, y con estas particularidades: el aprendizaje adquiere connotaciones directamente ligadas al sector salud, al tiempo que se registra una asociación entre la “capacidad profesional” y el “estatus social”, y se produce una separación entre la variable “disfrutar” y aquellas sobre “aprender” y “convertirse en profesional de la salud”, pasando a asociarse con aspectos más típicamente sociales y de ocio.

Estos resultados, así como la literatura reciente, dan razones para creer que los estudiantes experimentan barreras para asumir su problema y para encontrar ayuda, muy similares a las de los profesionales en ejercicio (Henderson 2012; Brooks 2011). Dichas barreras tienen que ver con el estigma asociado al deterioro de la salud mental, y con la gran dificultad del médico para ver la parte de paciente que también es, y desembarazarse de su bata blanca para permitirse recibir el cuidado que necesite, en un ejercicio de profesionalismo y buena práctica, que es necesario poner en valor.

1.4 CONCLUSIONES

A la luz de los principales resultados, queda claro que hay una alarmante proporción de estudiantes con problemas de salud mental, mayor entre las mujeres, que en su inmensa mayoría no tienen conciencia de ello y muy pocas acceden a atención especializada. Además, estos estudiantes soportan de forma sostenida una elevada presión académica (que aumenta con el curso), sienten que los esfuerzos superan a los logros y se encuentran moderadamente desilusionados con la carrera (sobre todo al inicio), insatisfechos en sus relaciones con profesorado y PAS, insatisfacción que aumenta a medida que avanzan los cursos. Desde el primer curso, los estudiantes dejan de asociar el disfrutar con aprender y desarrollarse como, a cambio de adquirir una nueva identidad profesional, ligada al prestigio social.

Se han podido identificar como factores protectores de la salud mental estudiantil, en primer lugar, la percepción de logro y el recibir algún tipo de ayuda, lo que es importante para ambos sexos. Se podría trabajar también en la reducción de la presión socioacadémica percibida en las mujeres, o el reajuste en las expectativas de los hombres, cuya piedra de toque es la desilusión.

Aunque no resulta exhaustivo, para ilustrar los principales hallazgos de esta investigación, se podría delinear, a modo de resumen, **un ejemplo de perfil de vulnerabilidad**, al describir al subgrupo formado por las **mujeres de primero**:

“La mujer de primero tiene de 3 a 5 veces más riesgo de tener malestar psicológico que el resto de sus compañeros. Sufre una presión académica alta (al 60% en época libre de exámenes), articulada en torno a la falta de tiempo, la exigencia académica, la tensión con los exámenes o el abandono de los hobbies. Sus expectativas con respecto a la carrera de Medicina son altas, y lo que se ha encontrado le desilusiona más que a otros estudiantes (es el subgrupo con mayor desajuste de expectativas). Aproximadamente la mitad no se encuentra satisfecha con las relaciones con profesores y PAS, y al 30% la relación con profesores le afecta negativamente a su calidad de vida. Su valoración de los logros alcanzados se encuentra muy por debajo de su percepción del esfuerzo que le está costando (un 33% más). Casi un 49% de las chicas de primero sufren de malestar psicológico, y de ellas menos de un 4% utilizaba alguna ayuda especializada en el momento de la encuesta. El 82% ni siquiera creía necesitarla. Es más probable que una chica de primero sufra malestar psicológico si percibe mucha presión académica, tiene baja satisfacción con los profesores, cree necesitar ayuda o toma ansiolíticos. Y como factor protector de la salud mental de las chicas de primero, la percepción de logro es el más importante, con un peso superior a 0,9.”

Adicionalmente a los principales hallazgos y resultados comentados, se pueden enumerar otras contribuciones de este trabajo de investigación:

- Se define el concepto de factores socioacadémicos como determinante social distal de la salud mental. Se han diseñado y validado una serie de indicadores para medir algunos de ellos, como la presión académica, o el desajuste de expectativas.
- Se valida el test GHQ-28 para población de estudiantes de medicina españoles.
- Se realizan en el capítulo de recomendaciones varias Propuestas al Decanato para investigación, docencia y desarrollo de intervenciones en el marco de UAM Saludable.

Además, esperamos haber proporcionado una serie de elementos para la reflexión desde un enfoque integral de promoción de la salud, que permiten plantearse nuevas hipótesis sobre la epidemiología y promoción de la salud mental en el pregrado.

2. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

(Ideograma chino: "Salud" en mandarín)

*El pueblo es regido por los gobernantes,
es vigilado por la policía,
es sanado por los médicos.*

*Pero, ¿Quién gobierna a los gobernantes,
quién vigila a la policía,
y quién sana a los médicos?*

Atribuida a Lao Tsé (570-490 a.C.)



2.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA: LA SALUD MÉDICA

En las sociedades tribales, las cuales se rigen por un modelo chamánico de atención a la salud, la persona con autoridad sanitaria (o chamán) suele haber pasado por una iniciación en la que ha de curarse de alguna seria dolencia y muy frecuentemente, hace frente a una situación próxima a la muerte, de la cual sale airosa y fortalecida. La experiencia directa, de primera mano, superando la enfermedad y encarando la muerte es condición necesaria (que no suficiente) para convertirse en el referente tribal de salud (Poveda 1997).

La tradición Hipocrática, en su referencia a los estilos de vida como clave del mantenimiento de la salud⁷ se centra más en la importancia del médico como modelo, aunque ya se establece más claramente la dualidad entre médico y paciente. Con Hipócrates y sus coetáneos que contribuyeron al *Corpus Hippocraticum*, se inicia la medicina racional (*tekhnos*) y con ella hay un cambio de conciencia. Quien ejerce la Medicina ya no se identifica con el objeto de la misma, siendo muy posiblemente esta disociación necesaria para la aproximación científico-empírica que ha arraigado en la cultura médica moderna y posterior. El desarrollo de la observación crítica y la evaluación minuciosa como herramientas fundamentales para el avance del conocimiento, prácticamente obliga al distanciamiento entre quien investiga y el sujeto-paciente, con la consiguiente desidentificación entre quien ejerce la Medicina y quien se beneficia de estos avances y saberes (Lief 1963).

⁷ Hipócrates de Cos. Tratados médicos (420-350 aC). [Trad. JM Alsina Ed Anthropos 2001. ISBN 84-7658-596-9]

En una aproximación crítica, aunque parcial ya que sólo pretende considerar aspectos necesarios para el tema que nos ocupa en este trabajo de investigación, la ganancia conseguida por una parte, implica pérdida de contacto con la propia naturaleza humana y vulnerable de quienes ejercemos la Medicina.

Es cierto que para practicar la compasión y la empatía, esenciales para una buena práctica médica, hay un contacto con esta naturaleza humana y emocional, pero orientada al contacto para la relación de ayuda al otro, lo cual es sustancialmente distante del contacto con el propio ser. También es cierto que, en el ámbito de la psicoterapia, es común a varias de las escuelas más relevantes el que se requiera la realización de un período de trabajo personal supervisado, centrado en la propia salud mental, previamente a la obtención de la cualificación profesional como psicoterapeuta⁸. No hay estipulado en la formación médica nada parecido.

En el acto médico el centro de interés es “el otro”, y así debe ser para una buena práctica. De este modo, si los profesionales de la salud dedican la mayor parte de su tiempo útil, cada día, a centrar su atención en la humanidad del paciente, su habilidad para ocuparse de su propia salud puede quedar mermada. En el acervo popular encontramos aforismos que resumen esta idea, el más conocido: “Médico, cúrate a ti mismo”. En una lectura de orientación gestáltica, la dualidad entre *escucha interna* (mirar adentro, conectar con la propia necesidad) y *escucha externa* (mirada puesta fuera, en sintonía con otro ser), se puede ver como una polaridad (Pearls 1976; Peñarrubia 1998) que es necesario trabajar para pasar del antagonismo fracturado a la integración. Dicho de otro modo, cuanto más centrada la persona en el bienestar de otro, mayor riesgo de no atender a sus propias necesidades. Máxime cuando el papel de sanador se acompaña de valores como el poder personal y el prestigio social, mientras que el papel de paciente o enfermo pone de manifiesto la vulnerabilidad del ser humano y con gran frecuencia se acompaña de algún tipo de sufrimiento. Este fenómeno aparece no sólo en Medicina en particular (la tradicionalmente llamada “clase médica”), sino en todas las ocupaciones cuyo objetivo principal es progreso, curación o bienestar de las (demás) personas, es decir, todas las demás profesiones que contemporáneamente se engloban bajo el denominador de Ciencias de la Salud, con la Enfermería a la cabeza. Lo que hace especialmente peliagudo el dilema del cuidado de la salud de la clase médica, es precisamente que en el rango

⁸ <http://www.aetg.es/asociarse/>

de profesiones sanitarias, es el gremio que más poder, control sobre las decisiones y prestigio social tiene que perder al pasar al otro lado de la relación clínica.

Quizás por ello es tan difícil encontrar textos dedicados a la salud de médicos y demás profesiones sanitarias hasta bien entrado el siglo XX, cuando se empieza a despertar un interés por lo que a partir de aquí llamaremos “*la salud médica*”. Un buen ejemplo de estudio epidemiológico pionero sobre población médica que obtuvo gran resonancia en nuestro contexto Europeo-occidental, fue el realizado en Inglaterra sobre la relación entre el cáncer de pulmón y ser fumador de tabaco. En él se utilizó como fuente de datos una encuesta que respondieron 40.000 hombres y mujeres, médicos inscritos en el British Medical Register, y datan de 1950 en adelante (Doll & Hill 1954).

2.2 LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MÉDICA

La exposición al humo de tabaco, constituye un caso de renombre en la historia de la salud médica. Del mismo modo que en la salud pública en general, los aspectos de salud y seguridad en la práctica médica que se han contemplado tradicionalmente se centraban más bien en proteger la salud física frente a riesgos biológicos (posible contagio de enfermedades transmisibles), siendo los aspectos psicosociales inicialmente objeto de escasa, o más bien, nula atención. Gracias a los servicios de Medicina Preventiva inicialmente, y posteriormente los de Salud Laboral del medio sanitario, el abanico de aspectos a estudiar se ha ampliado en las últimas tres décadas, incluyendo por fin la salud mental. Aun así, **la salud mental médica**, ha ocupado un lugar relativamente pequeño en el contexto de lo publicado sobre Salud Ocupacional. Da la impresión de que la salud mental médica haya sido un tema marginal, como parece reflejar la llamativa ausencia de las profesiones sanitarias, salvo la de “higienista”⁹, en los textos de referencia en materia de salud y seguridad en el trabajo (Donagi 1998).

Como ejemplo pionero, ilustrativo de lo delicado de este tema, valga citar la correspondencia publicada en el *Journal of the Royal Society of Medicine* en 1985 entre DJ Stayte y L Goldie, en la cual se exponía sin medias tintas la preocupación por la salud mental médica (de las profesiones sanitarias) como un tema que necesitaba ser sacado a la luz; en este caso se refería al subgremio médico inglés, pero todo indica que es una observación perfectamente trasladable a nuestro contexto español, tanto entonces como quizás ahora: “*The amount of*

⁹ Referido a personal técnico y auxiliar involucrado en Inspecciones de Salud Pública.

stress suffered by doctors, and the effect of this upon themselves, their patients and their families may be far greater than realized, and certainly extends far beyond the recognized breakdowns that come to the notice of colleagues and others. Attempts to estimate the nature and extent of psychiatric morbidity amongst doctors are made difficult partly because much of it is deliberately concealed, but we all know that it is considerable. Much of this stress seems to be specifically related to their work. The tragedy is that so often one sees colleagues as patients only when the stress has become so severe that a breakdown is imminent or has already taken place.” (Stayte 1984)¹⁰

Y aunque ha llovido desde entonces, y hasta hemos cambiado de siglo, los mensajes contenidos en revisiones recientes sobre la salud mental de los médicos (Brooks 2011) continúan siendo prácticamente los mismos. Nos permitimos sintetizar algunos:

*- La práctica médica (ciencias de la salud) entraña múltiples riesgos para la salud, tanto ocupacionales (Esteva 2006) como individuales, con las especialidades clínico/asistenciales a la cabeza

*- Cuantificar tanto los riesgos como la morbilidad mental médicas es dificultoso, señalando como un motivo importante la frecuencia con que el malestar es obviado por el propio facultativo, o bien ocultado a sus colegas. Los resultados de investigaciones realizadas hasta la fecha son, en ocasiones, contradictorios; aún se necesita investigar más, pues la infraestimación es una constante

*- Con frecuencia, los problemas de salud mental permanecen sin tratar hasta que el deterioro es tal que necesita atención urgente o causa baja médica por sus consecuencias físicas y/o de funcionamiento social. El acceso a intervenciones eficaces está paradójicamente limitado, debido en gran medida a las “complejidades” relacionadas con el prestigio y la identidad profesional. En muchos casos a lo anterior se añade el desconocimiento de los recursos de atención psicoterapéutica que son eficaces en etapas previas, menos severas. El diseño e implantación de servicios especializados en atender los problemas de salud mental médica se

¹⁰ Traducción de la autora: *“La cantidad de estrés que sufre la clase médica y el efecto sobre los propios médicos, sus pacientes y familias puede que sea mayor de lo que se cree y, con seguridad, va mucho más allá de los casos reconocidos de derrumbe personal, de los cuales tienen conocimiento los colegas de profesión. Los intentos por estimar la naturaleza y el alcance de la morbilidad psiquiátrica entre médicos se hacen dificultosos, en parte debido a que en muchas ocasiones se oculta deliberadamente, aunque todos sabemos que es considerable. El estrés parece ser, en gran medida, ocupacional. Resulta trágico que a menudo no se ve a otros colegas como pacientes hasta que su estrés ha llegado a un punto tan grave que el derrumbe funcional es inminente o ya se ha producido.”*

consideran una opción adecuada al contexto actual, y la efectividad de los mismos reportada en otros países es muy esperanzadora.

Gracias al excelente trabajo de un par de generaciones de profesionales convencidos y al apoyo de las organizaciones sanitarias y profesionales, en los cinco lustros desde que se publicara la mencionada carta, se ha incrementado enormemente la evidencia disponible sobre la salud mental de la clase médica a nivel internacional. Ha de señalarse que lo anterior ha ocurrido en paralelo con el robustecimiento del cuerpo de conocimientos sobre salud mental en general como problema de salud pública de primer orden internacional, y de las políticas y movilización de recursos para desarrollarla internacionalmente. En este sentido, cabe citar como hitos clave la publicación del Pacto Global por la Salud Mental (OMS 2008), o el desarrollo de sistemas de información internacionales sobre salud mental, como la sección de la plataforma on-line 'HP-Source' dedicada a "mental health promotion", o el recién publicado Atlas de Salud Mental de OMS (2011).

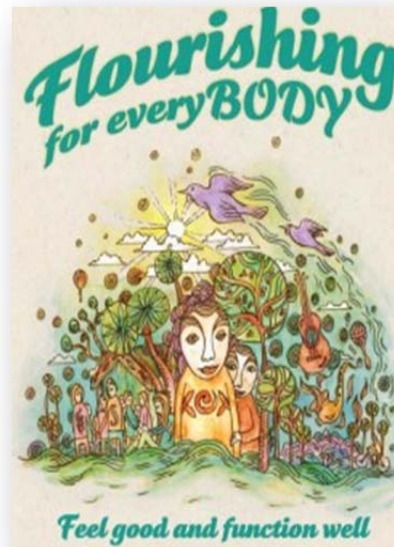
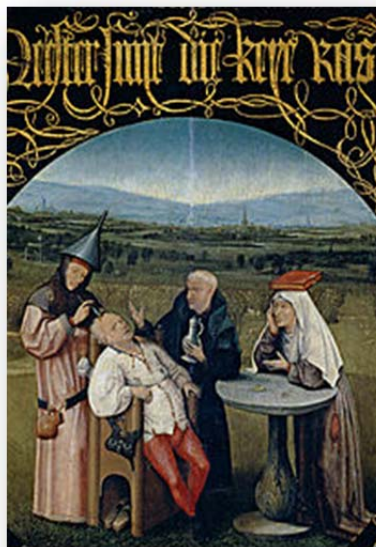
Puede decirse que los esfuerzos por normalizar la salud mental como 'área de acción prioritaria' han cristalizado tanto a nivel global como en España en la década 2000-2010; un ejemplo a nivel regional es el propio Informe de Salud de la Comunidad de Madrid, que empezó a contemplar la salud mental a partir del año 2005. Este informe epidemiológico contiene la información sobre la cual debería basarse la detección de necesidades poblacionales de salud, y la consiguiente planificación de la Consejería de Sanidad.

Recientemente, encontramos en textos de consenso (White papers) como los provenientes de sociedades profesionales de medicina, dedicados a los riesgos para la salud de aspectos más psicosociales, como el clima y las relaciones laborales, o los modelos de organización del trabajo (toma de decisiones, distribución de responsabilidades, horarios, etc), que hay un clamor por hacer que se cumplan las recomendaciones basadas en la evidencia a este respecto, ya que pese a estar claramente establecidas desde hace tiempo, no se trasladan a la realidad en la práctica (Blum 2011). Por ello es preciso seguir trabajando en la visibilización del problema y la sensibilización de la clase médica de la importancia de cuidar su propia salud mental.

Quizás las raíces del problema son de índole sociocultural, quizás sea necesario algo más que servicios especializados; quizás sea pertinente trabajar para darle un giro más saludable a la profesión médica, empezando por reducir el estigma asociado a los diagnósticos de salud mental en general, y sobre todo, entre los propios médicos en particular. Recientemente se han

publicado algunos artículos en relación con el estigma atribuido a la enfermedad mental de médicos, otros profesionales y establecimientos sanitarios, que apuntan en esta dirección con valentía y claridad (Wallace 2012; Henderson 2012; Fiala 2004). Para entender las razones por las cuales los aspectos psicosociales aún suscitan un interés, aceptación e integración en la práctica, más retóricos que reales (al menos entre la cultura médica mayoritaria), resulta conveniente repasar la evolución del concepto de salud. Además se quiere enmarcar este trabajo en un marco teórico sobre la salud, los paradigmas en que se apoya y sus modelos teóricos. Ésto nos llevará a adentrarnos en otros conceptos, como la “salud mental” y sus determinantes, entre los que daremos prioridad a los determinantes sociales y, dentro de ellos, los propios del entorno académico. Todo lo anterior prepara el camino de nuestra propuesta conceptual de “factores socioacadémicos”.

2.3 SALUD, SALUD MENTAL Y SUS MODELOS¹¹



VS

El concepto de salud en la actualidad es complejo y ha sido desarrollado ampliamente en las décadas pasadas, como veremos brevemente a continuación. Nos circunscribimos a la información histórica mínima, imprescindible para comprender las tensiones y

¹¹ Las ilustraciones muestran la iconografía sobre curación y salud mental de dos épocas distantes aproximadamente 530 años: *La extracción de la piedra de la locura*, de El Bosco (1480) y cartel de un evento organizado por la *Mental Health Foundation* en el Reino Unido (2010). Cada uno conlleva conceptos de la salud mental muy distintos.

contradicciones que tienen relevancia para este trabajo, de modo que se obviarán aquellas conceptualizaciones anteriores al positivismo. La cosmovisión dominante hasta la segunda mitad del siglo XX veía la salud ligada directamente a la ausencia de enfermedad, y lo circunscribía casi exclusivamente al dominio de la dolencia física y causada predominantemente por factores biológicos. Fruto de un intenso movimiento sociocultural en los años previos, impulsado por algunos médicos pero sobre todo por académicos y profesionales provenientes de otras disciplinas, como la entonces floreciente Psicología Clínica y la progresiva implicación de eruditos de las ciencias sociales en temas de salud, la Organización Mundial de la Salud lanza la archiconocida definición de salud como constructo tridimensional en 1948: *“La salud es un estado de completo bienestar bio-psico-social, y no la mera ausencia de enfermedad o discapacidad”*.¹² Esta definición plantea al mismo tiempo, dos cambios fundamentales: la salud existe como entidad conceptual, no sólo por defecto ni en referencia a la enfermedad, y además es multidimensional, ya no se circunscribe al cuerpo y lo meramente biológico. Lo mental aparece por primera vez como dimensión esencial de la salud humana.

Quedan sentadas las bases de un cambio de paradigma, que conceptualiza la salud mental desde la complejidad y no como una condición que se tiene o se pierde, sino como *“un estado (más o menos fluctuante o pasajero), sometido a la influencia de múltiples variables de orden biológico, psicológico y social, y que debe insertarse en la malla espacio-temporal, en el mundo de las interrelaciones y la multifactorialidad”* (Ayerbe et al 1998). Aun reconociendo su valor paradigmático, la principal crítica a esta definición de la salud es su excesiva ambición, al incluir el término “completo”, que le quita realismo, dificulta su aplicación y corre el riesgo de confusión con otros términos como “felicidad” (Üstun 2005); hay otras definiciones que gozan de gran aceptación tales como la del Bircher: *“salud es un estado dinámico de bienestar que se caracteriza por un potencial físico y mental, el cual permite satisfacer las demandas de la vida teniendo en cuenta la edad, cultura y responsabilidad personal”* (Bircher 2005); o la de Saracci (1997): *“condición de bienestar libre de enfermedad o debilidad, y un derecho humano universal”*.

En algunas culturas la salud se conceptualiza de forma holística, como por ejemplo entre los aborígenes australianos se trasciende el bienestar físico individual, ampliándose al bienestar

¹² Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Esta definición se acuñó en la Conferencia Internacional de Salud en New York, 19 Junio - 22 Julio de 1946; se firmó entonces por representantes de 61 países (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) y entró en vigor el 7 Abril de 1948.

social, emocional y espiritual de toda la comunidad. Lógicamente lo anterior está inserto en una cosmovisión que aborda el ciclo vida-muerte de modo alternativo a la herencia europeo-occidental. Conviene mencionarla aquí, además de por el contrapunto transcultural, por la influencia que ha tenido recientemente entre autores del entorno anglosajón, tanto profesionales (NHMRC Australia 1996), como en el ámbito literario (Morgan 1990).

En la cultura española, los últimos estudios sobre las representaciones sociales de la salud realizados en la Comunidad de Madrid, nos hablan de que, **para una gran mayoría de la población general, la idea de salud sigue fuertemente ligada a lo físico-biológico** (Estrada et al 2001; Matute 1999; Conde 1997; Santamarina 1997; Marina 1997). Sorprendentemente, en el segundo Informe del Estado de Salud de la población ya aparece un capítulo con indicadores epidemiológicos (Comunidad de Madrid 2004), al hacerse eco de los objetivos marcados desde OMS (Objetivo 6: Mejorar la Salud Mental). Y las cifras, citadas textualmente, son apabullantes:

“Por categorías de causas, la que produce mayor pérdida de Años de Vida Ajustados por Discapacidad, son las enfermedades neuropsiquiátricas (31,9% del total de AVAD, significativamente mayor en mujeres (36,3%) que en hombres (28,0%).”¹³

Lo anterior está en la línea de lo publicado en el ámbito internacional, o más bien, global (Jane-Llopis 2005; OMS 2011). El peso específico de los problemas de salud mental en la carga total de enfermedad ha sido demostrado suficientemente, lo que está contribuyendo a la visibilización y normalización de la misma. Parece claro que entre las profesiones sanitarias, ha sido **en la clase médica donde menos ha calado este paradigma que considera lo psicosocial al mismo nivel que lo biológico**. En efecto, podría argüirse que las disciplinas médico-quirúrgicas han permanecido hasta hace muy poco rotundamente al margen de visiones que integran lo biológico con lo psicológico y psicosocial, frenando este cambio de mentalidad general acerca de los factores que influyen en el bienestar y la ausencia de patología. En las últimas dos décadas, por el contrario, podemos ver que se presta más atención a visiones integradoras, empezando por la incorporación de lo psicológico a la práctica clínica. Para ello la reubicación de la psiquiatría de establecimientos aparte al núcleo de los hospitales

¹³ Fuente: Informe sobre el Estado de Salud de la Población. 2004. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+Salud+poblaci%C3%B3n+2004.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271568792258&ssbinary=true>

generales, ha sido fundamental; es más, nos atrevemos a decir que la dimensión psicológica de la salud ha ido ganando terreno al trabajar en coordinación con los demás servicios médico-quirúrgicos (Cassem 1994). Nos parece importante reseñar aquí como exponente clave la creación de **servicios de psiquiatría de enlace**, entre cuyos antecedentes podríamos citar (Sánchez 2011):

Henry (1929) publica el primer trabajo de la literatura centrado en el análisis de la patología psiquiátrica de una serie de pacientes médico-quirúrgicos del *Henry Ford Hospital de Detroit*.

Billings (1929-1939), "Liaison Psychiatry": "la integración de la asistencia psiquiátrica en la actividad de las demás especialidades médicas reduce los gastos en diagnóstico, acorta la estancia hospitalaria y ahorra costes para el hospital, para el paciente y para la comunidad".

No fue hasta la década **1970-1980 cuando se generalizó** la implantación de unidades de valoración en los hospitales generales del entorno occidental, y cuando la Psiquiatría de Enlace adquirió la entidad de subespecialidad de la Psiquiatría que desarrolla a través de Unidades específicas sus actividades en la mayoría de hospitales generales, a día de hoy.

La Psiquiatría de enlace se abrió camino como subespecialidad en España en la década de los 90¹⁴, ha crecido mucho en los últimos años convirtiéndose en una parte integral de la psiquiatría hospitalaria y representa una oportunidad de aplicación del modelo biopsicosocial a la práctica médica tradicional. En la actualidad, los programas de residentes de psiquiatría prestan una especial atención al entrenamiento en habilidades necesarias para continuar estrechando vínculos con las demás especialidades.

Según se transmite en la formación a residentes de primer año de psiquiatría (Sánchez 2011), *la actividad básica de la Psiquiatría de Enlace se centra en:*

- a) Diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica más frecuente en los pacientes médico quirúrgicos.*
- b) Proporcionar formación especializada en Psiquiatría a otros profesionales de la salud (personal médico, de enfermería, etc...)*

¹⁴ Aunque se originó a mediados de los años 70 en los Estados Unidos, según Cassem et al (1994).

c) Desarrollar programas de investigación dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica en pacientes médico-quirúrgicos.

Podemos enfatizar, en un análisis sintético y personal, algunas contribuciones importantes de la psiquiatría de enlace al desarrollo de una mentalidad más psico-social en la cosmovisión médica contemporánea tales como:

- Ha establecido con rotundidad la interrelación entre procesos biológicos y psicológicos entre la clase médica, enfrascada frecuentemente en posiciones altamente biologicistas. A través del señalamiento y resolución de las comorbilidades psico-somáticas y, apoyada en gran medida por el desarrollo de la psicofarmacología, se ha integrado en la cultura procedimental del Hospital General de alta complejidad (tótem de la medicina tecnificada contemporánea).
- Ha sido una manera exitosa de socializar la psiquiatría en el ámbito de las especialidades clínico-asistenciales. Ello ha dado la oportunidad de trasladar al entorno médico-quirúrgico tradicional aspectos del discurso relacional y contextual como causa diagnóstica y también como arma terapéutica
- Ha contribuido a aminorar el estigma asociado a alteraciones del ánimo o el comportamiento tales como el delirium o la depresión reactiva.

Nos hemos detenido en las dificultades para asumir el planteamiento bio-psicológico de las especialidades médico-quirúrgicas, ya que la Medicina de Familia y Comunitaria ha estado en este sentido a la vanguardia dentro de la práctica clínica, no en vano se estima que alrededor de un 40% de la casuística que atiende tiene base psicológica, o directamente, son diagnósticos psiquiátricos menores.

Todo lo anterior ha supuesto un avance definitivo en la cultura médica hacia posiciones más integradoras de las esferas biológica y psicológica de la tan traída y llevada definición de salud de la OMS.

2.3.1 LA SALUD COMO CONTINUO

En Occidente¹⁵, es en la década de los años 70 cuando empiezan a aparecer publicados modelos de salud centrados en la idea de “estado”, en los que se enfatiza el carácter progresivo y a lo largo de un rango, desde el bienestar absoluto o funcionalidad plena hasta el deterioro mayor y la muerte, y que hace la definición de OMS más operativa.

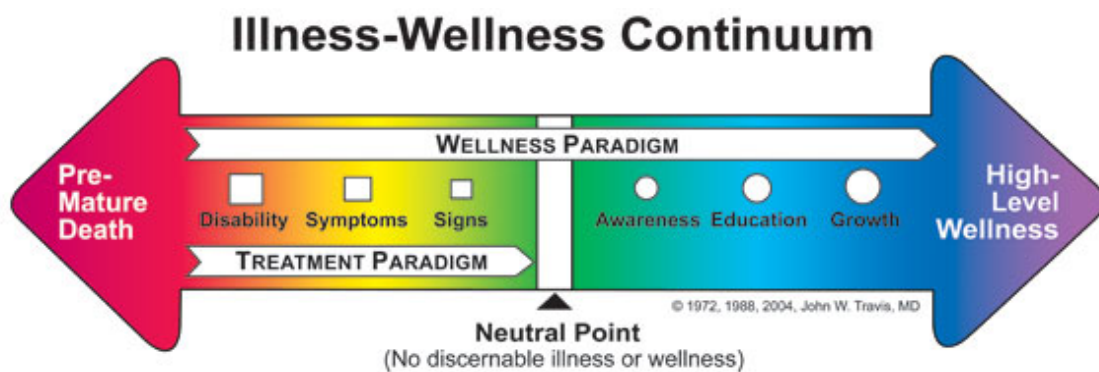


ILUSTRACIÓN 2: ESPECTRO COMPLETO DEL BIENESTAR (TRAVIS JW, RYAN R. THE WELLNESS INVENTORY. WELLNESS ASSOCIATES, 1975, 1981, 1988, 2003).

De formación biomédica, un buen exponente de los modelos occidentales de salud como continuo es John W Travis, graduado como médico por Tufts y Master en salud pública por la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, a quien se atribuye la apertura del primer centro dedicado al bienestar (Wellness Center) en Mill Valley, California, en el año 1975. Regina Ryan y Meryn Callander son algunas de las expertas que han publicado con Travis.

Un buen ejemplo en el ámbito de la salud mental y su promoción, son los trabajos de Aaron Antonovski (1979 y 1987), sociólogo de formación e israelí de coordenadas socioculturales; a él y sus colaboradores debemos la teoría de la **salutogénesis**, en la que se busca explicación a la elevada resistencia al estrés de algunos individuos, entre quienes habían pasado por atrocidades en los campos de concentración nazis.

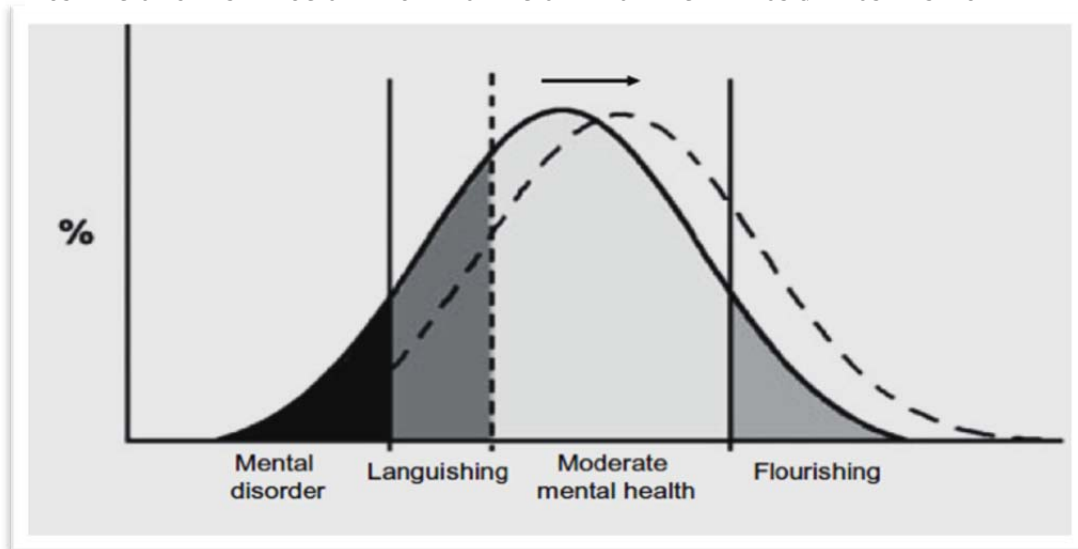
¹⁵ Entre los saberes médicos de culturas orientales como la tradición Ayurveda de la península de Indostán, por ejemplo, la salud se estratifica en varios niveles, que abarcan un espectro amplio, de modo muy similar al propuesto en los años 70 por autores como Travis o Antonovsky.

En la teoría de Antonovsky se definen conceptos como el Sentido de Coherencia o los Recursos Generales de Resistencia. Convergiendo con planteamientos de la intervención en crisis (Slaikeiu 1996), prepararon el terreno para otros conceptos en plena vigencia como el de **resiliencia**. Sus trabajos incorporan también una perspectiva longitudinal de la salud mental a lo largo del ciclo vital (que él y sus seguidores denominaron “el río de la vida”).

Pese a no trascender demasiado en su momento, después de su muerte una serie de autores vinculados a la Nordic School of Public Health, con el apoyo de la Fundación que lleva su nombre, ha recuperado su obra y validado algunas herramientas psicométricas a partir de sus teorías (Eriksson 2005). Actualmente, existe un Grupo de trabajo Global, liderado desde Europa y vinculado a la UIPES¹⁶ y en la que se quiere dar participación a expertos de todo el planeta para avanzar en este sentido.

Autores afines a la llamada “psicología positiva”, como Edward Huppert reflejan la integración de la idea salutogénica de la salud como abanico de estados articulados en un continuo, que abarca desde el diagnóstico psiquiátrico hasta el estado de gracia o “florecimiento”, en el que la persona se encuentra plétórica..

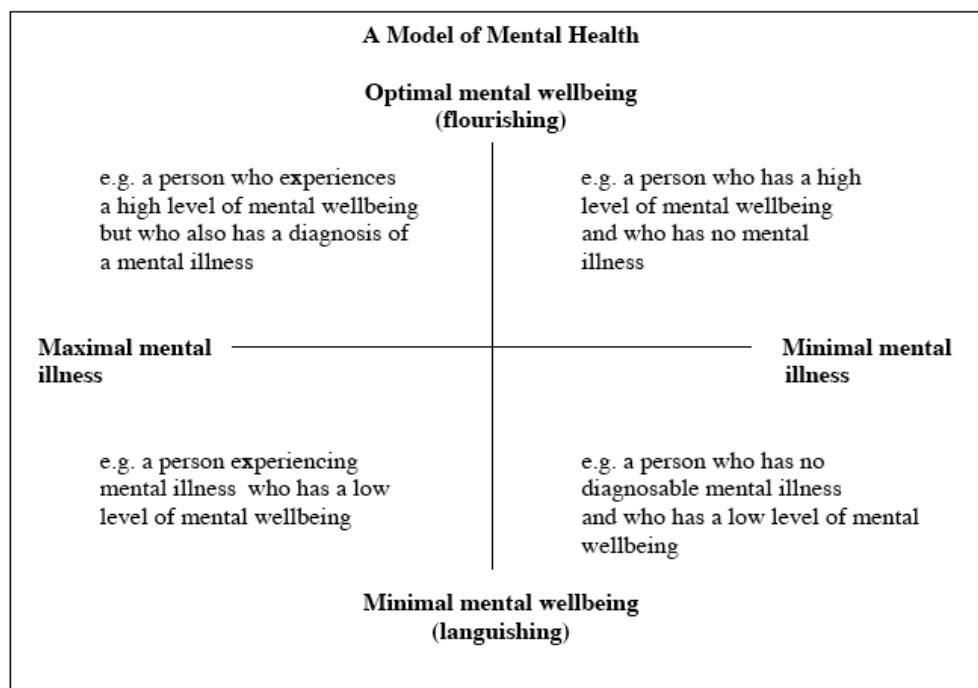
ILUSTRACIÓN 3: DISTRIBUCIÓN EN UNA POBLACIÓN HIPOTÉTICA DE LOS GRADOS DE SALUD MENTAL.



Fuente: Huppert F . Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and

¹⁶ Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud., cuyas siglas en inglés son IUHPE. Web del grupo: <http://www.iuhpe.org/?page=494&lang=en>

En esta ilustración, se asume una distribución normal del estado de salud mental y se plantea un continuo entre el diagnóstico psiquiátrico (en la cola izquierda de la curva de Gauss), una vida sin diagnósticos clínicos pero lejos de poderse considerar “sano”, con síntomas habituales pero un buen ajuste al medio; dicho estado se ha denominado “languishing” (traducido por “lánguido”, o “que languidece”); otro estado “intermedio” (moderate), en el cual la persona no está exenta de perturbaciones mentales, pensamientos parásitos etc, pero tiene recursos para



mantenerse. ILLUSTRACIÓN 4: MODELO DE SALUD MENTAL (GOBIERNO ESCOCÉS 2007). “recimiento” (flourishing), estado en el cual se dan al tiempo buenos recursos de adaptación, un tono vital elevado y alta capacidad de recuperar el equilibrio. Algunos le dan importancia central a la conciencia de uno mismo y del entorno para avanzar hacia los estados más a la derecha de la curva. En otros autores de este movimiento, como Martin EP Seligman (2008), el planteamiento abre una conceptualización bidimensional, en la que los trastornos y problemas mentales, en cierta medida lastran, pero ni remotamente suprimen las emociones positivas, la participación, el propósito, las relaciones constructivas ni el logro (Haidt 2006; Lyubomirsky 2007; Seligman, 2002). Así, estos autores postulan que **el continuo de salud mental-bienestar psicológico existe de manera independiente al continuo de enfermedad-malestar**, y por tanto debe de ser posible valorar de forma separada la enfermedad y la salud mentales. Este nuevo paradigma ha tenido muy buena acogida internacionalmente, y se está

utilizando como base para planificar las políticas de salud mental en algunas regiones, como es el caso de Escocia, por ejemplo (véase Ilustración 4)¹⁷.

Este modelo permite combinar un determinado nivel de diagnósticos, dolencias o enfermedades con niveles, que pueden ser muy aceptables y compensar en conjunto, de salud mental. Nos ha parecido especialmente útil porque permite ver más allá del diagnóstico psiquiátrico y visibilizar y potenciar las partes sanas que todo individuo tiene y puede desarrollar si se les presta atención. Desde estos planteamientos se reencuadra la concepción de patología o desorden mental como absoluto estigmatizador de la persona, redimensionándola y abriendo el abanico de posibilidades para calificar a personas con algún diagnóstico de un modo que resalta lo saludable que hay en cada cual, lo que le hace potencialmente más integrador.

Centrándonos ahora en el bienestar, éste puede estudiarse a dos niveles: un nivel general sin contexto y un nivel específico de contexto. El medio ambiente de trabajo es uno de tales contextos específicos. En el ámbito de la Salud Ocupacional, siguiendo con los modelos que recogen el continuo entre salud y enfermedad, y su aspecto emocional, tiene interés para nuestro tema el que propuso Warr en 1994.

El bienestar afectivo se ha considerado tanto de forma bastante indiferenciada (distinguiendo sólo entre sentirse bien y sentirse mal) como teniendo en cuenta dos dimensiones, “placer” y “activación” (ver Ilustración 2). Cuando las variaciones de la activación no guardan relación con el placer, no se consideran por lo general un indicador del bienestar. Cuando existe relación entre activación y placer, pueden distinguirse cuatro cuadrantes:

1. Gran activación y placer indican entusiasmo.
2. Baja activación y placer indican comodidad .
3. Gran activación y desagrado indican ansiedad.
4. Baja activación y desagrado incluirían estados de ánimo como el depresivo. (Warr 1994)

¹⁷ Nótese que el modelo utilizado en Escocia es una elaboración a partir de las siguientes aportaciones: 'Mental Health for Canadians', Minister for National Health and Welfare, Ottawa (1988), Keith Tudor (1996) y Corey Keyes (2007).

En la página siguiente podemos ver gráficamente este sencillo modelo que ejemplifica la variedad de conceptualizaciones que se han trabajado para plasmar la idea de salud como continuo aplicando un criterio de multidimensionalidad.

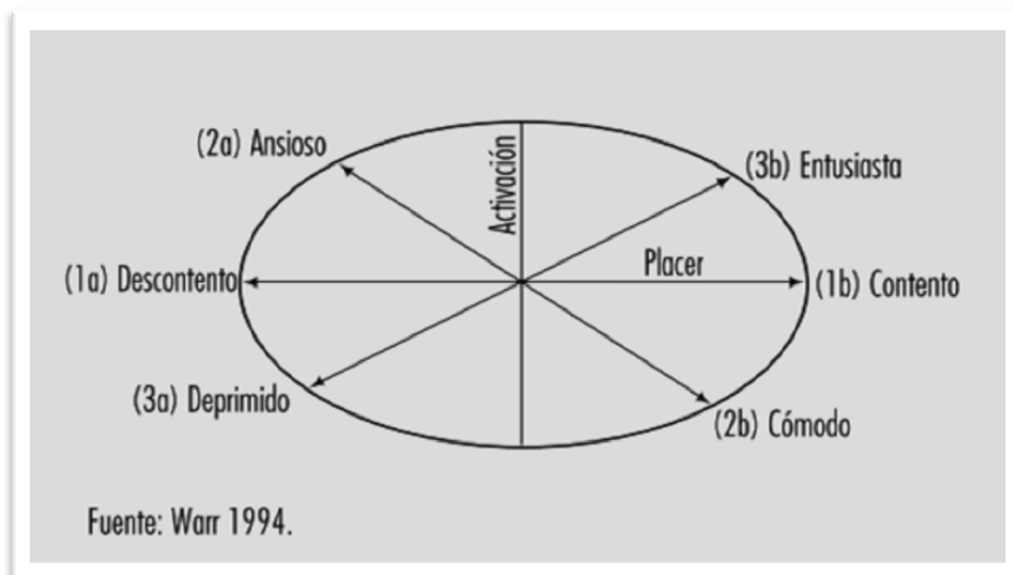


ILUSTRACIÓN 5: LOS TRES EJES PRINCIPALES DEL BIENESTAR AFECTIVO SEGÚN WARR.

Los análisis de datos respaldan la idea general de que la relación existente entre las características del puesto de trabajo, y la salud mental no laboral sin contexto está mediada por un efecto sobre la salud mental relacionada con el trabajo. El bienestar afectivo relacionado con el trabajo se ha estudiado habitualmente a lo largo del eje horizontal, en términos de satisfacción en el puesto de trabajo. Sin embargo, los afectos relacionados con la comodidad, en particular han sido, ignorados en gran medida, algo lamentable teniendo en cuenta que este afecto puede indicar resignación con el trabajo: es posible que las personas no se quejen de él, pero puedan mostrarse apáticas y desinteresadas. Este estado, que dista mucho de ser saludable, también propicia la bajada del rendimiento laboral, peores resultados en el desempeño, lo que realimenta el ciclo de desinterés y decaimiento del tono vital y sensación de autorrealización.

En el ámbito de la salud mental médica, este modelo tiene una aplicación directa y podría utilizarse para hacer visible la problemática del malestar contenido mucho antes de que estalle en forma de burn-out, depresión u otra manifestación claramente patológica y mucho más perjudicial para quien lo sufre y las personas a su cargo.

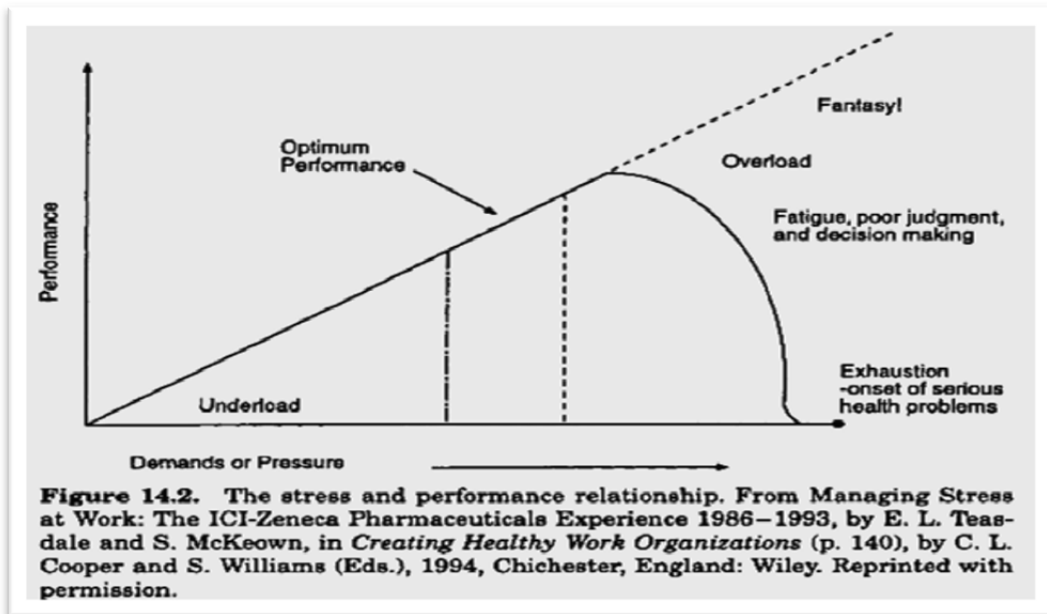


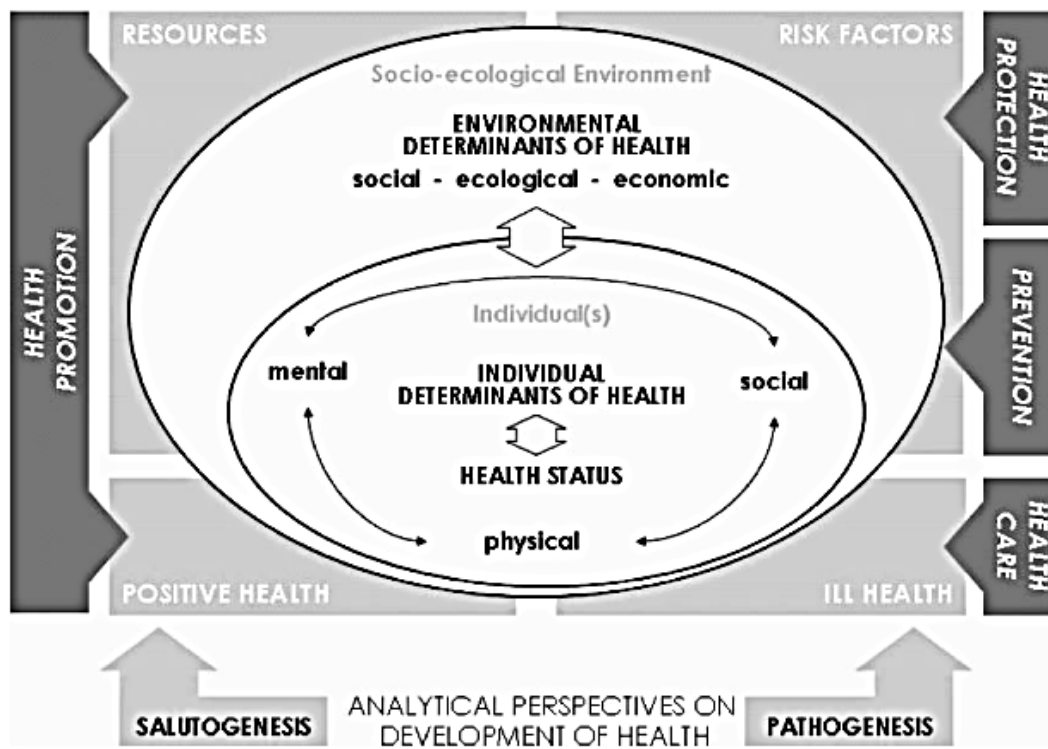
ILUSTRACIÓN 6: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DEL DESEMPEÑO (PERFORMANCE) Y ESTRÉS.

Es una cuestión de tiempo: sin intervención, tal y como describieron E.L. Teasdale y S. McKeown (véase Ilustración 6), al estudiar a los trabajadores de una empresa farmacéutica en los años ochenta, si la presión es alta y sostenida llega un punto de fatiga a partir del cual se afecta la capacidad de tomar decisiones y el juicio, entre otras capacidades críticas en Medicina. . En la Ilustración, vemos que la calidad del trabajo y el desempeño de las funciones de un profesional se ven influidas por la presión, y cómo a partir de un grado de presión sostenida, el rendimiento no puede sino decaer hasta desplomarse (Teasdale 1994).

2.3.2 MODELO DE CONSENSO DESARROLLADO EN EL PROYECTO EUPHID.

A mediados de la primera década del 2000, la Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea (EC-DG SANCO), financió dentro de su programa para monitorizar la salud (Health Monitoring Programme) un proyecto dirigido a la creación de indicadores que pudieran medir la salud desde una óptica amplia, en un intento por construir un sistema común de seguimiento de los programas de promoción de la salud en los países de la Unión.

EUHPID Health Development Model



BAUER, G., DAVIES, J.K., PELIKAN, J.M. (2006): The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. In: Health Promotion International, 21 / 1, p.153-159

ILUSTRACIÓN 7: EL MODELO EUPHID.

Se formó un consorcio, llamado EUPHID como el proyecto, que reunió a académicos de prestigiosas universidades y expertos independientes de los Estados miembros, así como de Noruega y Suiza; auspiciado asimismo por la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, se desarrolló un modelo de salud sintético y al tiempo holístico (Bauer, Davies &

Pelikan 2006), que proporciona un marco de trabajo común para medir la promoción de la salud, y también para informar la planificación de intervenciones efectivas tanto a nivel Comunitario como de Estado Miembro.

Entendemos que el modelo de salud EUPHID aporta valor por el consenso alcanzado, que hace de él un modelo inclusivo que integra el paradigma biomédico con la perspectiva de continuo y la complejidad aportada por el enfoque psicosocial. Así, el resultado final es un modelo muy completo que al tiempo:

- refleja las polaridades entre salutogénesis y patogénesis para representar el continuo entre bienestar-funcionalidad máximos y mínimos,
- recoge referencias a otros modelos elaborados previamente por la OMS, con la archiconocida triangulación entre factores biológicos, psicológicos y sociales.
- relaciona en **tres niveles** los determinantes de la salud, del individuo al entorno, con el **bienestar** como resultado en salud para el nivel **intrapersonal**, las **capacidades en salud** como resultado en el nivel **interpersonal** y las **oportunidades en salud** para el nivel de determinantes del **entorno**, y con todo ello se ve claramente la amplitud y los componentes principales que integran este concepto tan fascinante como traído y llevado que es la salud.

Además, con el modelo EUPHID podemos ubicar con claridad el ámbito de actuación de cada una de las grandes estrategias con que cuenta la Salud Pública: Asistencia Sanitaria, Prevención, Protección y Promoción de la Salud.

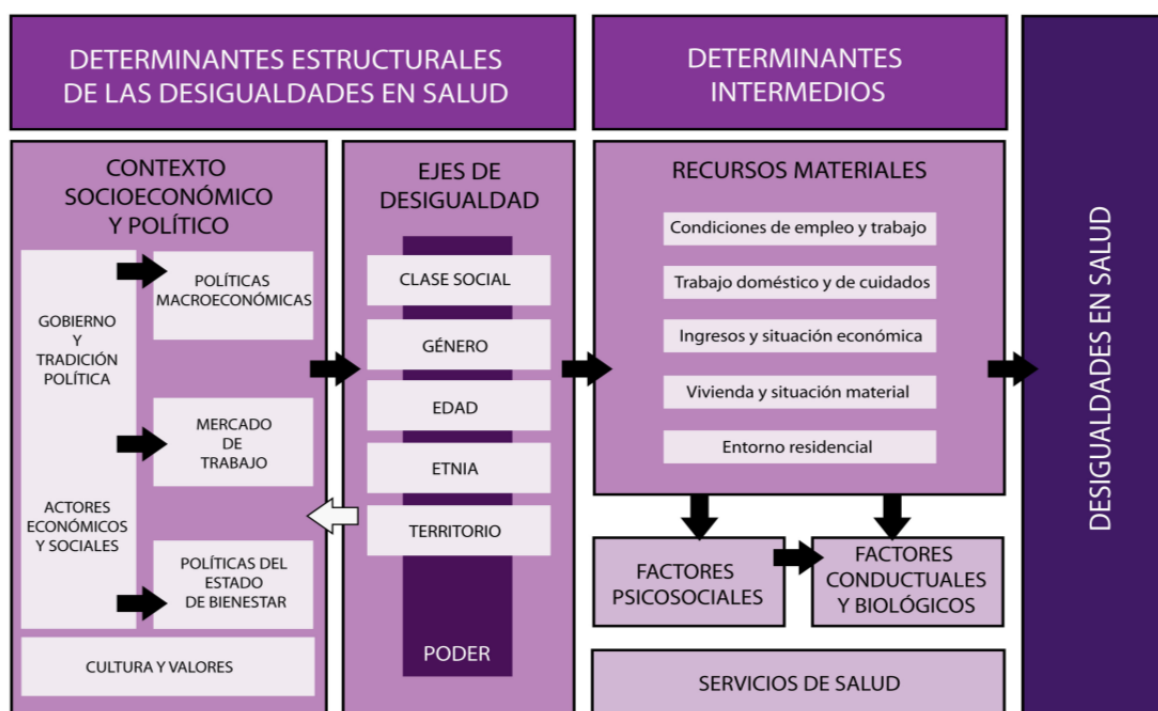
2.3.3 MODELOS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Complementando la perspectiva más centrada en la salud del individuo, de la cual se ocupan los modelos descritos hasta este punto, queremos aquí desarrollar la incorporación de la dimensión poblacional propio de la Salud Pública. La también denominada en otras partes del mundo “Medicina Social”, ha ido definiendo la trascendencia de considerar la salud de los grupos y poblaciones en su conjunto, interesándose por los patrones y tendencias que afectan a la generalidad de los individuos que las componen (Rose 1985). Tal es una perspectiva epidemiológica y salubrista (Rothman 2008), la cual ha revolucionado el estudio de las

enfermedades y los factores que las desencadenan o influyen en su aparición y desarrollo, a través de conceptos como “riesgo”, “protección” o “inmunización”.

Gracias al trabajo enciclopédico y riguroso de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, auspiciada por la propia OMS y liderada o informada, entre muchos otros, por personajes tan reconocidos en el panorama epidemiológico sobre desigualdades sociales, como J. Mackenback o J. Wilkinson, y coordinada por Sir Michael Marmot (Catedrático del University College of London), se publicó en 2008 un informe que marca un hito histórico en la inclusión de la parte social de la salud en la mentalidad científico-profesional.

Siguiendo en esta línea, el Ministerio de Sanidad y Política Social español ha elaborado un modelo para explicar el complejo entramado de los determinantes sociales de la salud en España, que reproducimos y comentamos con cierto detenimiento en la página siguiente.



Fuente: COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA, 2010. BASADO EN SOLAR E IRWIN Y NAVARRO.

ILUSTRACIÓN 8: LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

Éste es una adaptación *ad hoc*, realizada a partir del modelo propuesto por Orielle Solar y Alec Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Solar & Irwin 2007) y el publicado por Vicenc Navarro (2004). Por su relevancia y claridad expositiva, se transcribe a continuación la explicación de este modelo en dicho Informe:

“El modelo contiene dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud. Los factores estructurales se componen de: contexto socioeconómico y político y de la estructura social.

El contexto socioeconómico y político se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Se incluyen:

- a) Gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos, los movimientos sociales, etc.
- b) Actores económicos y sociales, como por ejemplo las grandes corporaciones. Ambos determinan las políticas macroeconómicas como por ejemplo las políticas fiscales o que regulan el mercado; las políticas y las relaciones de fuerza entre los agentes sociales que afectan al mercado de trabajo y las políticas públicas que conforman el Estado del Bienestar: educación, atención sanitaria, protección social. Además, también se incluyen en este apartado los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías.

La estructura social se puede definir por Los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad incluyen la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo. La estructura social determina desigualdades en los **factores intermedios**, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores incluyen en primer lugar los **recursos materiales** que son:

- a) las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial);
- b) la carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y de cura de las personas);
- c) el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial;

- d) la calidad de la vivienda y sus equipamientos;
- e) el barrio o área de residencia y sus características.

Los **recursos materiales influyen en los procesos psicosociales** como la falta de control, de apoyo social, y las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos); y también **en las conductas** con influencia en la salud **y los procesos biológicos** que de todo ello derivan. Finalmente, el sistema de salud. Aunque los servicios sanitarios, en sí mismos, contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar.

Respecto a las desigualdades en salud según la clase social (medida a través de la ocupación) o posición socioeconómica (medida con el nivel de formación o de ingresos), se observa que al disminuir la clase social, empeora la salud, tanto expresada en mala salud percibida como en un exceso de mortalidad o morbilidad.

Lo anterior no afecta exclusivamente al segmento de población más pobre, sino a toda la población en su conjunto, hallazgo que dio origen al **concepto de gradiente social**. Además, **las desigualdades se van reproduciendo a lo largo del ciclo vital**: la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido, la(s) ocupación(es) y clase(s) social(es) de adscripción en la vida adulta, el nivel de ingresos y patrimonio, son a la vez distintas maneras de medir la jerarquía de poder basada en la extracción social, y de generar recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida que se traducen en desigualdades en salud.

Las diferencias en salud entre hombres y mujeres no son solo diferencias biológicas, sino que son también desigualdades de género debidas a las diferencias sociales que se dan entre los sexos. Estas diferencias están asociadas a la distinta socialización de mujeres y hombres que determina diferentes valores, actitudes y conductas, así como desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y también la profunda división sexual del trabajo. Ello se traduce en peores condiciones laborales para las mujeres, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar que repercute en su estado de salud. Pero las desigualdades de género en salud también repercuten negativamente en los hombres, así por ejemplo, los comportamientos de riesgo asociados a la masculinidad tradicional (por ejemplo el consumo de sustancias adictivas o la conducción de riesgo), son responsables en buena medida de la

menor esperanza de vida de los hombres. La edad (más allá de sus implicaciones biológicas), la etnia y el lugar de procedencia son otras características individuales que, en función del contexto histórico de un país, adquieren trascendencia social y pueden determinar desigualdades en salud ligadas a procesos de discriminación y segregación.

Así pues, en la mayoría de sociedades occidentales las personas mayores sufren las consecuencias del edadismo. Pertenecer a etnias como la afroamericana en Estados Unidos, la maorí en Nueva Zelanda, o la gitana en España supone padecer procesos de discriminación interpersonal e institucional y de exclusión social y económica con impacto en la salud.

Además de las características de los individuos, el entorno social, cultural y económico influye en la salud de la población. Es decir, independientemente de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. La esperanza de vida al nacer supera los 80 años en muchos de los países de mayor renta per cápita, y no alcanza los 50 en los países más pobres. También dentro de cada país o incluso ciudad, la mortalidad infantil o adulta y las prevalencias de discapacidad son progresivamente mayores en las áreas de menor nivel socioeconómico.

Se puede aplicar esta misma lógica al escenario Universidad, en el que podríamos distinguir desde determinantes más distales, en los que resulta más difícil influir, y que son propios de la estructura y dinámicas del entorno social. Político y económico macro de la sociedad a la que la universidad pertenece, hasta los del nivel individual.

2.3.4 LOS FACTORES SOCIOACADÉMICOS

Proponemos aquí denominar como “**Factores Socio-académicos**” al conjunto de aspectos que son propios y característicos del entorno universitario y su organización social. De forma análoga la esquema de OMS, se podrían distinguir varios niveles que van desde lo más estructural a lo más intersubjetivo:

- **Estructural o macro**, afectan por igual a todas las facultades y escuelas: los sistemas de gestión (matriculaciones, certificaciones etc), las políticas universitarias en especial de ordenación docente), sistemas de representación y canales de participación de los diferentes actores de la comunidad universitaria.
- **Sistémico del escenario o meso**: organización de planes de estudios, sistemas de admisión y convalidación, evaluaciones, procedimientos de tutorización, supervisión o seguimiento
- **Interpersonal o micro**: clima relacional dentro y entre estamentos (estudiantes, PDI y PAS), percepción y satisfacción individual con las relaciones dentro del contexto universitario.

En este trabajo solamente se aborda un número muy limitado de factores socioacadémicos, pero entendemos que el concepto puede ser útil para sucesivos estudios sobre la salud de la comunidad universitaria, ya que los recién descritos factores socioacadémicos, según plantea este trabajo, constituyen un subgrupo relevante de sus determinantes. Se podría enmarcar a los factores socioacadémicos dentro de un modelo de determinantes sociales de la salud*, en el cual quedarían ubicados dentro de los factores “intermedios”, en un contexto micro concreto como es la Facultad de Medicina y sus centros de formación clínica.

2.5 LA ESTRATEGIA PREVENTIVA: PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA

El concepto de prevención aplicado al ámbito psíquico desde la Medicina, proviene originalmente del movimiento de higiene mental, a principios del siglo XX, pero cobra relevancia a partir de trabajos como los de Gerald Caplan en el área de la salud mental

comunitaria. En 1964, este autor es el primero que propone una definición más sistemática de la prevención, distinguiendo los tres niveles, hoy ya clásicos:

- a) La **prevención primaria**, cuyo objetivo es reducir la tasa de incidencia de un problema en una población (casos de nueva ocurrencia), trabajando sobre las causas identificadas del mismo, y las causas de las causas, antes de que puedan producirse. Se persigue reducir al mínimo la probabilidad de aparición del problema. Los esfuerzos se dirigen tanto a transformar el entorno “de riesgo”, como a reforzar la habilidad del individuo para afrontarlo.
- b) La **prevención secundaria**, que intenta reducir la prevalencia (es decir, el número de casos existentes en un tiempo dado) de un determinado problema. Aquí los esfuerzos se dirigen a asegurar una identificación precoz y una intervención rápida y eficaz, antes de que el problema se desarrolle por completo.
- c) La **prevención terciaria** tiene como objetivo reducir al mínimo las consecuencias o secuelas derivadas del sufrimiento de un determinado problema, tratando de evitar las recaídas/recidivas. Los esfuerzos se dirigen a programas de recuperación y rehabilitación para quienes han sido afectados por el problema.

Las intervenciones asistenciales acertadas en casos individuales proporcionan un beneficio, si bien nada desdeñable, de alcance limitado. La progresiva influencia de la epidemiología ha demostrado el gran valor del llamado abordaje poblacional de los problemas de salud. En este sentido, son clave las aportaciones de autores como Geoffrey Rose, quienes han hecho una importante labor para darlos a conocer. Rose explicó con gran claridad la diferencia entre el enfoque denominado “de alto riesgo”, y el enfoque “poblacional”.

En el primero, el énfasis preventivo está puesto en detectar al individuo, en las causas de los casos de enfermedad; en el segundo se estudian las causas de la incidencia, tanto el estudio como las intervenciones se centran en el conjunto de la población. Buscando la prevención sólo de los individuos más vulnerables, se nos escapa el análisis de las causas de las causas, las cuales pasarán desapercibidas cuando la exposición al riesgo sea uniforme para toda la población.

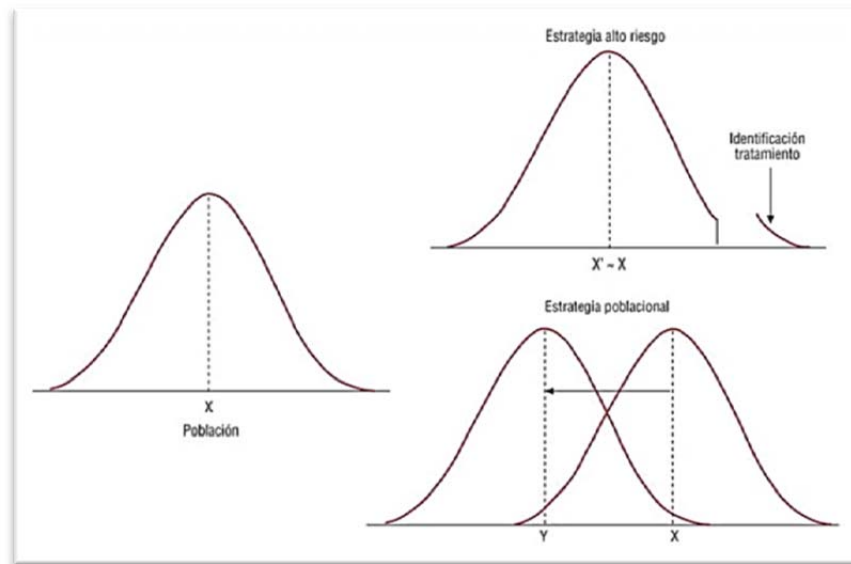


ILUSTRACIÓN 9: DIFERENCIA ENTRE EL ENFOQUE DE ALTO RIESGO Y EL POBLACIONAL

Podríamos decir que algunas de las exposiciones a riesgos para la salud mental de los estudiantes de medicina encajan perfectamente en la categoría de exposiciones “universales” (las condiciones socioacadémica afectan a todos los estudiantes), ya que por lo que se ha visto la presión académica, por ejemplo es omnipresente a lo largo de toda la carrera. Estudiar medicina, prácticamente es sinónimo de hacer frente a una carrera con alto nivel de exigencia y gran dedicación en horas presenciales y de estudio. Por ello la estrategia fundamental para prevenir el deterioro de la salud mental de los estudiantes debería considerar el abordaje poblacional y priorizar medidas de prevención primaria.

2.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD, EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN

La definición más universal y actual de Promoción de la Salud fue consensuada en la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado (OMS 2005) como “el proceso de capacitar a la gente para que ejerza un mayor control sobre su salud y los factores que la determinan, y de este modo poder mejorarla”.

Sin embargo, la primera “y mejor conocida” definición de promoción de la salud, fue promulgada en el entorno anglófono a través de la revista *American Journal of Health Promotion* y dice así: “*the science and art of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health*”. Dicha definición deriva del famoso Informe Lalonde que encargó el ministro canadiense del mismo nombre y se publicó en el año 1974. En él, se planteaba una estrategia para promover la salud que aspiraba a informar, influenciar y apoyar tanto a individuos como organizaciones para que aceptasen más responsabilidad y fueran más activos en lo relativo a su salud mental y física (Lalonde 1974).

Sin embargo, esta originaria definición fue perfeccionada en la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud, en la cual se amplía el alcance más allá del cambio de estilos de vida, incluyendo la idea de capacitar a las personas para puedan controlar su salud y sus determinantes (OMS 1986).

Más contemporáneamente, se han consensuado definiciones más completas que insisten en que la responsabilidad de la salud va mucho más allá de la esfera individual. Pongamos por ejemplo la recogida recientemente en el glosario del Proyecto sobre Competencias y Acreditación, auspiciado por la Comisión Europea¹⁸: *“Promoción de Salud representa un complejo proceso político y social que incluye no sólo acciones para fortalecer las capacidades de autogenerar salud de los individuos, sino también acciones dirigidas a modificar las condiciones ambientales, el entorno social y económico de modo que se pueda aminorar su impacto negativo en las condiciones de salud de las personas y las poblaciones.”*

Desde la Carta de Ottawa (OMS 1986), se identificaron tres estrategias básicas para promover la salud de los pueblos:

- **Abogacía** para que se den las condiciones esenciales (prerrequisitos) para la salud.
- **Capacitación** de todas las personas para que puedan alcanzar su máximo potencial humano.
- **Mediación** entre los diferentes (y a veces encontrados) intereses de los actores sociales, para aumentar los niveles de salud de la población.

Las antedichas estrategias se han de aplicar a cinco áreas de actuación prioritaria, a saber:

- *Construir políticas públicas “saludables”.*
- *Fortalecer la acción comunitaria en salud*
- *Desarrollar las habilidades personales*
- *Reorientar los servicios sanitarios*
- *Crear entornos saludables.*

¹⁸ Proyecto CompHP: Speller, V., Parish, R., Davison, H., Zilnyk, A., and the CompHP Project Partners (2012). The CompHP Professional Standards for Health Promotion Handbook, IUHPE, Paris. EAHC Project number 20081209

2.6.1 CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS “SALUDABLES”.

Inicialmente se desarrolló En años posteriores se ha reformulado como **Salud en Todas la Políticas** – es decir hacer que cualquier política tenga en cuenta el impacto en salud, independientemente del sector a que corresponda. Hay contribuciones muy interesantes metodológicamente para valorar el impacto en salud de las políticas públicas. Nos referimos concretamente a la metodología de **evaluación de impacto en salud**. Este enfoque parece haber calado en instituciones como la Unión Europea recientemente tal y como se recoge en su Estrategia de Salud para Europa 2008-2013¹⁹.

2.6.2 REORIENTAR LOS SERVICIOS SANITARIOS

Muy en sintonía con los principios de Atención Primaria, sentados en la Declaración de Alma-Ata en 1978, lo que plantea esta línea de acción prioritaria es dar más peso en el conjunto del sistema sanitario a los servicios comunitarios, más baratos y con menor inversión en tecnología, para así construir un entramado muy cercano a la población, de fácil acceso y con funciones no sólo clínicas sino educativas, que actúe como filtro previo a la medicina cara, tecnológica y superespecializada. Desgraciadamente, lo dicho está en la actualidad muy lejos de las políticas que se han estado llevando a cabo en la última década en algunas Comunidades Autónomas como Valencia o Madrid²⁰.

Si consideramos la comunidad universitaria, esta línea de acción se podría traducir con una doble orientación: por un lado en la articulación eficaz de la parte asistencial (servicios médicos universitarios) con la red de Atención Primaria y entramado de asociaciones que trabajan por la salud (Ayuda mutua, etc); por el otro, en la coordinación entre estos servicios y las demás actividades no asistenciales de prevención y acciones descritas en el resto de apartados de este capítulo.

¹⁹ El principio rector tercero de esta estrategia es, precisamente “Salud en todas las políticas”.

²⁰ Véase a través de los comunicados de organizaciones profesionales de salud pública en estas regiones, por ejemplo: <http://www.amasap.es/?q=taxonomy/term/89>

2.6.3 FORTALECER LA ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD

A través de procesos participativos que estimulen la reflexión y acción en salud entre los actores del tejido social). En este apartado el empoderamiento es fundamental para que las personas actúen en las intervenciones que mejorarán los determinantes de su salud. En este sentido, la participación de los destinatarios de programas y acciones de salud pública es básica para que estén representados sus intereses, necesidades, realidades y capacidades. Un programa será mejor en la medida que se ajuste a ellos. De ahí la relevancia de incluir a los propios estudiantes en miembros con pleno derecho del equipo investigador, para que con su participación el trabajo sea más ajustado a la realidad y proponga medidas más aceptables para el estudiantado.

2.6.4 DESARROLLAR LAS HABILIDADES PERSONALES

Quizás el aspecto más conocido, se refiere a los aprendizajes necesarios para que a nivel individual se realicen cambios en los estilos de vida que promueven la salud. Se trabaja aquí desde el cambio de hábitos y la alfabetización en salud, o el entrenamiento en autocuidados, hasta el empoderamiento, pasando por las habilidades para la vida.

Los beneficios observados en la salud de quienes modifican la ecualización personal que conforma su estilo de vida, son mayores cuanto más precozmente a lo largo del ciclo vital se produzca la intervención. Sin embargo se sabe que el estilo de vida cambia, y mucho, a lo largo del tiempo, en relación con cambios en el ciclo vital pero sobre todo muy en relación con el entorno en el que las personas viven. Ha quedado bien establecido que la influencia del entorno es determinante para facilitar u obstaculizar el desarrollo de hábitos saludables y creencias correctas acerca de lo que mantiene o mella nuestra salud.

Pero además, el desarrollo de las habilidades personales en esferas como la adaptación al contexto y las relaciones interpersonales (incluyendo actitudes saludables, inteligencia emocional, etc) repercute directamente en lo anterior, y bajo nombres como “habilidades para la vida” y “empoderamiento”, hay líneas de trabajo más radicalmente transformadoras que se ubicarían dentro de esta línea de acción prioritaria.

2.6.2 CREACIÓN DE “ENTORNOS SALUDABLES”

Esta área de acción dio origen al enfoque por escenarios o “settings approach”, que se desarrolló en la Conferencia de Sundswall (OMS 1991). Dicho enfoque plantea intervenciones integrales en ámbitos concretos (escenarios), que contienen comunidades naturales con características bastante definidas: ciudades, escuelas, prisiones, hospitales...

“Los entornos o escenarios son definidos como aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de los que viven, trabajan, aprenden,... en él.” (OMS 1991)

Plantea como objetivo realizar transformaciones estructurales y de la microcultura particular de estos entornos o escenarios, y como meta proporcionar un mejor acceso a las oportunidades que hacen de la opción más saludable también la más fácil de elegir. De este modo, se promueven estilos de vida saludables interviniendo no sólo en las personas, sino en los contextos concretos en que éstas viven cotidianamente.). Se ha visto que este enfoque, al centrarse en un ecosistema físico y social muy concreto, si se consigue aplicar los principios contenidos en todas las demás, solo que aplicados al entorno en cuestión, la dinámica transformadora alcanza muy buenos resultados para la comunidad y su ámbito de influencia*. Se han publicado diversas Guías internacionalmente reconocidas para la implantación de programas en entornos considerados clave, entre los que se encuentra la universidad.

En relación con este trabajo, hay estrategias específicas para Universidades Promotoras de Salud (en idioma español se utiliza frecuentemente el término ‘Universidades Saludables’).

2.6.5 UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD – PROGRAMA U. SALUDABLE

La universidad es un entorno clave para la acción en promoción de la salud: por un lado, es un centro de trabajo, además es un centro educativo y, también es una institución de especial relevancia social, en tanto que investiga, cualifica y garantiza el avance de nuestra sociedad, a través de la formación de la fuerza profesional y gran parte de la élite intelectual del futuro.

En palabras de A.G. Tsouros (1998):

“El concepto de universidad promotora de salud significa mucho más que ejecutar intervenciones de educación sanitaria y de promoción de la salud para estudiantes y personal. Significa integrar la salud en la cultura, en los procesos y en las políticas

universitarias. Significa comprender la salud en toda su amplitud y tratar con ella de modo diferente; y significa desarrollar un marco para la acción en el que se mezclen factores como: el fortalecimiento del poder de acción de los individuos (empowerment – empoderamiento en salud), el diálogo, la elección y la participación, teniendo como meta el favorecer la equidad, la sostenibilidad y la creación de entornos de vida, de trabajo y de aprendizaje a favor de la salud. Las universidades pueden potencialmente transformarse en un modelo de lugar que promueve la salud, pues tienen las capacidades intelectuales, las habilidades, la autoridad y la credibilidad necesarias para alcanzar este propósito. Las universidades son además un valiosísimo recurso para la comunidad en la cual se encuentran. Invertir en universidades saludables es, sobre todo, una inversión en el futuro.... Definir el concepto de Universidad Saludable y el proceso para hacerlo posible no es un mero ejercicio académico. Es un ejercicio estratégico que debería combinar la visión con el pragmatismo y los principios claros con resultados tangibles.”

Ambos aspectos, la amplitud de miras (alcance holístico) y la focalización en objetivos prácticos (actuar con oportunismo), han de ir de la mano. De lo contrario, incurriremos en un craso error, como dice este autor, de modo similar a hacer un planteamiento abstracto de cambios a nivel organizacional sin enunciar cuáles son los resultados y beneficios esperados.

La experiencia nos habla de la extraordinaria utilidad de las redes como herramienta coste-efectiva, vehículo para el fortalecimiento mutuo y la consecución de objetivos comunes o alineados. La Universidad *per se* es un ente contenedor y facilitador de múltiples redes, que no siempre sinergizan entre ellas, pues hasta hace relativamente poco tiempo, como cultura nos hemos estado moviendo en paradigmas más competitivos que colaborativos. En el mundo contemporáneo, el trabajo en red resulta imprescindible; “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado” (OMS 2005), establece los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide involucrar a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos. Para afrontar estos retos la ayuda de la universidad es imprescindible y, más aún, si ésta adquiere el compromiso de impulsar los principios, valores y propuestas de Promoción de la Salud en y por la universidad que se recogen en la carta de Edmonton (Ministerio de Salud de Chile 2006).

El Ministerio de Sanidad y Consumo y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE) han querido apoyar y favorecer el desarrollo de la Red Española de Universidades Saludables, potenciar el desarrollo de los proyectos de Universidades saludables, e invitaron en 2008 a unirse a esta red a todas las universidades interesadas del territorio²¹. A su vez, se han ido constituyendo redes en distintas Comunidades Autónomas, y se han ido estableciendo alianzas entre ellas en los últimos 5 años.

De esta manera, a día de hoy existe un entramado de redes de segundo, tercer y cuarto nivel sistémico (redes de redes), dedicadas a coordinar y liderar conjuntamente los programas de Universidades Saludables en España, Iberoamérica (España también es miembro y desempeña la Vicepresidencia), Europa, etc.

²¹ Red Española de Universidades Saludables (REUS). Documento sobre "Principios, objetivos y estructura de la red". 2008

2.4 EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN MÉDICO

“Doctors’ identities are frequently wrapped up in being a doctor; on account of this we tend to limit our interests and can be seen as idiot savants of a sort...”²²

Gisele Microys, ex-presidenta de la Canadian Medical Association

Los problemas de salud mental que afectan al gremio médico, y que se han referido en capítulos anteriores podrían tener, muchas veces, un origen en la etapa pregraduada. L Goldie (1983) se refirió a la posibilidad de que las tensiones, heridas y conflictos emergidos de la propia formación, y no resueltos en la época de estudiante, podrían ser la base de problemas mayores en su futuro, y lo expresaba como *“producing a non-integrated professional adult doctor’. Unfortunately, this is not just a possibility but a common reality.”* (“producir [las facultades de medicina] un doctor adulto no integrado profesionalmente”).

Citando de nuevo a DJ Stayte, la salud médica empieza por aquella de las y los estudiantes de Medicina. Este autor ya pone claramente de manifiesto la importancia de la salud médica en el período formativo, y la define del siguiente modo: *“the health of doctors, and the possibilities for enhancing the quality of their lives, both professionally and personally, apart from improving their skills as doctors.”* (DJ Stayte 1985)

Si se pretende garantizar que la clase médica goza de un equilibrio en su salud suficiente para cumplir con su función social, es necesario también volver la mirada hacia el colectivo de médicos/as en formación. Y lógicamente, todo lo anterior puede aplicarse a este colectivo, con el aliciente de que las posibilidades de realizar aprendizajes significativos y duraderos son mayores, como se desarrolla a continuación.

En esta sección se plantean los cambios que suceden a lo largo del período pre-profesional del médico en el contexto de las transiciones vitales.

2.4.1 SOCIALIZACIÓN MÉDICA

Las primeras teorizaciones sobre el proceso de socialización médica provienen de autores como Merton (1957) quien describió la carrera de medicina como un proceso social, a través

²² Traducción de la autora: “La identidad personal de las y los doctores está frecuentemente envuelta en la identidad profesional de que confiere “ser médico”; a cuenta de ello tendemos a limitar nuestros intereses y podríamos ser vistos como cierto tipo de “tonto-sabio” (en lenguaje coloquial, diríase “friki”)

del cual los estudiantes adquieren las características profesionales del médico en una institución que, además de su función de inculcar conocimientos y habilidades, cumple con el papel de socializar a los estudiantes en lo que se refiere a valores y actitudes. Entre otras cosas, este investigador hizo hincapié en la forma que tenían los estudiantes de enfrentarse a la incertidumbre presente en la práctica médica, *así como en el significado del uso de cadáveres en las primeras etapas de la formación y la realización de autopsias en una etapa posterior como rituales, para inculcar una actitud científica en los estudiantes.*



Reciclando el concepto de Konrad Lorenz (foto-homenaje a la izquierda de este texto²³), se podría aplicar el término ***imprinting cultural*** para resaltar la importancia que tienen los modelos y las experiencias tempranas en el devenir de los estudios de medicina. Es fundamental tener muy en cuenta a tutores y profesores, que son las

figuras de referencia y cumplen la función de modelos con los que el estudiante construye su identidad profesional incipiente.

El trabajo de autores como Bandura (1977), aportan conceptos muy valiosos a esta base teórica, en el contexto de su teoría del aprendizaje social (posteriormente matizada en la teoría de la cognición social). Desde posiciones afines a Bandura, se ha escrito (Ashford 2010) sobre las interacciones con los diferentes actores de la comunidad universitaria primero (sobre todo otros estudiantes, profesores y PAS), y después con futuros colegas médicos clínicos y resto de profesionales de la salud, que van a marcar la forja de la identidad profesional del estudiante de medicina, a través de la adquisición de nuevos referentes, el refuerzo de otros y la desmitificación de algunos.

Encontramos bien planteada la complejidad del trabajo de profesores y tutores en este proceso, en guías más o menos recientes sobre educación médica (Harden & Crosby 2000) en

²³ FUENTE: [HTTP://WWW.DABASE.ORG/LORENZ.HTM](http://www.dabase.org/lorenz.htm)

las cuales se proponen hasta doce funciones o papeles (roles) a desempeñar por éstos, como por ejemplo: *transmisor de información, facilitador, evaluador, desarrollador de recursos, planificador y modelo*, entre otros. De ellos, algunos puede que se cumplan o no, pero en vista de lo anteriormente expuesto, el papel de “modelo a seguir” claramente ocurre, sea el profesor consciente o no. La cultura médica tradicional no consideraba necesario para ser buen profesor más allá de la competencia clínica y los conocimientos en su área de maestría, lo cual a todas luces es muy insuficiente y puede resultar contraproducente. Los profesores se encuentran a veces con situaciones que no pueden manejar con estas esferas de competencia, ya que para ello se precisan habilidades interpersonales muy concretas y un cierto nivel de conciencia en lo relativo al modelaje y la trascendencia que éste tiene. Además, el profesor clínico tiene que atender simultáneamente sus responsabilidades con estudiantes al trabajo con pacientes, lo cual supone un grado de presión extra que habremos de superponer al estrés y demás riesgos psicosociales asociados al trabajo clínico, y descritos con anterioridad.

En el proceso de socialización médica se produce un moldeado de la autoestima, que con frecuencia fusiona la valía personal con la profesional. Como es bien sabido, la carrera de Medicina plantea una alta exigencia académica y precisa de una dedicación muy superior a la media de estudios universitarios, lo que favorece sin duda lo anterior. En este sentido, el desarrollo de adecuados niveles de **autoeficacia** (Bandura 1977) son capitales para la maduración posterior como profesional. Además, de igual manera que los estilos de vida se ven condicionados por esta circunstancia, se moldean las creencias del estudiante sobre la propia salud, y en consecuencia se fijan actitudes hacia su autocuidado (Becker 1974) y la forma de buscar ayuda.

Por tanto, mientras el estudiante se esfuerza para adquirir unos conocimientos científicos sólidos y unas determinadas habilidades prácticas, también aprende a considerar y cultivar el aspecto humano de su relación con el paciente, comprendiendo la complejidad del ser humano en su diversidad y en la situación de necesidad de atención médica; y simultáneamente a todo lo anterior, el estudiante está recorriendo al menos dos procesos de socialización profesional fundamentales: lo que la autora quiere definir como socialización académica y socialización clínica. La primera se refiere a la inmersión del estudiante en el ecosistema social universitario, y sucede principalmente a lo largo de los tres primeros cursos de carrera. La segunda tiene

lugar a partir del tercer año con la incorporación a las prácticas clínicas, y continúa después de la graduación, con el período de formación especializado como MIR.²⁴

Coincidimos plenamente con la conceptualización de dichas socializaciones desde un modelo de Comunidades de Práctica (*community of practice*, en adelante CoP²⁵). Frente a visiones previas, da una visión más holística del proceso de socialización profesional, más acorde con los modelos multidimensionales contemporáneos. En un esquema sencillo, se podrían visualizar según un esquema similar al propuesto en la ilustración a continuación.

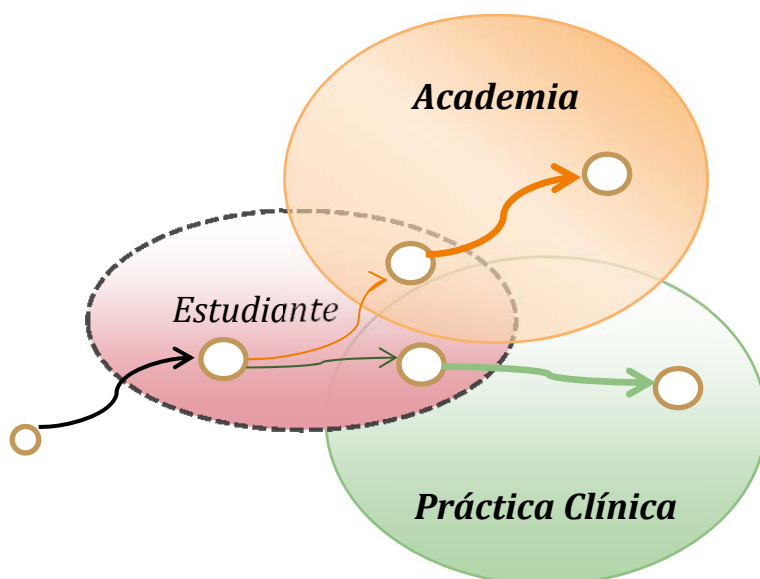


ILUSTRACIÓN 10: PROGRESIÓN POR LAS ETAPAS DE SOCIALIZACIÓN MÉDICA (EJEMPLO BASADO EN COMUNIDADES DE PRÁCTICA)

Cada conjunto representa una comunidad de prácticas: la estudiantil (estudiantes de medicina), la académica (por simplificar, incluiríamos aquí también a los investigadores, aunque el solapamiento entre docentes e investigadores no es completo como sabemos) y la clínico-asistencial. A lo largo de los años de carrera y primeros de ejercicio profesional, el estudiante pasa por diferentes “transiciones”, o períodos de cambio: de preuniversitario a estudiante de medicina lo cual ocurre durante los dos primeros cursos,

En la ilustración, que ofrece sólo una opción de los posibles itinerarios, cada etapa transicional se representa mediante el marcador en la intersección estudiante-profesional. Y la transición a

²⁴ MIR se refiere a las siglas de Médico Interno Residente. En España es obligatorio para ejercer la medicina en el ámbito público desde 1995.

²⁵ CoP: Término acuñado a principios de los noventa por Jean Lave y Etienne Wenger.

través de las flechas. La integración, que se produce de todos modos en la mayoría de los casos, es más precoz y a menor coste personal para el estudiante, cuanto más sensible a su extrañeza inicial y necesidad de adaptación progresiva sea el contexto que acoge.

Idealmente, se postula la creación de un contexto social, un ambiente de aprendizaje, a través del cual el estudiante se inserta progresivamente en el entorno, bien académico, bien clínico-asistencial²⁶. La orientación de tutores o mentores pertenecientes a la comunidad de prácticas en cuestión se ha revelado como un elemento esencial para la integración efectiva y saludable de los estudiantes. En realidad, todo lo anterior no es más que una conceptualización contemporánea de los procesos de iniciación que llevan teniendo lugar en múltiples organizaciones a lo largo de la historia.

Las bases teóricas se van construyendo simultáneamente y en relación con las experiencias de primera mano con el entorno profesional. Ésta es la táctica para desarrollar una capacidad científico-técnica arraigada en los conocimientos y evidencias existentes, y se propone desde las Facultades de Medicina más prestigiosas del mundo como la solución al hiato teoría-práctica (Bilodeau 2005). Dicho de otro modo, con esta conceptualización de la educación médica como proceso de socialización se puede contribuir a poner en contacto las buenas prácticas basadas en la evidencia, más conocidas en el entorno puramente académico, con la realidad cotidiana de la práctica clínica en un contexto organizacional determinado, aspecto que dominan mejor los tutores clínicos.

Las actitudes hacia la propia salud mental, al igual que otros aspectos de la salud, como decíamos, son inseparables del resto de aprendizajes que el estudiante realiza. La gran dedicación que exige la carrera (en número de créditos, Medicina es, sin ninguna duda, de las carreras universitarias más largas), junto con la complejidad de las materias estudiadas (a nivel académico), más los retos a nivel humano que plantea la interacción clínica, confieren a este proceso un gran voltaje vital, que no es de extrañar, afecte a las coordenadas existenciales de la persona que pasa por él (Gaensbauer 1980). A ello añadimos el hecho de que el afán de

²⁶ Debido a la predominancia de los créditos que implican contacto con la clínica dentro de las prácticas en establecimientos sanitarios, en este modelo se utiliza el nombre clínico-asistencial en lugar de "profesional". En lengua inglesa se denomina éste área "Practitioner" que es un apelativo más genérico e inclusivo de todo el rango de especialidades médicas contemporáneas, tanto asistenciales como no asistenciales (salud pública, M. preventiva, inmunología, microbiología y demás especialidades de laboratorio, entre otras).

superación, de vencer a la enfermedad y la muerte, de logro en definitiva, se encuentra entre los valores más altos de la identidad profesional.

En el caso que nos ocupa, además, se añade el factor de edad a la profundidad de los cambios en la persona que se convierte en médico; la inmensa mayoría de los admitidos a la Facultad de Medicina de la UAM durante la década estudiada entraron al primer curso con 18 +/- 1 años. Así pues, la persona que estudia 1º de Medicina en la Autónoma, en una mayoría llega a la Facultad en fase adolescente, va a terminar 6º curso a los 6-7 años después saliendo de una larga adolescencia de entrenamiento intensivo, para entrar en la vida adulta con una fuertísima identidad profesional que proporciona cauces y recursos para instalarse en una adultez socialmente bien considerada; pero prestigio que se obtiene con el carnet de colegiado lleva consigo un precio, quizás, demasiado alto para algunos: a lo largo de este proceso, hay evidencia de que el estudiantado está expuesto a una serie de riesgos para su equilibrio psicoemocional, que no tienen relación directa con las exigencias propias de la preparación profesional.

La cultura institucional es clave en todo este proceso: el clima de aprendizaje, o también llamado clima educativo es un ingrediente esencial de la experiencia académica ya que las percepciones y mentalidad de las y los estudiantes están moduladas por sus interacciones con sus pares, los miembros de la facultad, médicos residentes, enfermería y demás plantilla de los establecimientos sanitarios en que se forman como médicos (Seritan et al 2012). Dichas experiencias pueden influir negativamente su desarrollo emocional dependiendo de cómo sea la cultura institucional (Murinson 2010). Por desgracia, no es infrecuente que los propios educadores de estos proto-médicos fueran educados en una atmósfera en la que la humillación, la desconsideración por los aspectos emocionales y el afán de “hacer de menos” estuvieran a la orden del día, de manera que ellos mismos reproducen dichos modelos claramente nocivos, y con ellos, esta negatividad se perpetúa. La negación de toda imperfección en el maestro, que se muestra como infalible²⁷, muy comunes en este tipo de cultura médica, sinergizan perversamente con rasgos de la personalidad perfeccionista (frecuentes entre estudiantes de Medicina²⁸) que son, sin embargo potencialmente muy positivos profesionalmente, pues

²⁷ Este factor cultural está extendido en la cultura moderna que prioriza el valor del éxito casi como absoluto, hasta llegar a extremos en que “todos mienten” para mantener la imagen socialmente aceptable de sí mismos, cuando en realidad todos sabemos que ni la Medicina es ciencia exacta ni los más sabios son perfectos en todo y siempre.

²⁸ Sobre perfeccionismo y salud mental en Medicina hay trabajos de interés como los de Enns et al 2001; Hamilton & Schweitzer 2000, o Henning, Ey & Shaw 1998.

animan a mantener un alto rendimiento, fijarse metas ambiciosas y mantener el afán de superación.

La jerarquía sanitaria, que es necesaria para un buen funcionamiento del sistema de salud, se ejerce con preocupante frecuencia de forma abusiva y no saludable (Baldwin 1991; Uhari 1994), generando modelos que perpetúan algunos obstáculos para el trabajo colaborativo y además que son contraproducentes para un ejercicio profesional saludable y el mantenimiento de la salud mental (Rautio 2005; Heru 2009). La exposición innecesaria y perjudicial a estos modos abusivos de ejercer la jerarquía, operantes aún en muchos establecimientos sanitarios con acreditación docente, es objeto de publicaciones recientes que exploran el tema en términos del maltrato detectado, que oscila entre cifras cercanas al 15% (vía encuesta institucional) hasta el 73% (a través de entrevista personal con un mentor) (Heru 2009). Dyrbye et al (2005) documenta entre el 50% y el 80% de estudiantes que declararon haber sentido que se abusaba de ellos, en el sentido de aprovecharse de su situación jerárquicamente inferior. Por estos motivos, recientemente se han hecho llamamientos a un cambio de cultura a este respecto (Sheritan 2012; Linda 2008), algunos desde revistas de gran impacto (Devi 2011).

Consideramos inseparable, para la población de estudiantes de Medicina, el proceso de maduración personal del proceso de aprendizaje pre-profesional. Queremos remarcar aquí como hecho clave la coincidencia en el tiempo, en una mayoría de casos, del proceso de forja de la identidad profesional con la consolidación de la identidad adulta.

Debido a la gran dedicación necesaria para superar las exigencias de la formación médica, ocurre una, llamémosle, fagocitación de la esfera personal por la profesional, que aumenta el riesgo de fusión identitaria, fenómeno del que se hacen eco algunos expertos (Henderson 2012; Myers 2003) y que se postula aquí como no exento de riesgos para la salud a largo plazo. Aún no disponemos de estudios con un período de seguimiento suficiente para establecer las implicaciones a largo plazo, una vez que se convierten en profesionales en ejercicio, ni han sido aun suficientemente estudiados los factores modificables que pudieran ser protectores en el desarrollo de una vida saludable, compaginada con un desempeño acorde con los estándares de calidad deseados.

2.7 RESPONSABILIDAD SOCIAL Y PROFESIONALISMO

*La Medicina se estudia como una Ciencia, pero se ejerce como un Arte.
En ambos casos, Medicina sin Ética no es Medicina.*

El prestigio social de la clase médica tiene relación directa con la responsabilidad social asumida. Sin embargo, nada de lo anterior hasta la fecha ha conseguido reducir la carga de enfermedad mental, y los datos más recientes indican que la frecuencia de mala salud mental es, al menos, igual que en el resto de población, si no mayor; en el último informe de salud mental laboral del Reino Unido se ha estimado que quienes ejercen la medicina clínica están expuestos a un mayor número de riesgos ocupacionales que otros grupos de población activa.

Desde un planteamiento de calidad en la gestión sanitaria, hay un encuadre de la importancia de la salud mental médica por la seguridad de los pacientes: el deterioro en la salud de sanadores y cuidadores, potencialmente acarrea significativas repercusiones en su desempeño, y por tanto, expone a la población al riesgo de ser atendida por profesionales que no pueden hacer uso de sus plenas capacidades. Estas consecuencias en la práctica médica de una salud mental precaria se han empezado a cuantificar recientemente en otros países (Taylor 2007); entre ellas, cabe destacar: irritabilidad hacia colegas y pacientes debida al estrés laboral, práctica profesional por debajo de lo establecido (tomando "atajos" a los procedimientos estandarizados) o planes de jubilación anticipada.

Hay un concepto de cuño reciente que viene a actualizar la idea de práctica profesional realizada con excelencia y ética, pero que surge en cierta manera como reacción corporativa ante la popularización de las demandas judiciales por parte de pacientes y organizaciones civiles en contra de algunos colegas y por cause de negligencias o malas prácticas. Nos referimos al "profesionalismo", del cual se hace eco el último Código Deontológico español (OMC 2011), que lo define del siguiente modo:

"Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la Medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos".

Históricamente el médico tenía la confianza de nuestros pacientes al extremo de tomar decisiones vitales sin consultarle. Afortunadamente, en la actualidad española la situación es

bien distinta. Esto puede deberse a una combinación entrelazada de educación, jurisprudencia, ética y ciencia.

Educación, ya que las tasas de analfabetismo han bajado sustancialmente en los últimos 60 años. La democratización del acceso a la escuela primero, y del acceso a la información (a través de Internet como medio estrella, que no único), han resultado en pacientes más capaces de entrar en un diálogo informado sobre todos los aspectos de la asistencia clínica. Además, desde los años ochenta, y seguramente gracias al buen hacer de quienes nos precedieron, se ha producido un cambio cultural por el cual la salud ha adquirido un valor social antes desconocido. Fomentado por los más expertos en Educación para la Salud, los conocimientos sobre salud, antes guardados celosamente de puertas adentro del gremio, han experimentado una democratización sin equivalentes en otras áreas como el derecho o la economía. En consecuencia, el paciente

Jurisprudencia, sobre errores médicos, impulsada con vigor desde los Estado Unidos, y con una importantísima resonancia social.

Ética, con la llegada de los consentimientos informados, las revisiones del Código Deontológico, o el desarrollo de conceptos como el de **profesionalismo**. Podría considerarse como la lógica adaptación del gremio al contexto contemporáneo, con el desarrollo de la bioética, la sensibilidad del cuerpo profesional a la necesidad de autonomía del paciente, haciéndose sensible a las demandas cambiantes de la sociedad.

Ciencia, fundamentalmente a través de la aparición de la nueva “medicina basada en la evidencia”, en la que como es bien sabido se revisa el estado del arte sobre las cuestiones clínicas que plantean dudas o en las que hay varias posibilidades, y que además desarrolla algoritmos de decisión en los que las preferencias del paciente son un factor clave a considerar para la toma de decisiones clínicas, junto con aspectos económicos y de gestión.

El ocultamiento de los problemas mentales en la profesión médica, tratada en varios textos que abordan el tema del estigma (Waring 1974; Wallace 1997; Chew-Graham 2003), así como la ceguera de colegas y excesivo reparo para tratar el tema, aun cuando sea evidente, lógicamente es perjudicial para la salud de las y los médicos afectados, además plantea serios problemas de ética (OMC 2011), por cuanto implica de irresponsabilidad de cara a los pacientes y falta de profesionalismo.

Los factores individuales del profesional son una de las barreras para realizar la actividad clínica conforme a los estándares de calidad reconocidos internacionalmente. Entre ellos, se encuentran aspectos cognitivos, comportamentales (rutinas) y actitudinales, y dentro de éstos últimos juega un papel fundamental las creencias y la motivación. Ésta última aparece seriamente dañada en procesos como el burn out (Grol 2003), que son preocupantemente frecuentes en la profesión médica. Pero ya se ha visto anteriormente como algunos de ellos cristalizan gracias a la inculturación en la clase médica, y dependen en gran medida de la experiencia de socialización y los modelos que dicho individuo haya tenido a lo largo de su formación.

2.7.1 LA COMPLEJIDAD DE AYUDAR AL MÉDICO A CUIDARSE

“The most irrational opposition to psychotherapy often comes from very influential and powerful colleagues who can be very obstructive long before they admit to their own need for psychotherapy.” (L Goldie. Journal of the Royal Society of Medicine, UK 1985).

Si no hay dudas sobre lo importantes que son la detección precoz, el diagnóstico certero, y el tratamiento eficiente de los problemas mentales de las y los médicos, ¿por qué hay tanta reticencia a buscar la ayuda adecuada?. Sk Brooks, C Gerada & T Chalder publicaron una revisión recientemente analizando los obstáculos que hacen de la clase médica tan desastrosos pacientes, y aún peores cuando se trata de su salud mental (Brooks et al 2011). Además del escaso conocimiento que en general hay sobre dónde encontrar ayuda para este tipo de problemas, estas autoras ponen de manifiesto que al estigma social residual se suman los temores acerca de las consecuencias para su futuro y carrera profesionales. También exponen como obstáculo que entre médicos está muy extendido el “presentismo” (aversión a faltar al trabajo), que les lleva a acudir a su puesto aun encontrándose mal, llegando a forzarse hasta que otros o las circunstancias prácticamente les obligan a parar (Baldwin 1997). A esto se añade la complicación del temor a que se ejerzan acciones disciplinarias, en casos como las adicciones, justificadamente.

Según estudios recientes, la principal censura y estigma proviene de uno mismo, y no sólo retrasa el diagnóstico hasta estados avanzados de deterioro y limita el acceso a la ayuda especializada, sino que se ha descrito como obstáculo también en la reincorporación posterior al trabajo (Henderson 2012).

Es muy común que los profesionales médicos nos autodiagnostiquemos y autotratemos, incluida la autoprescripción (Baldwin 1997; Davidson & Schattner 2003 y Hem 2005 en Brooks 2011). Watts (2005) sugirió que tendemos a comportarnos de modo secretista y evitemos dar a conocer nuestros problemas de salud mental. La ansiedad y preocupación acerca de la confidencialidad con frecuencia dan como resultado la minimización o negación de los síntomas (Kay 2008 en Brooks 2011). Muy frecuentemente, doctoras y doctores acabamos obteniendo consejo médico y tratamiento de colegas a quienes conocemos en un contexto profesional (Barrett 1995 en Brooks 2011), lo cual dificulta el establecimiento de una relación médico-paciente normal.

Un estudio sobre las actitudes de la clase médica en Birmingham hacia el desarrollo patología mental (Hassan et al. 2009) preguntó a 3512 médicos, en caso tener una enfermedad mental, a quién se lo contarían y qué factores podrían influir en su decisión. Cerca del 73.4% de un total de 2462 respondientes dijeron que contarían con un familiar o amigo antes que con un profesional, y la mayoría sugirió que las implicaciones para su carrera o puesto de trabajo, así como el estigma, eran las principales razones para no buscar ayuda profesional. Así, concluyeron que **el estigma sobre la mala salud mental es muy prevalente entre médicos**. En un juego de palabras, quizás esto tuviera que ver con el arraigo de la terrible idea de que *enfermar de la mente es sinónimo de perder el "juicio", lo cual invalidaría su capacidad de emitir juicios clínicos respetables*. Pese a que hoy esta creencia debería estar ampliamente superada como hemos visto en el capítulo sobre modelos de salud, no parece que estos hallazgos británicos sean una excepción. Incluso cuando hablan de ello con otros colegas, es común que sea en conversaciones informales más que en consulta clínica propiamente dicha (Baldwin 1997). Y cuando se produce una consulta en el setting clínico habitual, es común que no se les trate como pacientes propiamente, sino como colegas, lo cual en este tipo de problema va en detrimento de la calidad, corrección y eficacia del acto clínico (Strang 1998 en Brooks 2011).

Hay barreras intrapersonales para una ayuda eficaz que provienen directamente de la identidad médica, factores psicológicos o psicosociales que suscitan sentimientos de culpa, vergüenza y temor a ser vistos como débiles o malos profesionales si admiten su sufrimiento (McKewitt et al 1997). Es duro para un médico "convertirse en paciente" (como si ello significase debilitar su identidad médica), y con frecuencia se encuentra gran resistencia a flexibilizar la propia identidad para cambiar de rol (Thompson 2001). Como se decía al inicio, podemos mirar la dualidad médico-paciente como una polaridad al modo gestáltico (Pearls 1976), que por esa identidad profesional tan fuerte, veta a la persona-médico el trasiego de un

polo al otro, por considerar rígidamente su posición en dicha polaridad. Este fenómeno, siempre desde una óptica gestáltica, daría como resultado una profesión “neurótica”, que necesita de un despertar de la conciencia para integrar ambos extremos y poder sanarse. La integración saludable de dicha polaridad identitaria resolvería gran parte de las barreras intrapersonales para acceder a la ayuda, mejorar o mantener la salud, y como consecuencia, reforzar la calidad del trabajo médico.

Por todo ello, se justifica la creación de programas específicos para médicos, que incluyan en su diseño fórmulas para superar estos obstáculos, con especial atención a la confidencialidad y a la correcta calibración de los roles y límites de la relación clínica para que sea terapéutica. Confidencialidad total excepto a lo referente a los pacientes que atendió encontrándose mal; en ese caso se valorará si el padecimiento del paciente-doctor pudo suponer alguna amenaza para la buena práctica; en caso afirmativo, siempre se intentará que sea el propio paciente-doctor quien les informe y se le asesorará sobre cómo hacerlo. La visión de la búsqueda de ayuda como peligrosa para su carrera, su situación financiera y su proyección futura, queda así desarticulada al ofrecer la confianza, apoyo y consejo necesarios para que en situación de dificultad actúen responsablemente, minimizando el problema y haciendo lo mejor tanto para ellos mismos como para sus pacientes.

Una característica diferencial de estos servicios, es que antes de empezar a abordar el problema en sí, se necesitará un apoyo específico para posibilitar la intrincada transición de “médico” a “paciente doctor”. Los médicos que se dediquen a tratar pacientes-doctores deben hacerse cargo y respetar en consecuencia su rol de médico (en cuanto profesional), al tiempo que no pierden de vista sus necesidades como pacientes. Y para ello es preciso realizar una formación específica para que quien está actuando de terapeuta consiga una dinámica de relación que haga sentir cómodas a ambas partes de su paciente-doctor.

Gracias al trabajo de sensibilización sobre el problema de acceso de los propios médicos a recursos de apoyo y tratamiento para mejorar su salud mental, se empezaron a poner en marcha servicios de atención especializada para médicos (llamados *Physician Health Programme*), primero en los años setenta en Norteamérica (Talbot 1987) y después en otros países de la órbita anglosajona. Estos programas tienen un doble objetivo: proteger a los pacientes en general y a la profesión sanitaria en particular. La piedra angular de todos estos programas de ayuda es la confidencialidad.

Encontramos buenos ejemplos contemporáneos en países como Canadá o el Reino Unido: el primero con un *Physician Support Programme* consolidado a nivel nacional desde 2001 (Myers et al 2003), el segundo con un programa del mismo nombre que terminó de pilotarse en 2010 (NHS 2010).

En cuanto a España, haciéndose eco de esta problemática a imagen de los programas anglosajones, algunas organizaciones profesionales pusieron en marcha programas dirigidos específicamente a médicos (Padrós 2003; Bruguera 2003; Arteman 2004), para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a este colectivo en unas condiciones que tengan en cuenta el pudor y necesidad de privacidad y discreción de una buena parte de los colegiados. El pionero fue el programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) en 1998, que se fue extendiendo a otros Colegios Médicos, y que, desde 2001 también se puso en marcha en Madrid dentro de la Comisión de Ayuda y Prevención al Médico (CAYPAM) del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), y sucesivamente, en otras Comunidades Autónomas. Los Colegios de Enfermería (Barcelona, Cantabria, etc.) se han ido sumando a esta política con la puesta en práctica del programa RETORN o RETORNO.

Cada uno de estos programas extiende su ámbito de actuación a todos sus colegiados (independientemente de su situación laboral) pero sólo a colectivos concretos: médicos o enfermeros. Se excluyen otros profesionales que pueden estar vinculados al ámbito sanitario pero que no tienen colegio profesional (auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, celadores, administrativos, etc.). En los programas dependientes de los Colegios Profesionales la financiación puede ser subvencionada en parte por el Colegio, pero no totalmente.

Desde el verano de 2006 se puso en marcha un nuevo plan de ayuda, el PAIPSE (Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo), en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid. Aumentó la cobertura ya que pueden acceder al programa de recuperación todos los trabajadores vinculados con el ámbito sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos, celadores, etc.) y la financiación de las prestaciones, dado que el tratamiento se realiza dentro de los dispositivos de la red pública adscritos al plan, aunque el requisito de acceso sería la vinculación laboral con las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid. Desgraciadamente, como está ocurriendo con tantas otras prestaciones del sistema sanitario público, el futuro de este programa en la actualidad es incierto.

Actualmente es la Organización Médica Colegial quien ampara desde el Patronato de Huérfanos parte de la financiación del PAIME, y ofrece información centralizada desde su web. Este programa, se implementa de forma más o menos independiente desde cada colegio de médicos regional, con una distribución irregular de recursos y oferta de servicios y recursos (*ver más en http://www.fphomc.es/descripcion_prestacion_paime*). El único artículo de evaluación localizado sobre los resultados del PAIME (Bosch 2000) ofrecía resultados prometedores, si bien se trata de resultados a corto plazo, cuando este programa estaba en sus comienzos.

Al prevenir problemas y reforzar la salud mental de la profesión médica, estamos contribuyendo a optimizar la contribución de la misma al conjunto del sistema de salud; además, es un modo indirecto de velar por un mejor cuidado de la salud de todas aquellas personas con quienes dichos profesionales trabajen. El efecto en cascada del abordaje preventivo hacia la salud poblacional a través de la promoción de la *salud mental médica*, adquiere un bucle más al dedicar nuestra atención a los estudiantes, dado que son las cohortes de profesionales del mañana y se encuentran, además, en una etapa especialmente permeable de sus vidas.

Para ello, la investigación en este tema es necesaria, ya que como veremos en la próxima sección, hasta hace relativamente poco tiempo no teníamos información sobre el estado de salud mental en la profesión médica, y en particular, entre las futuras generaciones, pensando en una óptima preventiva o/y de promoción de la salud.

2.8 INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Los primeros estudios encontrados datan de mediados del siglo veinte (Malleson 1954; Pitts 1961), y en algunos casos estaban centrados más que nada en el aprovechamiento de los estudiantes de medicina como muestra de fácil acceso para estudiar el estrés en voluntarios sanos (Kiecolt-Glaser 1986; Dimsdale 1982), y permitieron, por ejemplo definir lo que se denominó el “síndrome pre-examen” (Thomas 1958), un cuadro ansioso en respuesta a la presión académica; con el tiempo llegó el interés por la relación entre el estrés estudiantil y otros factores, como la personalidad (Gaensbauer 1980; Vitaliano 1989), o algunas circunstancias que podrían enmarcarse dentro de “lo socioacadémico”, como la clase social, la adquisición de actitudes profesionales o el logro académico (Fredericks 1967; McMichael 1975; O’Neil 1986). Se fueron realizando estudios epidemiológicos descriptivos sobre los problemas de salud mental de estudiantes de medicina (McMichael 1974; Kidd 1965).

A partir de los años 90, el número de publicaciones sobre este tema aumenta considerablemente, hasta llegar a más de 100 artículos anuales en los últimos 4 años, si sólo contamos los resultados de búsquedas en PubMed con las palabras clave *stress, psychological distress* y *medical students*. Los estudios encontrados en los años noventa fueron llevados a cabo fundamentalmente en países anglosajones y de Europa Occidental, y mayoritariamente en estudiantes de Medicina (Guthrie 1995, Miller 1991, Hamilton 1997). Progresivamente, empezaron a aparecer revisiones (Waring 1974) sobre el tema, se amplió el abanico de aspectos estudiados: factores determinantes del malestar psicológico, revisiones y en número creciente, trabajos sobre las intervenciones para ofrecer ayuda y mejorar la salud estudiantil. Además, a medida que avanza el siglo XXI, se multiplican los estudios en una variedad de países de todo el globo (Loureiro 2008; Kinoyama 2007): Oriente Medio (Al-Nime 2010; Elzubeir 2010), América Latina (Pereira 2011; Alexandrino-Silva 2009), Asia Oriental (Sreeramareddy 2007; Hayasaka 2007), Europa Oriental (Birò 2009; Lionis 2006; Backovic 2012), África (Omigbodun 2006; Ofili 2009) y Oceanía (Marshall 2008).

Hay muchos que son estudios de prevalencia con muestras medianas, y limitada capacidad analítica²⁹, y aunque han ido apareciendo estudios longitudinales (Guthrie 1998; Tartas 2011; Mitgaard 2008; Yussuf 2012) o series de cortes transversales (Assadi 2007), y han proliferado los artículos sobre programas de intervención (Velayudhan 2010; Jain 2007; Hased 2009),

²⁹ Véase Tabla de Revisión Bibliográfica en Anexo correspondiente.

aún existe una clara necesidad de seguir estudiando (West 2007) los factores determinantes de la buena salud mental en profesiones como la medicina (Dyrbye 2005), la enfermería (Storrie 2010 ; Furegato 2008; Cleary 2011) y otras dedicadas a las ciencias de la salud.

A partir del año 2000, cobran relevancia los estudios realizados sobre la salud mental de estudiantes de otras ramas de Ciencias de la Salud (Alexandrino-Silva 2009; Henning 1998), como Enfermería (Rigol 2008; Storrie 2010; Warbah 2007; Cleary 2011; Furegato 2008), Fisioterapia, Matronas o Salud Pública³⁰, entre otras (Lúcia 2005; Marshall 2008; Hanson 2005).

En algunos casos, los estudiantes de Medicina se comparaban con sus homólogos de Empresariales (Dahlin 2011; Curran 2009), Filosofía y Letras (Coelho 2007; Enns 2001;), Ingeniería (AlNakeeb 2003) o Derecho (Cerchiari 2005; Dyrbye 2006; Kjeldstadli 2006). Otras veces, en menor medida, se han comparado muestras de estudiantes de Medicina y otras profesiones sanitarias (Rigol 2008; Storrie 2010; Furegato 2008; Cleary 2011; Olayinka 2010; Alexandrino-Silva 2009).

El equipo interdepartamental de la Facultad de Medicina de esta universidad ha ido publicando resultados de esta línea de investigación a lo largo de la pasada década y media, que podemos ver resumidos en el Apéndice XIII (pag 213).

Tras la revisión de la literatura reciente de referencia, vemos como hallazgo transcultural y común a estudios en poblaciones asimilables españoles, el que los estudiantes de Medicina tienen que hacer frente a muchas presiones, derivadas de factores como:

- El ajuste a un entorno competitivo, en el que sus pares son, de entrada (y a diferencia de su experiencia en la enseñanza secundaria) igualmente competentes y motivados;
- Un horario de trabajo intensivo y complejo, con cambios frecuentes de lugar, servicio, equipo y referentes (tanto en la etapa preclínica como después en las rotaciones clínicas). Todo ello pone continuamente a prueba su capacidad de adaptación.
- Una importante inversión: económica (entre tasas, libros y material clínico; a ello se pueden sumar que es poco frecuente que los estudiantes ganen dinero mientras estudian),

³⁰ En algunos países de la Unión Europea y fuera de ella, existen estudios de pregrado en Salud Pública, así como Matronas es un Grado en determinadas Facultades de Ciencias de la Salud europeas. Buscar la lista de los doc de EU Qualifications Framework – health sciences

de tiempo (carrera larga de máxima dedicación entre las demás titulaciones superiores, que exige renunciaciones en su vida social y de ocio, en la mayoría de los casos)

Compartimos con Seritan et al (2012) la clasificación de los factores que afectan a la salud mental de los estudiantes de Medicina en tres niveles: intrapersonales, interpersonales y del entorno o ambientales. Tanto los interpersonales como los ambientales tienen mucho que ver con la micro-cultura del escenario académico. Entre estos factores académicos que se han considerado hasta el momento como contribuyentes al burn-out en estudiantes de Medicina (Dyrbye 2005, 2008, 2009, 2010; Genn 2001), queremos citar aquí los ligados al clima educativo o cultura organizacional; debido a que son grupos de factores que podemos ubicar como **determinantes sociales intermedios ligados directamente al escenario “Universidad”: proponemos agruparlos bajo la denominación “factores socioacadémicos”** (véase más información en el Apéndice I: Miniglosario.)

Hay suficientes pruebas de la relación entre ellos, considerados en conjunto y el comportamiento poco profesional (falta de profesionalismo) (West 2007), el aumento de riesgo de ideación suicida³¹, depresión reactiva, trastornos de ansiedad, burn-out precoz, abuso de sustancias, serias dudas sobre si continuar en la carrera (entre quienes al final continúan) y abandono de los estudios (Tosevski 2010, Reed 2011, Fredericks 1967; Tartas 2011; Salanova 2011; Dyrbye 2006). Las buenas noticias son que la mayoría, son reversibles si se detectan y se ponen medios para ello; pongamos como ejemplo el burnout, que con intervenciones sencillas se han visto cifras de recuperación en el primer año del 26% (Dyrbye 2008).

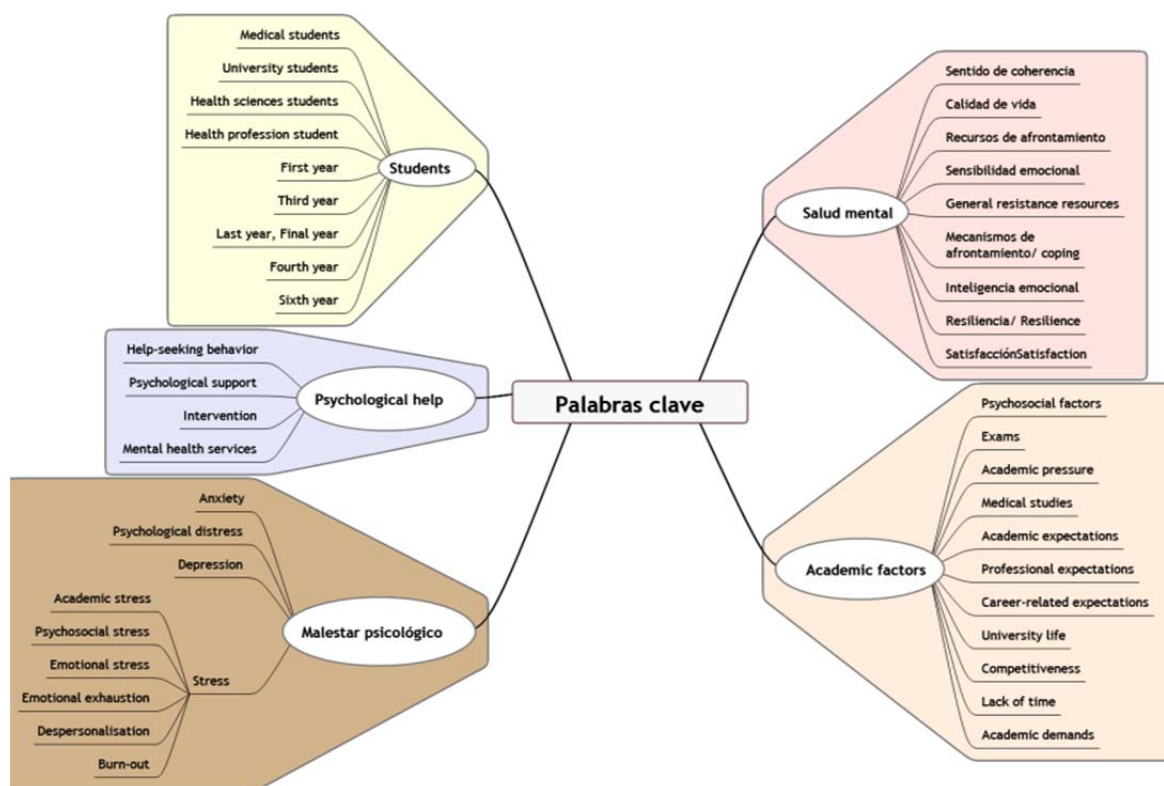
Hasta el momento no se conoce ningún estudio en el que se valore la salud mental de estudiantes de cursando estudios de todas las ramas socio-sanitarias en una misma universidad, ni entre varias universidades. Tampoco hemos encontrado estudios longitudinales con un período de seguimiento más allá de tres años; ni de cohortes con datos multicéntricos, ni prospectivos experimentales suficientemente rigurosos para probar la efectividad de las intervenciones propuestas. La falta de estudios longitudinales, multicéntricos y/o multiprofesionales plantean los principales retos para la investigación futura.

³¹ En un estudio longitudinal realizado en 7 facultades de los EEUU, el 11% de los encuestados admitieron haber tenido serios deseos de quitarse la vida a lo largo del año anterior (Dyrbye 2008).

Desde la propia Facultad de Medicina de la UAM, se abrió la investigación, a partir de 2006, a Medicina y otras titulaciones en varias universidades de países como Venezuela, Camboya, Tailandia o Marruecos, gracias a la firma de respectivos convenios de colaboración. Actualmente, el equipo de la UAM coordina una línea de trabajo llamada **“Salud Mental en Estudiantes Universitarios en Cuatro Continentes”**, que está ya proporcionando datos comparables, aún pendientes de publicación; en este nuevo marco de trabajo, esperamos poder desarrollar un estudio multicéntrico internacional en un futuro próximo.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En este capítulo se plantean las preguntas de investigación en torno a las cuales se articula el resto del trabajo, y se formulan los objetivos correspondientes.



El mapa mental de arriba esquematiza las palabras clave que se han utilizado en las búsquedas bibliográficas para el estudio o discusión de esta tesis.

3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Presentan los estudiantes de medicina un deterioro de su salud mental a lo largo de la carrera elevado para su edad y nivel educativo? ¿Hasta qué punto la presión académica contribuye a esta problemática? ¿Cuál es la distribución de los “casos” en que se detecta malestar psicológico³², según el género y variables psicosociales del entorno académico?

³² Se entiende aquí por “malestar psicológico” el deterioro del aspecto psicológico de la calidad de vida, o como describen Goldberg & ... “posible patología psiquiátrica no psicótica” (ver *Glosario*)

Aquellos estudiantes con un malestar psicológico significativo, ¿reconocen la necesidad de ayuda?; ¿Toman alguna medida al respecto?.

¿Se puede identificar algún patrón en el desarrollo y/o la evolución de los aspectos mencionados (malestar psicológico, variables socioacadémicas, necesidad expresada de ayuda y utilización de la misma), a medida que avanzan los cursos hasta graduarse? ¿Existe relación entre el estado de salud mental y las variables socioacadémicas relacionadas en el cuadro anexo? ¿Cuál es el perfil de estudiante especialmente vulnerable al entorno académico de la FMUAM?

Nos basamos en la hipótesis de que **debería existir una asociación significativa entre variables socioacadémicas, propias de la socialización médica temprana, y la prevalencia de malestar psicológico**, así como con la capacidad de obtener ayuda especializada, a lo largo de la carrera de Medicina.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar el estado de salud mental de quienes estudiaron Medicina en la UAM en la década académica 1999/00 - 2009/10, así como la posible relación del mismo con la capacidad de solicitar ayuda psicológica y con algunos factores socio-académicos.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar con **perspectiva de género la prevalencia de malestar psicológico** de la población estudiantil en Medicina UAM, **a lo largo de la carrera (1º-3º-6º) y a través de la década 1999-2010.**
2. Revisar y validar el **cuestionario original de factores socioacadémicos.**
3. Valorar la **conciencia de necesidad de ayuda** de la muestra estudiada, así como la distribución de quienes hacen **uso** de ella.
4. Establecer si existe alguna **asociación entre el malestar psicológico y una serie de factores socioacadémicos, a saber: la presión académica percibida, el tipo de expectativas con respecto a la carrera, su nivel de ajuste a la experiencia actual, y las relaciones** con los distintos actores del entorno universitario.
5. Valorar y cuantificar la **asociación** de los factores socioacadémicos relacionados anteriormente con el estado de salud mental.
6. **Identificar perfiles de vulnerabilidad** que permitan generar nuevas hipótesis para estudios de seguimiento de cohortes, diseñar intervenciones, etc
7. **Plantear una serie de recomendaciones,** en base a los hallazgos encontrados y tras su discusión científico-académica.

4. PERSONAS, MATERIAL Y MÉTODOS



ILUSTRACIÓN 11 : LOS COMPONENTES PRINCIPALES PARA ELABORAR UNA TESIS DOCTORAL
(elaboración propia)

Conviene aclarar que esta tesis es fruto de un largo proceso que ha durado casi 18 años, en el cual han intervenido múltiples actores que han realizado sus contribuciones a la línea de trabajo en Salud Mental de Estudiantes de Medicina. La autora fue miembro de este equipo desde su formación en 1996 hasta el año 2000, y regresó al equipo en 2010, tras varios períodos de formación externa y experiencia profesional en centros nacionales y europeos. La recogida de datos pudo sostenerse a coste cero en los años 2000-2010 gracias a las sinergias entre profesorado y estudiantes de 6º, propias de la línea Salud Mental en Estudiantes, tal y como se explica a continuación.

4.1 EQUIPO HUMANO Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Es preciso mencionar aquí en primer lugar a los miembros del trabajo pionero del año académico 1996-97 formado por una estudiante de 6º curso y otra de 5º de Medicina (la autora), un profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, una profesora asociada del mismo departamento y un profesor honorario del Departamento de Psiquiatría. Durante el período 1996-2000 desarrollaron el cuestionario original, publicaron los primeros resultados y sentaron las bases de las recogidas de datos posteriores.

Quienes tienen el mérito de la continuidad de este trabajo a lo largo de los años, han sido exclusivamente los tres profesores del equipo inicial. Afortunadamente, los tres continúan en

el momento actual formando parte tanto del equipo que arropa esta investigación, como del claustro de la Facultad, y han ido progresando en sus respectivas carreras académicas.

Del mismo modo, la contribución de los equipos de estudiantes de Medicina de sexto curso que, a partir de 2001, han mantenido la recogida anual de datos y, en algunos casos (2000-2004), también el grabado informático de los cuestionarios, que pasaron a formar parte del archivo SAMEE-CS. Lo anterior se articuló como trabajo dirigido dentro de la asignatura de 6º curso *Medicina Preventiva y Salud Pública*, y se ha materializado en forma de comunicaciones anuales a las Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Los instrumentos de medida han mantenido un núcleo común a todos los cortes transversales, que es el estudiado en este trabajo, al que cada equipo de estudiantes de 6º curso proponía ampliaciones diversas, las cuales no se han considerado para el análisis. A lo largo de los años, algunos equipos añadieron preguntas extra en algún área de su interés (alimentación, transporte, hábitos de sueño, evaluación de la docencia práctica...), o ampliaron el muestreo a otras titulaciones de la UAM (como Filosofía, Ciencias Económicas o Ingeniería, o a otras Facultades de Medicina y E.U Enfermería de otras universidades españolas. De este modo, las ideas estudiantiles han tenido cabida en el equipo SAMEE-CS, con la orientación y apoyo de los miembros docentes.

4.2 DISEÑO Y SUJETOS DE ESTUDIO

Serie de 10 cortes transversales (estudios de prevalencia) correspondientes a los años académicos: 99-00,00-01,01-02,02-03,04-05,05-06,06-07,07-08,08-09 y 09-10. Por una parte, se ofrece una panorámica general estratificada por sexo y por curso de la Licenciatura; por otra parte se intenta reconstruir una perspectiva longitudinal mediante el análisis de cohortes-clase, es decir, el seguimiento no es individual sino grupal.

Cada uno de dichos estudios transversales siguió la misma metodología: equipo investigación mixto (profesores coordinadores y estudiantes de 6º curso), muestra oportunista recogida en las aulas de 1º, 3º y 6º cursos en horario lectivo fuera de época de exámenes, habitualmente en el 2º trimestre.

4.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se ha utilizado una encuesta integrada por el General Health Questionnaire, en su versión subescalar de 28 ítems (GHQ-28) y tres bloques de preguntas de diseño propio³³: Ayuda Psicológica, Estudios y Salud y Hábitos (consumo de psicoactivos).

4.3.1 CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL GENERAL GHQ-28

El “General Health Questionnaire” es un test que detecta alteraciones de la salud mental recientes o de corta duración y se diseñó con la intención de descartar patología psiquiátrica menor en un contexto clínico no especializado. La primera versión, hoy en desuso, consta de 60 ítems, habiéndose desarrollado posteriormente otras más breves, de 30, 28 y 12 preguntas respectivamente. En conjunto, el GHQ es una de las herramientas más ampliamente difundidas a nivel internacional para realizar prevención secundaria de trastornos psiquiátricos no psicóticos.

GHQ-28” es la versión subescalar de este test³⁴, muy popular y ampliamente utilizada en los noventa (Goldberg et al 1997), que aporta como ventajas brevedad y capacidad de aportar información sobre cuatro dimensiones complementarias e intersectas del malestar psicológico, a saber:

SOMATIZACIÓN (también llamada “síntomas somáticos”)

ANSIEDAD (llamada en ocasiones “ansiedad-insomnio”)

DISFUNCIÓN SOCIAL (en una traducción poco acertada; se refiere, en el sentido anglosajón del término, a un déficit en la capacidad de funcionar normalmente y desarrollar actividades productivas; otros autores lo denominan “social activity disorder” – aunque se podría opinar que una mejor expresión sería “being a productive member of society”)

DEPRESIÓN (también llamada “tendencias depresivas”, es la escala más independiente de las cuatro [Werneke et al 2000; Molina et al 2006])

³³ Cuestionario patentado con el título “Encuesta sobre el estado de salud mental en estudiantes universitarios”, número de asiento registral 16/2003/3286.

³⁴ Existen cuatro versiones del GHQ de distinta longitud: 12, 28, 30 y 60 ítems, siendo ésta última la primera en publicarse y la menos utilizada.

Cada subescala consta de 7 preguntas tipo Likert, cuyo rango oscila de “nada en absoluto” a “mucho más de lo habitual”. Cuanto mayor es la puntuación media, peor será el estado de salud mental del sujeto, o dicho de otro modo, mayor el malestar psicológico – mayor probabilidad de encontrar un diagnóstico psiquiátrico.

GHQ28 fue validado por primera vez en una muestra de población que acudía a consultas de atención primaria en el Reino Unido (Goldberg & Hillian 1979), y se ha utilizado ampliamente en muestras poblacionales como prueba de cribado de malestar psicológico de corta duración (Retolaza et al 1993). Ha sido traducido y validado en más de 30 idiomas, incluido el español (Lobo, Pérez-Echeverría & Artal 1986).

Es importante señalar que GHQ sólo detecta alteraciones de la salud mental de comienzo relativamente reciente, puesto que su encabezamiento anima al respondiente a centrarse en las últimas semanas, y sus respuestas se articulan en torno a “lo habitual”, por lo que es un test incapaz de visibilizar aquellos estados no saludables, pero mantenidos (por ejemplo, estrés crónico).

Por encima de sus limitaciones³⁵, el GHQ28 se considera útil para dar una aproximación al diagnóstico individual (cuando se utilice en contexto clínico), o bien describir perfiles en estudios poblacionales, valores añadidos a su principal función como **detector precoz de personas en riesgo de desarrollar patología mental (prevención secundaria)**.

La versión del General Health Questionnaire de 28 ítems (GHQ-28) fue validada por primera vez para población general española en 1986 (Lobo et al.). Hasta la fecha, existen estudios en población estudiantil y adolescente española en su versión de 12 ítems GHQ-12, utilizado hasta el 2006 en la Encuesta Nacional de Salud (M; en Cataluña, se ha utilizado la misma versión GHQ-12 en la Encuesta Catalana de Salud, existiendo un estrato llamado “estudiantes >21 años”. Aunque existiera una referencia con este test en estudiantes universitarios, la población de estudiantes de Medicina de la UAM difiere en algunas características fundamentales de la población general de su misma edad, tales como la distribución por sexo, el perfil académico preuniversitario o el nivel socioeconómico. Por ello, se han incluido aquí los resultados del análisis de fiabilidad tanto de la escala GHQ28 en su globalidad como de cada una de las subescalas.

³⁵ Los análisis confirmatorios en poblaciones no británicas levantan dudas sobre la consistencia intercultural de las subescalas**

TABLA 1:FIABILIDAD GHQ-28 EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA U.A.M (CÁLCULO SOBRE N=3722).

Análisis realizados	Valor α de Cronbach	Nivel Significación (p)	
		ANOVA Q de Cochran	Coef. correlación intraclase
Global (28 elementos)	0,903	< 0,001	< 0,001
Subescala A: Somatización	0,782	< 0,001	< 0,001
Subescala B: Ansiedad-Insomnio	0,815	< 0,001	< 0,001
Subescala C: Disfunción Social	0,755	< 0,001	< 0,001
Subescala D: Depresión	0,786	< 0,001	< 0,001

Considerando el test GHQ-28 como screening de salud mental, se ha definido como caso de “posible patología psiquiátrica menor”³⁶ aquellos individuos con puntuaciones iguales o mayores al punto de corte definido. En dicha validación se consideraban, de modo análogo al trabajo original de Goldberg y Hillian (1979), un rango de puntos de corte desde 4 hasta 8 puntos. Por su buen balance entre sensibilidad (79,2 – 90%) y especificidad (79,6-86%)³⁷, se ha decidido utilizar el punto de corte 5/6, tomando como casos las puntuaciones iguales o superiores a 6.

No se ha considerado ningún punto de corte para las subescalas, pues la definición de “casos” viene dada exclusivamente por su puntuación total. Las subescalas se han tenido en cuenta de forma genérica para dar una idea del perfil predominante, es decir, valorar en cada estrato cuál es la dimensión del malestar más importante.

³⁶ Véase definición de Malestar Psicológico en el glosario.

³⁷ Valor máximo tomado de la validación española. Valor mínimo tomado del estudio multicéntrico internacional auspiciado por la OMS, éstos son los valores para el punto de corte 5/6; se utilizó como gold standard la entrevista clínica estandarizada, y como criterios diagnósticos los de la CIE-10. (REF: Goldberg, D.P. et al (1997). *The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological Medicine*, 27, 191-197.)

4.3.2 DESARROLLO DEL CUESTIONARIO SOCIOACADÉMICO

La primera versión de la “Encuesta sobre el estado de Salud Mental en estudiantes universitarios” data de 1997, y estaba estructurada en tres bloques:

- ❖ Valoración Personal-Estudios y Salud: Integrado por seis preguntas contrastando expectativas y experiencia actual en las esferas intelectual (enriquecimiento), emocional (satisfacción-disfrute) y comportamental (cambios de costumbres) [ítems tipo Likert de cuatro opciones]
- ❖ Ayuda Psicológica: utilización y necesidad expresada, antes de iniciar la carrera y en el momento de la encuesta. [ítems cerrados SI/NO]
- ❖ Preguntas abiertas: cuatro preguntas sobre las expectativas con respecto a los años de universidad; su experiencia actual en el momento de la encuesta; los motivos que impulsaron a estudiar medicina y los motivos para continuar en la carrera.

Tras los dos primeros años de muestreo (cursos académicos 1996-97 y 97-98), se revisó el cuestionario (versión 1.1), ampliándolo de la siguiente manera:

- **AYUDA PSICOLÓGICA:** 12 preguntas sobre el uso o la necesidad expresada de recursos de atención psicológica y/o psiquiátrica, divididas en 4 apartados; dos dedicados a momentos previos al de la encuesta (“antes de empezar a estudiar Medicina” y “a lo largo de la carrera”), y otros dos preguntando por el momento actual. Cada apartado incluía una pregunta cerrada con tres opciones (SI-NO-NS/NC), una pregunta abierta enfocada a quienes respondieran “SI”, referida al tipo de ayuda. Se decidió añadir al bloque de “Ayuda Psicológica” una pregunta cerrada sobre los motivos para pensar que se necesita o se utiliza algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica³⁸.
- **ESTUDIOS Y SALUD:** se analizaron los contenidos de las respuestas a las cuatro preguntas abiertas, sobre expectativas y motivación respecto a la carrera, cuyos resultados fueron comunicados en el Congreso Europeo de Educación Médica (Rodríguez et al 2000) A partir de dicho análisis, se construyeron 5 grupos preguntas, llegando a un total de 51 ítems.

³⁸ Dicha pregunta no se ha podido incluir en este trabajo por motivos logísticos, quedando pendiente para futuros análisis.

- **HÁBITOS:** en esta “versión 1.1” del cuestionario, además, se incorporó el cuarto bloque de preguntas, llamado “Hábitos”, con el objetivo de obtener alguna información sobre los hábitos de consumo de sustancias con efecto psicoactivo, tanto legalizadas como ilegales. De este modo se configuró el cuestionario socio-académico utilizado en el presente estudio, que con 87 variables en total, finalmente quedó estructurado en cuatro bloques, los cuales se detallan en el cuadro anexo, y cuyo texto completo se puede consultar en el Apéndice correspondiente.

4.3.3 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOCIOACADÉMICO

En primer lugar se ha comprobado la consistencia, a través del cálculo del Alfa de Cronbach de las tres secciones del cuestionario, estas son: búsqueda de “ayuda psicológica”, “Estudios y Salud” (factores socioacadémicos) y “hábitos de consumo”. A continuación, se relacionan los análisis de fiabilidad del bloque socioacadémico, en una primera segregación de ítems en subgrupos, que se consideraban relacionados en cuanto a las temáticas exploradas. Tras un proceso de reflexividad y discusión con algunos miembros del equipo, se procedió a la recodificación de las variables de ayuda psicológica, y se realizaron cambios en la segregación del bloque socioacadémico.

Por último, con la parte más fiable de dicho bloque, se realizó un análisis factorial que ha permitido valorar la escala de expectativas y experiencia actual bajo una nueva perspectiva, y cuyos resultados se ofrecen en la sección de resultados por su trascendencia para las conclusiones de este trabajo.

PREGUNTAS UTILIZADAS 1.1

BLOQUE A - "GHQ-28"

*Cuatro subescalas cada una 7 ítem
Formato Likert de rango 1-4*

BLOQUE B - "AYUDA PSICOLÓGICA"

*Dos secciones sobre uso de ayuda y dos sobre creencia de necesitarla, referidas a momentos diferentes, a saber:
En el pasado (antes de empezar y durante la carrera) y en el momento de la encuesta.
Formato SI-NO-NS/NC-Especificar tipo*

BLOQUE C - "ESTUDIOS Y SALUD"

*Cinco preguntas: calidad de vida, otras actividades y aficiones, expectativas, experiencia actual y satisfacción interpersonal en la universidad.
Número de ítems (8+1+20+20+3)
Formato Likert de rango 1-4.*

BLOQUE D - "HÁBITOS"

*Dos preguntas idénticas de 14 ítems (1-4)
1. Opinión sobre el consumo observado entre los estudiantes "en general"
2. Declaración de consumo personal*

4.3.4 ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Tal y como recoge la **Tabla 2**, el cuestionario original tiene buena consistencia interna y es globalmente muy fiable. En la agrupación inicial, sólo algunas de las partes las partes que lo componen también mostraban valores α de Cronbach adecuados ($>0,70$).

TABLA 2: FIABILIDAD GENERAL DEL CUESTIONARIO

Análisis realizados	Valor α de Cronbach	Nivel Significación (p)	
		ANOVA Q de Cochran	Coef. correlación intraclase
Global (84 elementos)	0,874	< 0,001	< 0,001
Ayuda psicológica (6 elementos)	0,668	< 0,001	< 0,001
Estudios y Salud (51 elementos)	0,929	< 0,001	< 0,001
Estudios y Salud 1+2 (8 elementos)	0,657	< 0,001	< 0,001
Estudios y Salud 3+4 (40 elementos)	0,939	< 0,001	< 0,001
Satisfacción Relaciones Universidad (3 elementos)	0,604	< 0,001	< 0,001
Hábitos (27 elementos)	0,718	< 0,001	< 0,001

Tras la lectura de literatura relacionada, y la reflexión suscitada también a raíz de los debates con estudiantes actuales (grupos de prácticas de 2º y auditorio de la Jornadas de 6º en 2012) y pasados (conversaciones informales con compañeras que fueron parte de la muestra estudiada en 2005, 2002, 2000 y 1998), se plantearon dos modificaciones: por una parte, la recodificación de las respuestas “No sabe/No contesta” en las variables del Bloque B AYUDA PSICOLÓGICA; por otro, la reagrupación de las variables del Bloque C ESTUDIOS Y SALUD en varias escalas, con el objeto de cuantificar de modo sintético y conceptualmente relevante la información que proporciona este cuestionario³⁹.

En la **Tabla 3** puede observarse como la nueva agrupación incrementa la consistencia interna de algunas partes clave del cuestionario. Se han utilizado como escalas solamente aquellas con un valor Alfa de Cronbach superior a 0,75. Del bloque de Ayuda Psicológica se han utilizado ítems sueltos, así como de la escala de Presión Socio-Académica Percibida.

³⁹ La composición de dichas escalas se detalla más adelante en la sección “Análisis Estadístico-Estudios y Salud”

TABLA 3: Fiabilidad de las escalas creadas.

Escalas analizadas	α de Cronbach	p Cochran Q	p Correlación Coef.
AYUDA CAT (NS=missing) (6 elementos)	0,737	< 0,001	< 0,001
Presión Socio-Académica Percibida (13 e.)	0,750	< 0,001	< 0,001
Expectativas Positivas (15 e.)	0,902	< 0,001	< 0,001
Expectativas Negativas (5 e.)	0,852	< 0,001	< 0,001
Logro encontrado (15 e.)	0,889	< 0,001	< 0,001
Esfuerzo encontrado (5 e.)	0,863	< 0,001	< 0,001

Como podemos ver en la tabla, la agrupación de ítems para construir indicadores de presión académica percibida, expectativas positivas y negativas y valoración subjetiva de la experiencia actual (mediante las escalas de Logro y Esfuerzo), todo ello referido al hecho de estudiar Medicina, son suficientemente fiables.

Se hicieron otras agrupaciones de ítems, que sin embargo se han descartado para la extracción de resultados, por presentar, a diferencia de los anteriores, valores de alfa de Cronbach significativos pero menores de 0,5. Cabe destacar entre ellas, las agrupaciones de los ítems referentes a las **relaciones con los diferentes actores** de la comunidad universitaria, esto es, personal de administración y servicios, profesorado y satisfacción-competitividad entre estudiantes; aunque han servido para el trabajo de revisión del cuestionario, queda pendiente, pues este ámbito de lo socioacadémico por explorar.

4.4 RECOGIDA Y GRABADO DE DATOS

Desde 1999 a 2010 se recogieron anualmente los cuestionarios cumplimentados en el aula voluntariamente por alumnos de 1º, 3º y 6º, pero sólo una parte de estos datos habían sido grabados, y los correspondientes a algunos años académicos estaban dispersos en varias localizaciones. Por tanto, en primer lugar se unificó el archivo, se realizó un recuento manual de todos los cuestionarios localizados en papel y se ordenaron por años académicos y por cursos. A continuación, se cotejaron las “n” de los datos grabados por año académico y se decidió realizar de nuevo la introducción de todos los datos recopilados en papel desde 2005-06. Lo anterior fue posible gracias a la organización desde la dirección de la tesis por parte del

departamento de Psiquiatría de un grupo voluntario para realizar prácticas alternativas de Psicología Médica en esta investigación⁴⁰.

4.4.1 UNIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS: PRÁCTICAS DE PSICOLOGÍA MÉDICA EN INVESTIGACIÓN

El 8 de Marzo de 2012, un grupo de 14 estudiantes (ver Apéndice correspondiente), matriculados en la asignatura de Psicología Médica, se presentaron voluntarios a la convocatoria de su profesor responsable para realizar las últimas 10 horas de prácticas de la asignatura en la investigación “Diez años de investigación en Salud Mental de los estudiantes de Medicina de la U.A.M.”.

Tras la sesión de orientación sobre las prácticas alternativas que se proponían, entre el 12 y el 23 de Marzo, el grupo de 12 estudiantes que quedaron dedicó 12 horas a dichas prácticas, diseñadas y facilitadas por la doctoranda, con el apoyo del Departamento y los servicios de la Facultad, cuyo personal realizó un meritorio esfuerzo por habilitar el espacio y las infraestructuras necesarias en un tiempo récord.

La propuesta de prácticas voluntarias se planteó como un proceso de selección de los mejores para entrar a formar parte del equipo investigador. Se hizo patente que se pretendía formar un equipo de jóvenes investigadores y que el modelo de trabajo es colaborativo. Se premia la iniciativa y la complementariedad. El objetivo último es firmar como autores en las publicaciones de la línea de investigación. A lo largo de las sesiones de duración promedio 2 horas y a través de una serie de tareas desempeñadas por ellos mismos, las estudiantes alcanzaron los siguientes objetivos:

- Diseñar y/o cumplimentar **un perfil de competencias transversales** para conocer a los aspirantes a miembros del equipo (ver Apéndice correspondiente).
- Familiarizarse con los instrumentos de recogida de datos
- **Cumplimentar la encuesta**
- Aprender a grabar los datos correctamente por parejas, siguiendo un criterio uniforme y sistemático.

⁴⁰ Véase Informe de Prácticas de Segundo de Grado (Apéndice III)

- Grabar un promedio de 130 cuestionarios por pareja.
- Colaborar en el traslado, conservación y manejo de los datos, tanto en papel como en soporte informático.
- Analizar críticamente el cuestionario, mediante debates en el aula.
- Reflexionar en grupo sobre las incidencias en la grabación de los datos.

Como Meta-objetivo, la doctoranda facilitó y alentó la reflexión sobre el tema de la salud mental de los profesionales de la salud, así como la trascendencia de su estudio y la necesidad de intervenir en los casos cercanos o conocidos, transmitiendo la relevancia de los compañeros estudiantes como agentes tanto de prevención como para la promoción de la salud mental en el entorno Universidad.

Además, como producto del proceso formativo descrito brevemente, se grabaron 1001 cuestionarios bajo supervisión directa de la doctoranda en un período de 15 días. Como evaluación de las prácticas, además del requisito de cumplir con las horas establecidas, y la observación de la participación y dinámica de trabajo en el aula, tras **cumplimentar de nuevo el cuestionario** a la finalización de las prácticas, las estudiantes escribieron una **hoja de feedback** acerca de lo aprendido (ver Apéndice correspondiente). Se les sugirió específicamente que recapitularan acerca de las tareas que habíamos ido haciendo y lo que les había aportado.

Tras realizar la depuración de duplicados, valores perdidos, valores anómalos y comprobación de un 10% aleatorio de los registros, los datos se unificaron en un archivo “**.sav**” de SPSS 17.0 el cual se preparó para el análisis de la siguiente manera:

- Depuración de valores perdidos: en las preguntas del Bloque C “Estudios y Salud”, los valores perdidos se asimilaron a 0 para optimizar el tamaño muestral de las escalas resumen (también llamadas *scores* en otras secciones del documento) y posibilitar su análisis multivariante.
- Generación de las variables-resumen del GHQ28: sumas parciales por subescalas y suma global del test; recodificación en variables dicotómicas (denominadas Screening de salud mental +/-)

4.5 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una búsqueda inicial utilizando las palabras clave “salud mental” AND “estudiantes universitarios” , “medical students” en español e inglés, en lenguaje natural y utilizando los términos MESH correspondientes. A partir de la prime Hubo varios intentos en algunos meta buscadores como Summsearch y Biblos (UAM). Finalmente, los buscadores primarios fueron la fuente principal de documentación: PubMed, Scielo y Googlescholar, utilizando varios feeds con notificación semanal.

Sucesivamente, se realizó una ampliación de palabras clave por familias semánticas, que quedan referenciadas en el mapa mental de la sección correspondiente. Nótese que se han dejado en el idioma de búsqueda utilizado en cada caso.

Toda la bibliografía se ha archivado en formato electrónico, procurando imprimir el mínimo posible de manuscritos. En algunos casos en que sólo existía copia impresa, se ha escaneado para disponer de acceso electrónico al texto; en cualquier caso, al menos se ha generado una ficha bibliográfica digital de todos ellos. Para organizar la bibliografía sirvió el programa on-line Mendeley⁴¹, con el que además de clasificarla y prepararla para ser citada, se realizaron anotaciones sobre la documentación.

4.6 PREPARACIÓN DE LA BASE DE DATOS PARA SU ANÁLISIS

Al realizar un análisis preliminar de los registros con el mismo número de identificación, se observaron porcentajes de medidas repetidas muy escaso, con sólo un 30,3% de personas con el cuestionario realizado en más de un curso; matizado por un pequeño porcentaje de estudiantes que tienen más de un registro en el mismo curso, en años consecutivos, porque repitieron, y por los 149 registros sin información en la variable “número de identificación”, hemos estimado que la proporción de estudiantes con medidas en primero, tercero y sexto está ente el 5 y 10% de la muestra.

Lo anterior supone una pérdida de muestra tan voluminosa que, para el presente trabajo, finalmente se ha tenido que descartar el análisis de medidas repetidas, por considerar que la

⁴¹ Véase la herramienta, de acceso gratuito, en la dirección www.mendeley.com

pérdida de información es superior al beneficio derivado de la ganancia en precisión del seguimiento individual.

Así las cosas, se decidió intentar reconstruir una cierta visión longitudinal, que al tiempo aprovechase el máximo de los datos disponibles. Para ello, se han considerado como “**datos de cohorte-clase**”, al conjunto formado por el mismo grupo de clase o promoción, que a lo largo de los años académicos en que dicho grupo, como conjunto, fue progresando desde primero, a tercer y sexto curso en sus estudios de Medicina en la UAM.

Estos grupos, denominados a partir de ahora “**cohortes-clase**”, reconstruidas de este modo, aparecen en la siguiente tabla:

TABLA 4: COMPOSICIÓN DE LAS COHORTES-CLASE

ORIGEN DATOS NOMBRE COHORTE	Muestra 1º	Muestra 3º	Muestra 6º
Sep99-Jun05	99-00	01-02	04-05
Sep00-Jun06	00-01	02-03	05-06
Sep01-Jun07	01-02		06-07
Sep02-Jun08	02-03	04-05	07-08
Sep03-Jun09		05-06	08-09
Sep04-Jun10	04-05	06-07	09-10
2005 y 2007	05-06	07-08	
2006 y 2008	06-07	08-09	
2007 y 2009	07-08	09-10	
1999 y 2002		99-00	02-03

Nótese que sólo hay en total 4 promociones completas, es decir, con muestra recogida tanto en primero como tercero y sexto curso, en años académicos distintos. Quedan, sin embargo, otras cinco a las que se realizaron sólo dos muestreos, bien en 3º y 6º ; o bien de las que hay información cuando cursaban 1º y 6º, debido al efecto de la falta de datos primarios

correspondientes al año académico 2003-2004 (extraviados); en las restantes, sólo se dispone de datos en 1º y 3º debido a que no hay datos en este trabajo de años académicos posteriores a 2009-2010. Las cohortes incompletas pueden servir para dar datos extra de variaciones parciales a lo largo de la carrera (1º-3º o 3º-6º).

4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis se han llevado a cabo con el paquete de análisis estadístico SPSS, versión 19.0

Inicialmente se exploraron las frecuencias y porcentajes de todas las variables, estratificando por sexo, curso y año académico. Siguiendo las recomendaciones actuales sobre el análisis con perspectiva de género, como estrato principal se utilizó la variable sexo. También se ha estratificado por curso en gran parte de los análisis.

A partir de las variables “curso” y “año académico”, se generaron archivos independientes para las diferentes cohortes-clase identificadas, que como se verá en detalle más adelante, corresponden a las sucesivas promociones o “cohortes-clase” trazables con los datos disponibles.

Con el archivo de datos global, así como los correspondientes a las cohortes-clase, primero se estudió la estadística descriptiva de las variables explicativas (Apartados B, C y D del cuestionario) y resultado (GHQ28), lo que informó la toma de decisiones en torno a los siguientes pasos del análisis.

Para el test de salud mental “General Health Questionnaire”, se ha utilizado la corrección GHQ con punto de corte 5/6 para calcular la variable dicotómica de “screening GHQ +/-”, que se ha utilizado tanto en el estudio de la prevalencia como en los análisis multivariantes.

4.7.1 AYUDA PSICOLÓGICA

A raíz de los comentarios del estudiantado de 2º y 6º curso, consultado en abril y mayo 2012, se decidió estudiar la distribución de la opción NS/NC a lo largo de los cursos y su relación con el resultado del cribado de salud mental. A continuación, se recodificaron todas las variables de esta sección en nuevas variables dicotómicas (SI/NO), eliminando del análisis bivariante la categoría NS/NC. No se han analizado aquí ni las preguntas abiertas sobre el tipo de ayuda recibida, ni la pregunta acerca de los motivos percibidos para necesitarla.

Del total de preguntas de este bloque, se ha profundizado en los resultados descriptivos y comparaciones bivariantes correspondientes a la necesidad y utilización de ayuda **en el momento de la encuesta**. El resto de variables, una vez recodificadas como dicotómicas, han sido incorporadas al análisis multivariante.

4.7.2 ESTUDIOS Y SALUD

Inicialmente se exploró la descriptiva de los 51 ítems que integran esta sección del cuestionario, tras lo que se decidió generar una serie de escalas-resumen en torno a tres ejes conceptuales: la presión percibida, el balance entre lo esperado y lo encontrado en la carrera, y la satisfacción con las relaciones universitarias (docentes, PAS y estudiantes).

La lista completa de ítems, clasificada según dichos ejes, se puede consultar en el cuadro del Apéndice correspondiente. Todos estos ítem son preguntas tipo Likert con un rango de 1 a 4, siendo 1 nada, 2 poco, 3 bastante y 4 mucho; Excepcionalmente, el ítem sobre continuidad o abandono de las aficiones y actividades complementarias, que se clasificó como variable que expresa presión percibida, está enunciado en el cuestionario de forma inversa a los demás ítem (¿has podido continuar?), pues tenía el rango de respuestas como sigue: con ninguna, sólo con alguna, con bastantes y con la mayoría; por ello, se recodificó para que coincidiese con el resto de las variables indicadoras de presión percibida (de 1-nada presión a 4-mucha presión).

Inicialmente se generaron cuatro escalas (scores), calculando el sumatorio de las puntuaciones asignadas. Las demás variables seleccionadas para realizar el análisis definitivo se relacionan en el Apéndice VI: Ítems del cuestionario original utilizados (ver pag. 197).

A partir de los ítems de dichos instrumentos, se han generado una serie de **VARIABLES**, que sirven como indicadores de resultado en el análisis (ver tabla 4)

TABLA 5 : INDICADORES CREADOS A PARTIR DEL CUESTIONARIO ORIGINAL

Indicador construido	Valores Resultado Indicador	CUESTIONARIO Pregunta/ítem	Categorías/Rango
Media GHQ Malestar Psicológico	0-4 Negativo 5 ó más puntos indica malestar psicológico	Bloque A (test GHQ). Ítems 1-28	0-1 cada ítem Suma Total (0-28)
Utilización de Ayuda	Negativa = NO Positiva = SI	Bloque B (Ayuda Psicológica). Ítem 5	Si - No - NS/NC
Necesidad Expresada de Ayuda	Negativa = NO Positiva = Si+NS/NC	Bloque B (Ayuda Psicológica). Ítem 6	Si - No - NS/NC
Presión Socio-académica Percibida	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 1-8, 44-48)	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/13
Expectativas Positivas	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 9- 20 + 26-28, todos inclusive.	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación:Suma total/15
Expectativas Negativas	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 21-25	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación:Suma total/5
Logro	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 29-43.	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación:Suma total/15
Esfuerzo	Rango 3(min 1- máx 4)	Bloque C (Estudios y Salud), ítems 44-48.	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert) Ponderación: Suma total/5
Satisfacción con los compañeros	SI =Respuestas 3 ó 4 NO = Respuestas 1 ó 2	Bloque C (estudios y Salud), ítem 49	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert)
Satisfacción con los profesores	SI =Respuestas 3 ó 4 NO = Respuestas 1 ó 2	Bloque C (estudios y Salud), ítem 50	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert)
Satisfacción con el PAS	SI =Respuestas 3 ó 4 NO = Respuestas 1 ó 2	Bloque C (estudios y Salud), ítem 51	1-2-3-4 cada ítem (escala Likert)

A las subescalas así formadas se les realizó un análisis de fiabilidad (alfa Cronbach >0,8 en todos los casos) y se les puso un nombre: Expectativas Positivas, Expectativas Negativas, Logro y Esfuerzo. Con ellas se crearon las Razones de Desajustes de Expectativas, y el diferencial Logro-Esfuerzo, tal como se detalla a continuación:

Indicador	Medida indirecta de	Cálculo	Valores
Razón de Expectativas Positivas	Desilusión	Expectativas Positivas /Logro	Rango de 0,25 a 4
Razón de Expectativas negativas	Saturación	Esfuerzo/Expectativas Negativas	Rango de 0,25 a 4
Diferencia Esfuerzo-Logro	Sobreesfuerzo	Esfuerzo - Logro	Rango de -4 a +4

4.8.1 ANÁLISIS BIVARIANTE

Se realizó ANOVA de un factor (año académico) para comprobar la similitud de las muestras de años académicos diferentes, en lo relativo al resultado de GHQ28, así como a los índices escalares contruidos a partir de los ítem de la parte C del cuestionario (Estudios y Salud).

Se utilizó el estadístico Chi cuadrado para valorar la relación entre petición de Ayuda Psicológica (variables recodificadas a dicotómicas si/no) y GHQ28 Screening + /-para malestar psicológico, así como las comparaciones entre variables dicotómicas (cree/utiliza ayuda).

Para verificar la existencia de diferencias por sexo se han utilizado la prueba t de Student para muestras independientes, en las variables escalares, o la Chi cuadrado para variables dicotómicas, como la prevalencia de malestar (screening GHQ28) o las de ayuda psicológica.

Para las comparaciones entre los cursos (1º, 3º y 6º) también se han utilizado t de student si se tomaban de dos en dos, por ejemplo para ver las diferencias en la puntuación media obtenida en el test GHQ-28. Para facilitar la lectura, de todas maneras se ha mencionado el estadístico utilizado en cada caso a lo largo del capítulo de resultados, bien en la propia tabla o ilustración o en el propio texto.

4.8.2 MULTIVARIANTE

Para el análisis multivariante se ha considerado el volumen de datos en conjunto (n=3722 postdepuración). En primer lugar, se analizó el peso relativo de cada una de las subescalas en el resultado final del test GHQ-28 mediante un modelo de regresión lineal. Para valorar la influencia de las diversas variables explicativas, se realizaron varios modelos regresión logística tomando el resultado dicotómico de GHQ28 + /- (para el punto de corte 5/6) como variable dependiente. En un primer momento, se valoraron **por un lado los aspectos socioacadémicos**, valorados a través de los “scores” (escalas) que cuantifican la parte de Estudios y Salud (Presión percibida, presión académica, la razón Presión/Satisfacción, Expectativas positivas y negativas, logro y esfuerzo, Razones de expectativas positivas y negativas), y **por otro las preguntas sobre ayuda psicológica** (uso y conciencia de necesidad de ayuda antes o durante la carrera previamente, o en el momento de la encuesta. Todos los modelos se realizaron con la totalidad de los datos obtenidos (archivo de datos general n=3722), y se ajustaron por sexo, curso y año académico.

Por último, con las escalas de expectativas y experiencia encontrada, se realizó una técnica de reducción de datos (análisis factorial con rotación varimax), para explorar cualitativamente la agrupación de ítems en factores que pudieran tener un significado relevante, y contribuir así a la validación de esa parte del cuestionario.

4.9 RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo ha contado con el apoyo material de los Departamento de Psiquiatría y Medicina Preventiva y Salud Pública. Ambos, por turno, han brindado a la doctoranda un puesto de trabajo completo (ordenador, acceso a scanner, impresora y cuenta de fotocopias) y la posibilidad de realizar llamadas telefónicas en algunos momentos. Por lo demás, el estudio que aquí se presenta no ha contado con financiación desde el año 2000, cuando se concedió la segunda y última beca predoctoral del Fondo Social Europeo a través de la Fundación General UAM.

Sin embargo, el capital humano movilizado ha sido considerable, pues de 2000 a 2012 han contribuido en mayor o menor medida, pero siempre voluntariamente, más de 60 estudiantes de sexto curso (Licenciatura), 16 de segundo (Plan Bolonia), e incluso una muy especial alumna ya jubilada (mi santa madre, quien se atrevió a entrar en unas aulas en que, por cuestiones de género nunca pudo pisar como estudiante, aunque bien lo merecía). Además de la colaboración en tareas de muestreo, logística y manejo de datos, la mayor parte de ellos han dejado por escrito sus ideas y recomendaciones.

Por otra parte, algunos miembros destacados del Personal de Administración y Servicios han prestado su colaboración desinteresada cuando se les ha solicitado apoyo o información. Mención especial merece el equipo de la Biblioteca de Medicina, por su excelente disposición, empezando por su Directora, Pilar, Mercedes y el personal de sala; y no menos colaboradores con el equipo han sido los ujieres de aulas, especialmente Luis Miguel quien ha facilitado la tarea más allá del estricto cumplimiento de sus funciones, al igual que el responsable de informática, Antonio Luengo. No podemos olvidar tampoco a Juan Carlos Palomino, responsable técnico de audiovisuales, imprescindible para que pudiera coordinarse la supervisión a distancia de los avances del trabajo, y la divulgación interuniversitaria de los hallazgos preliminares.

5. RESULTADOS

*« Los dioses nos dan muchas sorpresas:
Lo esperado no se cumple y para lo inesperado, un dios abre la puerta.» EURÍPIDES*

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Tras una recopilación y depuración exhaustiva⁴² de todos los datos existentes desde 1999 hasta 2010, se reunió un archivo de datos (en SPSS 15.0) con 3741 cuestionarios grabados. Diecinueve de ellos (0,5%) no proporcionaban información sobre su sexo, de modo que fueron retirados del análisis estadístico con perspectiva de género, quedando un total de 2734 mujeres (73,5%) y 988 hombres (26,5%).

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA MUESTRA GLOBAL

			curso			Total
			primero	tercero	sexto	
Sexo	hombre	Recuento	412	301	275	988
		% de curso	25,9%	26,9%	27,1%	26,5%
	mujer	Recuento	1177	816	741	2734
		% de curso	74,1%	73,1%	72,9%	73,5%
Total		Recuento	1589	1117	1016	3722
		% de curso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Al contrastar con la información disponible sobre matriculados, se observó que la proporción de hombres y mujeres de la muestra se corresponden con la población de estudiantes de medicina durante el período estudiado⁴³, asegurando la representatividad de la muestra global en su dimensión de género.

Al estratificar por curso, se observa un ligero declive de la proporción de mujeres y correspondiente aumento de hombres con el transcurso de la carrera (ver Tabla 5), pero dichas diferencias no son significativas ($p= 0.762$ para test χ^2 entre los tres cursos).

⁴² Véase "Informe de Recogida de Datos" en el Apéndice

⁴³. Según los datos disponibles en los sistemas de información oficiales de la UAM, la población de matriculados de los años estudiados, en promedio la distribución es de 25% hombres y 75% mujeres ($p= 0,001$), lo que indica una correcta representatividad de la muestra.

La razón de sexos de la muestra global es aproximadamente 3 mujeres por cada hombre estudiando medicina a lo largo de la década 1999-2010⁴⁴; a la vista de lo anterior, **la muestra considerada es representativa del conjunto de los cursos estudiados.**

TABLA 7: DETALLE DISTRIBUCIÓN MUESTRAL POR SEXO DEGLOSADA POR AÑO ACADÉMICO

Curso	Año Académico											
		99-00	00-01	01-02	02-03	04-05	05-06	06-07	07-08	08-09	09-10	99-00
1º	H %	26,6	23,9	22,0	24,5	20,2	22,3	26,6	25,0	29,0	38,8	25,9
	n	51	45	36	48	35	40	37	11	38	71	412
	M %	73,4	76,1	78,0	75,5	79,8	77,7	73,4	75,0	71,0	61,2	74,1
	n	141	143	128	148	138	139	102	33	93	112	1177
3º	H %	32,6	25,9	37,4	23,0	22,8%	19,0	26,2	17,8	21,1	35,7	26,9
	n	43	30	34	38	18	16	28	18	15	61	301
	M %	67,4	74,1	62,6	77,0	77,2	81,0	73,8	82,2	78,9	64,3	73,1
	n	89	86	57	127	61	68	79	83	56	110	816
6º	H %	28,9	28,6	36,2	33,7	27,0	22,2	24,1	26,2	15,2	19,4	27,1
	n	35	42	42	34	34	12	19	27	10	20	275
	M %	71,1	71,4	63,8	66,3	73,0	77,8	75,9	73,8	84,8	80,6	72,9
	n	86	105	74	67	92	42	60	76	56	83	741

Se observa que el tamaño muestral en alguno de los substratos sexo-curso es muy reducido para poder hacer análisis desagregado. Por ello, en algunas variables se decidió realizar solamente los análisis sobre el total de los años académicos, estratificando por sexo y curso para el conjunto de la muestra.

La distribución post depuración por sexo y curso de las cohortes-clase descritas con anterioridad⁴⁵ se reflejan en la Tabla 8, y se han obviado los porcentajes para facilitar la lectura.

⁴⁴ Razón de sexos para el conjunto muestral n=3722 se calcula dividiendo las n parciales, en este caso 2734/988 = 2,77 a favor de las mujeres.

⁴⁵ Ver Material y Métodos, sección "Preparación de la base de datos para el análisis"

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y CURSO DE LAS COHORTES-CLASE COMPLETAS

		TOTAL	99-05	00-06	02-08	04-10
Mujeres	1º	570	141	143	148	138
	3º	273	57	127	61	28
	6º	293	92	42	76	83
Total ♀		1136	290	312	285	249
Hombres	1º	179	51	45	48	35
	3º	169	34	38	18	79
	6º	93	34	12	27	20
Total ♂		441	119	95	93	134

Concluyendo, la muestra global es representativa de la población que estudió Medicina en la UAM entre los años académicos 1999-2000 y 2009-2010, tanto en su distribución por sexo como por curso.

En cuanto a las cohortes-clase, sólo algunos subestratos los son, o tienen muestra suficiente para realizar el análisis de todas las variables a estudio, lo cual ha condicionado el que la mayoría de análisis se hayan realizado con la muestra global.

5.2 PUNTUACIONES DE GHQ-28 Y SCREENING DE SALUD MENTAL

En la Tabla 8 se pueden consultar las puntuaciones del test GHQ-28 en la muestra global. Se observan diferencias significativas entre mujeres y hombres tanto en la puntuación total, como en cada una de las subescalas, con las **puntuaciones más altas en mujeres** que en hombres, en todos los casos.

TABLA 9: PUNTUACIONES GLOBALES (1999-2010) GHQ28 (X [E])

Descriptivos	SUMA	Somatización	Ansiedad	Disf. Social	Depresión
Mujeres 1º	6,52 [5,76]	1,77 [1,95]	2,19 [2,13]	1,94 [1,805]	0,63 [1,29]
3º	6,46 [6,46]	1,87 [1,989]	2,27 [2,16]	1,71 [1,89]	0,61 [1,25]
6º	3,77 [3,77]	1,10 [1,685]	1,32 [1,92]	1,01 [1,61]	0,35 [1,02]
TOTAL	5,76[5,73]	1,62[1,92]	1,98[2,13]	1,61 [1,82]	0,55[1,22]
Hombres 1º	4,52 [4,80]	1,04 [1,51]	1,58 [1,89]	1,42 [1,57]	0,48 [1,18]
3º	4,68 [5,23]	1,15 [1,61]	1,72 [2,11]	1,39 [1,79]	0,42 [1,14]
6º	3,25 [4,72]	0,84 [1,53]	1,22 [1,80]	0,89 [1,57]	0,30 [0,88]
TOTAL	4,22[4,95]	1,02[1,55]	1,52[1,94]	1,27[1,65]	0,41[1,09]
Global	5,35 [5,57]	1,46 [1,85]	1,86 [2,09]	1,52 [1,79]	0,51 [1,19]
Diferencia Medias ♀♂	SUMA	Somatización	Ansiedad	Disf. Social	Depresión
Dif. medias (IC 95%) ⁴⁶ Global	1,54 1,17 – 1,92	0,60 0,48 -0,72	0,45 0,31 – 0,60	0,35 0,23 – 0,47	0,14 0,06 – 0,22
1º	2,00 1,43 – 2,57	0,73 0,55 – 0,92	0,61 0,39 – 0,83	0,51 0,33 – 0,69	0,15 0,02 – 0,29
3º	1,78 1,07 – 2,50	0,72 0,49 – 0,95	0,55 0,27 – 0,83	0,32 0,07 – 0,56	0,19 0,04 – 0,35
6º	No sig p = 0,14	0,26 0,05 – 0,48	No sig p = 0,46	No sig p = 0,42	No sig p = 0,37

Analizando la evolución de las puntuaciones de GHQ28 a lo largo de los cursos, se puede apreciar que **en ambos sexos el malestar psicológico tiende a disminuir sustancialmente en 6º respecto a cursos anteriores (p>0.0001)**. Entre el primer y tercer curso no se hallaron diferencias significativas en la muestra general, ni globalmente (p=0,81), ni por sexo (p= 0,67)

Al observar con mayor detalle, vemos que entre las mujeres, tanto en primero como en tercer curso, la media está por encima del valor 5, punto de corte para malestar psicológico; los

⁴⁶ Se han incluido los intervalos de confianza en aquellos casos en que la significación estadística alcanzó valores de $p < 0,05$. En caso contrario, se indica el nivel de significación.

hombres mantienen medias de 4 o menores⁴⁷. Las desviaciones típicas indican una distribución bastante dispersa, lo cual es más acusado en los estratos de hombres de 3^o y 6^o.

Las mujeres también puntúan más alto en las diferentes subescalas, tanto a en conjunto como en 1^o y 3^o cursos. **En sexto no se han encontrado diferencias significativas por sexo, ni en la SUMA GHQ28, ni en la mayoría de subescalas**, y sólo se aprecia una diferencia menor de 3 décimas en Somatización (véase Tabla 8).

TABLA 10: PUNTUACIÓN GHQ-28 POR COHORTES-CLASE

Puntuación GHQ		1999-2005			2000-2006			2002-2008			2004-2010		
Sexo	Curso	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
hombre	1 ^o	51	4,29	4,88	45	5,69	5,92	48	4,52	4,14	35	1,57	3,61
	3 ^o	34	6,68	5,98	38	2,55	2,69	18	5,67	5,59	28	4,79	5,12
	6 ^o	34	2,29	3,30	12	2,00	4,57	27	3,22	5,34	20	4,85	5,04
mujer	1 ^o	141	6,55	5,70	143	7,86	6,36	148	6,48	5,36	138	3,58	5,67
	3 ^o	57	7,70	6,55	127	5,61	5,89	61	5,44	5,09	79	7,70	4,98
	6 ^o	92	4,35	5,23	42	3,17	4,63	76	2,29	3,51	83	3,60	4,83

Al analizar las puntuaciones de GHQ28, por cohorte-clase, vemos que no hay un patrón uniforme en las variaciones a lo largo de la carrera, y que más bien parece haber grupos que se comportan de forma diferente en primero y tercero, cursos en los que en la mayoría de las ocasiones el malestar psicológico es significativamente mayor respecto a sexto.

⁴⁷ P < 0,001 al comparar las medias en hombres y en mujeres mediante la prueba *t-Student* para muestras independientes, tanto en 1^o como en 3^o cursos.

5.2.1 DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO

En la muestra global, al considerar el test GHQ-28 como screening de salud mental con punto de corte entre 5 y 6 puntos, se han detectado un 42,2% de casos entre las mujeres y el 29,8% entre los hombres.

Ésta es una estimación de la **prevalencia de malestar psicológico en la población de personas que estudiaron medicina entre Septiembre de 1999 y Junio de 2010**. En la Tabla 10 se presentan los resultados del screening tomando dos puntos del corte diferentes, 4/5 y 5/6, ya que ambos se utilizan en la literatura. Para el resto de análisis y resultados se ha utilizado como referencia exclusivamente el punto de corte 5/6.

TABLA 11: PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO POR SEXO Y CURSO.

Sexo	curso		pc 5/6	pc 4/5
hombre	1º	GHQ Negativo	67,48	60,44
		GHQ + Malestar	32,52	39,56
	3º	Screening Negativo	66,45	62,13
		GHQ + Malestar	33,55	37,87
	6º	Screening Negativo	78,55	76,00
		Malestar Psicológico	21,45	24,00
	Total	Screening Negativo	70,20	65,30
		Malestar Psicológico	29,80	34,7
Mujer	1º	Screening Negativo	51,23	44,52
		Malestar Psicológico	48,77	55,48
	3º	Screening Negativo	52,33	45,22
		Malestar Psicológico	47,67	54,78
	6º	Screening Negativo	74,22	69,64
		Malestar Psicológico	25,78	30,36
	Total	Screening Negativo	57,80	51,5
		Malestar Psicológico	42,20	48,5

La diferencia media es mayor de 10 puntos porcentuales entre hombres y mujeres, en los cursos iniciales, igualándose en el último curso. El resumen de los resultados anteriores puede verse gráficamente en la página siguiente.

Volviendo nuestra atención de nuevo a la evolución a lo largo de los cursos, vemos que **en ambos sexos la prevalencia de malestar psicológico disminuye sustancialmente en 6º respecto a cursos anteriores ($p>0.0001$)**. Entre el primer y tercer curso no se hallaron diferencias significativas en la muestra general, ni globalmente ($p=0,81$), ni por sexo ($p= 0,67$).

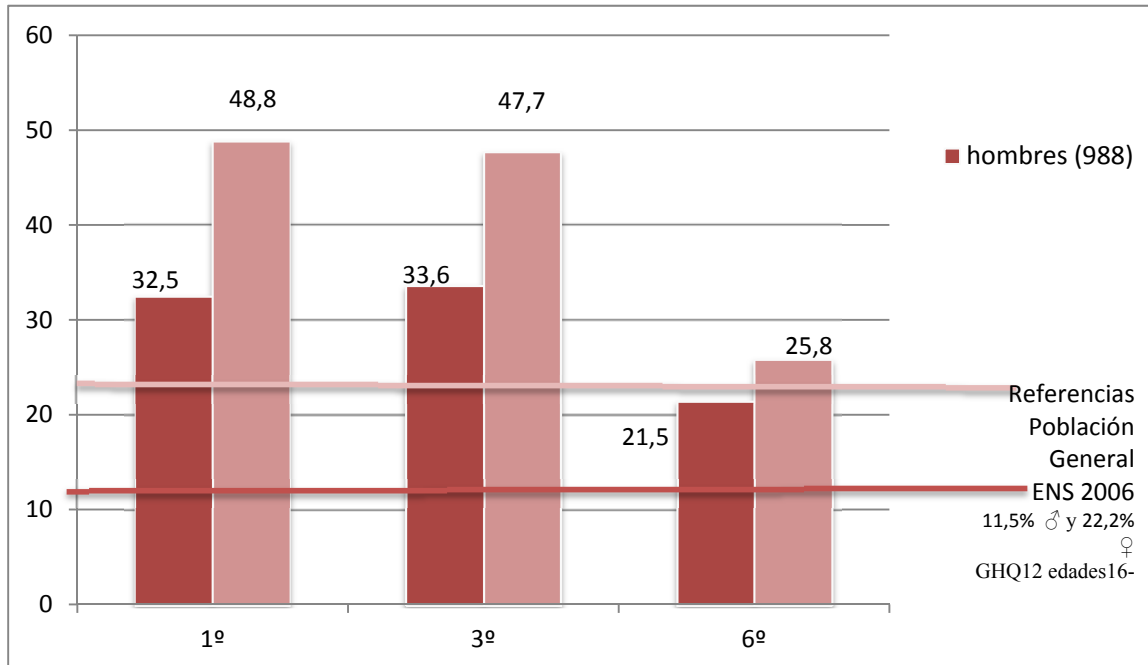


ILUSTRACIÓN 12: PREVALENCIA MALESTAR PSICOLÓGICO EN LA MUESTRA GLOBAL (1999-2010).

En la página siguiente, se intentan resumir gráficamente los resultados de prevalencia según el punto de corte 5/6, por sexo, curso y **cohorte clase**, ya comentados anteriormente en esta sección. Por razón de espacio, se presentan sólo las gráficas que contienen información sobre cohortes-clase completas. Otras dos gráficas e información correspondientes al análisis por cohortes-clase que vienen a confirmar lo expuesto aquí, se pueden consultar en el Apéndice IV.

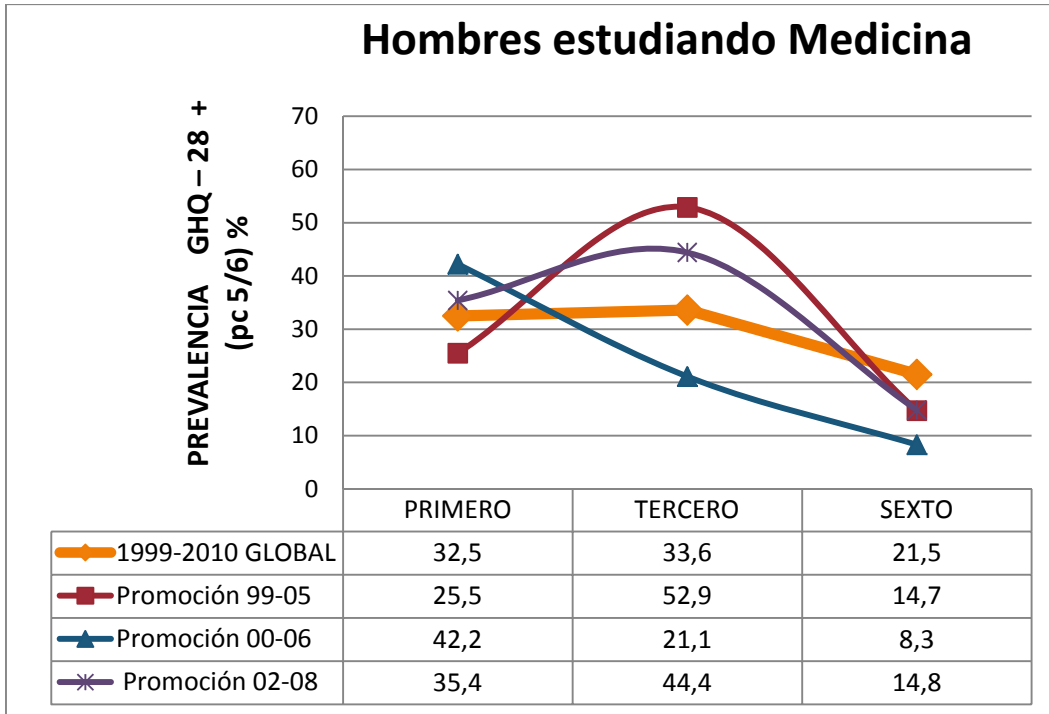


ILUSTRACIÓN 13: EVOLUCION DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL CURSO (HOMBRES)

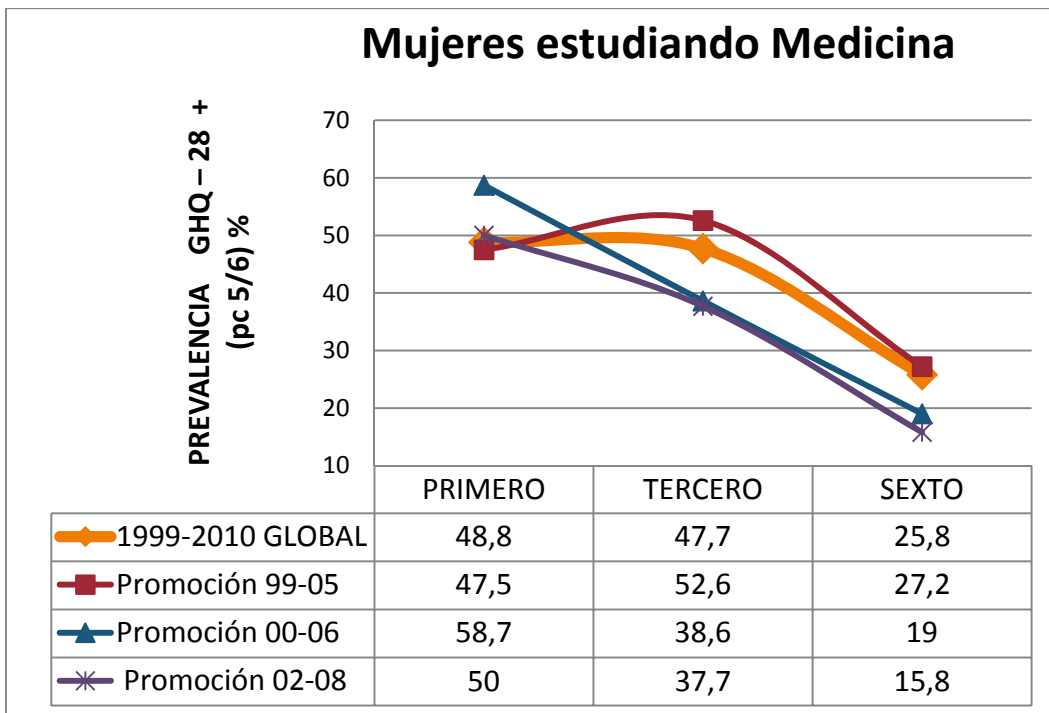


ILUSTRACIÓN 14: EVOLUCIÓN DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN CURSO (MUJERES)

Al estudiar la evolución longitudinal **a lo largo de todos los años académicos**, sin seleccionar por cohortes clase, encontramos una firma característica en los resultados de prevalencia de malestar psicológico: en las mujeres, con gran claridad, se repite año tras año en la foto fija una prevalencia en sexto sustancialmente menor que en primero, con diferencias entre 20 y 50 %.

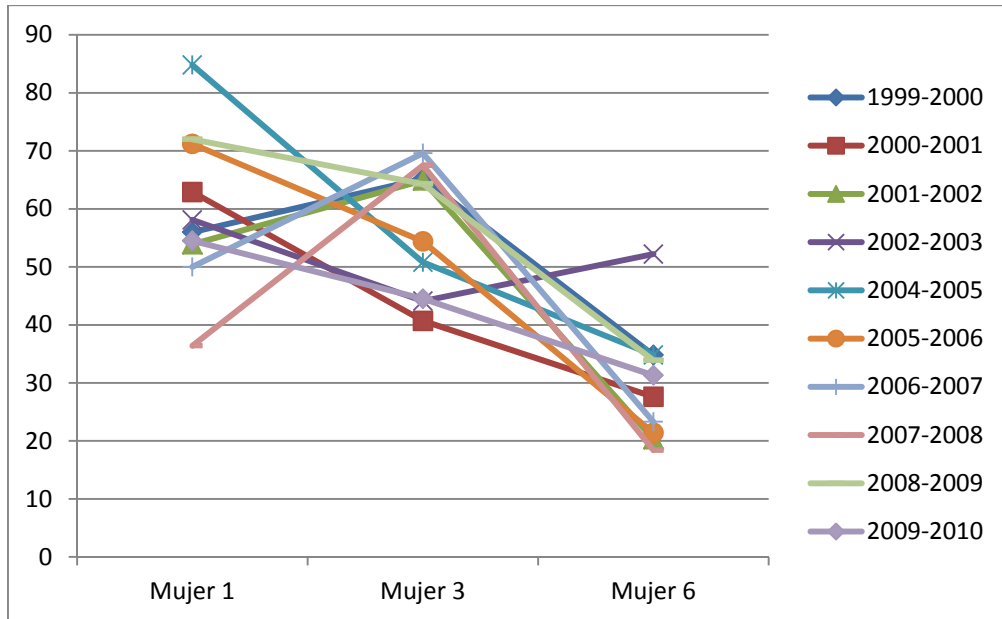


ILUSTRACIÓN 15: CRONOLOGÍA DE LA PREVALENCIA DE GHQ+ (MUJERES)

En los hombres, el rango de reducción de la prevalencia está entre 20y 70%. Las Ilustración 15 y Ilustración 16 muestran la confirmación de esta tendencia en el análisis de la evolución a lo largo de los diez años académicos analizados. Vemos también como el tercer curso es el que presenta la mayor variabilidad a lo largo del tiempo.

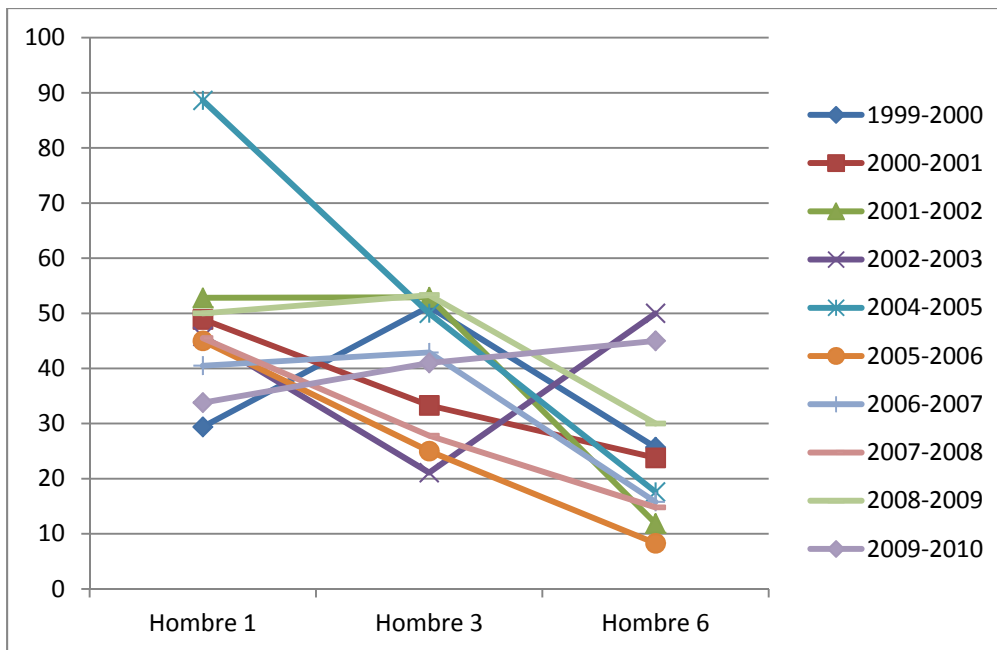


ILUSTRACIÓN 16: CRONOLOGÍA DE LA PREVALENCIA DE GHQ+ (HOMBRES)

Así pues, vemos como el sufrimiento psicológico es máximo en el primer y/o tercer curso, para bajar considerablemente en sexto. En este último curso sólo hay dos años académicos en los que no se cumple esta firma, 2003 y 2010. Según se ha podido saber gracias a las entrevistas con miembros de las correspondientes muestras, en ambos casos el muestreo coincidió con fechas de entrega de trabajos académicamente dirigidos (TAD), los cuales, si bien no son exámenes, sí constituyen la base de la evaluación de los TAD.

5.3 RELACIÓN ENTRE AYUDA ESPECIALIZADA Y MALESTAR PSICOLÓGICO

Ante la pregunta sobre utilización de ayuda psicológica y/o psiquiátrica en el momento de la encuesta, podemos observar en la que las cifras son globalmente inferiores al 9% en mujeres y menores del 5% entre los hombres. La respuesta SI está asociada globalmente a resultados de GHQ-28 que indican malestar psicológico ($p > 0,001$ tanto en mujeres como hombres⁴⁸). Por otro lado, es reseñable que el 36.6% (63/172) de **estudiantes que declaran utilizar ayuda, presentan un resultado del cribado negativo.**

⁴⁸ Para facilitar la lectura, los niveles de significación estadística a lo largo de toda la sección se refieren al test Chi cuadrado de Pearson a menos que se menciona expresamente otra prueba estadística.

TABLA 12: ASOCIACIÓN ENTRE UTILIZACIÓN DE AYUDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO (SIN NS/NC)

Estratos de análisis	GHQ+ Malestar Psicológico			GHQ NEGATIVO			TOTAL		
	Ayuda SI %	n	N GHQ +	Ayuda SI %	n	N GHQ -	Ayuda SI %	n	N total
♀1	3,8	25	572	0,5	3	593	2,4	28	1165
♀3	7,9	30	386	6,4	27	423	7,0	57	809
♀6	12,5	24	190	3,1	17	550	5,5	41	740
♀Total	6,47	79	1237	3	47	1566	6,9	126	2714
♂1	4,3	7	132	0,4	1	275	1,9	8	407
♂3	6,5	7	101	3,5	7	198	4,7	14	299
♂6	25	15	59	4,2	9	215	8,8	24	274
♂ Total	8,81	29	329	2,5	17	688	4,7	46	980
Global	6,96	109	1566	2,8	64	2254	4,6	172	3694

En una primera aproximación general entre los estudiantes con malestar psicológico, vemos que utilizan ayuda menos del 7% de las mujeres y 9% de los hombres. Se observa con claridad que **la proporción de estudiantes que usan algún tipo de ayuda psicológica y/o psiquiátrica va en aumento a medida que se progresa hacia el final de la carrera**, siendo las diferencias significativas tanto entre primero y tercero, como entre tercer y sexto curso ($p > 0,001$ para ambos)⁶. Las **diferencias por sexo también son significativas en todos los subgrupos**, llamando la atención especialmente el **sexto curso**, donde la proporción de hombres que declaran utilizar ayuda es exactamente el doble que la de mujeres.

En el desglose por cursos, se puede apreciar que la asociación entre GHQ+ y declarar que utilizan ayuda se mantiene tanto en primero como en sexto ($p > 0,01$). Sin embargo, en tercer curso no se ve dicha asociación ($p = 0.189$ ♂ y 0.493 ♀)⁶.

La Ilustración 16 muestra con detalle cómo una gran mayoría de estudiantes con GHQ positivo no utilizaban ayuda especializada en el momento de la encuesta. Las cifras son cercanas o superiores al 90% en todos los estratos, **con la excepción de los hombres de 6º**.

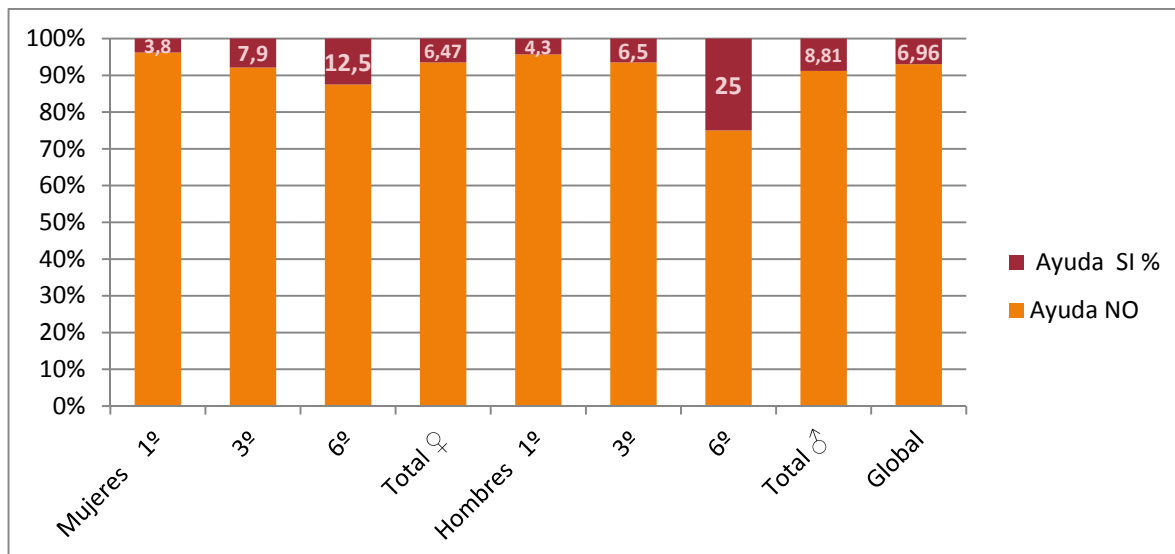


ILUSTRACIÓN 17: ESTUDIANTES CON GHQ+ (MALESTAR PSICOLÓGICO) QUE DECLARARON ESTAR UTILIZANDO ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA.

Los resultados no son concluyentes al realizar este mismo análisis en desglose por curso y año académico⁴⁹, pues algunos subgrupos quedan con escaso tamaño muestral. En el apéndice se dan los resultados de las cohortes-clase.

Para terminar, se ha explorado la relación entre utilización de ayuda y el grado de malestar psicológico, por sexo y curso, encontrando que, dentro del subgrupo con malestar psicológico, de los que reciben ayuda especializada, las mujeres presentan puntuaciones medias superiores que los hombres en primero, igualadas en tercero y, **a la inversa en sexto curso**.

TABLA 13: GRAVEDAD DEL MALESTAR SEGÚN QUIEN UTILIZA AYUDA.

<i>¿Utilizas atención psico. ACTUALMENTE?</i>			si x (DE)	No x(DE)
GHQ28 +	1º Curso	♂	13,3 (5,1)	10,1 (3,7)
		♀	16,0 (5,3)	11,2 (4,2)
3º Curso	♂	13,7 (5,5)	10,8 (3,9)	
	♀	13,5 (4,9)	11,2 (4,5)	
6º Curso	♂	14,9 (5,1)	9,4 (3,8)	
	♀	12,6 (5,5)	10,8 (4,4)	

⁴⁹ Véase Tabla 28 en el Apéndice VIII: Utilización de ayuda psicológica por años académicos

En general, quienes no reciben ayuda pese a presentar malestar psicológico puntúan muy por encima del punto de corte en el test de screening. **Las mujeres reciben atención especializada con puntuaciones en GHQ28 mayores que los hombres, excepto en sexto.**

⁵⁰. Las medias más altas en GHQ entre quienes reciben ayuda corresponden a las chicas de 1º y los chicos de 6º, los mismos grupos con mayor diferencia de medias entre quienes utilizan y no utilizan atención especializada.

5.3.1 NECESIDAD EXPRESADA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA

La conciencia de necesitar ayuda muestra frecuencias sensiblemente superiores en la respuesta SI (13,1%). Del conjunto de la muestra, respondieron que sí creían necesitar ayuda el 11,1% de los hombres y el 13,8% de las mujeres estudiantes. Dichos porcentajes se incrementan al doble o más cuando analizamos por separado las respuestas de quienes puntuaron por encima de 5 en el test de Goldberg (véase gráfica en pag. siguiente). Dentro del grupo con malestar psicológico **no** se han encontrado diferencias significativas globalmente entre chicas y chicos ($p=0,615$)⁵¹.

Al observar una clara asociación⁵² de la creencia de necesitar ayuda con resultados positivos en el cribado de malestar psicológico (posible diagnóstico psiquiátrico menor); y sabiendo que el sexo es un factor diferencial en el resultado de GHQ28, se estratificó por ésta última variable; de este modo, al realizar el análisis por curso de la carrera, **Si** se aprecian algunas diferencias por sexo.

Las mujeres expresan su necesidad de ayuda en claramente menor grado de necesidad expresada en primero que los hombres ($p < 0,001$), en tercero la situación se invierte ($p < 0,001$), para igualarse en sexto ($p= 0,67$). Da la impresión de que hubiera un cambio de conciencia más radical en las mujeres entre primero y tercero, mientras que los hombres van de una manera progresiva a lo largo de los tres cursos estudiados; en Ellos, las diferencias por

⁵⁰ Significación para la prueba *t Student* para muestras independientes $<0,05$.

⁵¹ Pese a valores de Pearson significativos en la muestra global, no se ha observado asociación lineal por lineal ($p=0,657$) al analizar las posibles diferencias por sexo (NO en mujeres 82,6% vs hombres 78,1%).

⁵² Chi cuadrado de Pearson con valores $p<0,0001$

curso son mucho más suaves, aunque la tendencia parece ser favorable hacia una mayor declaración de la necesidad de ayuda que el grupo femenino, para resultados de GHQ +.

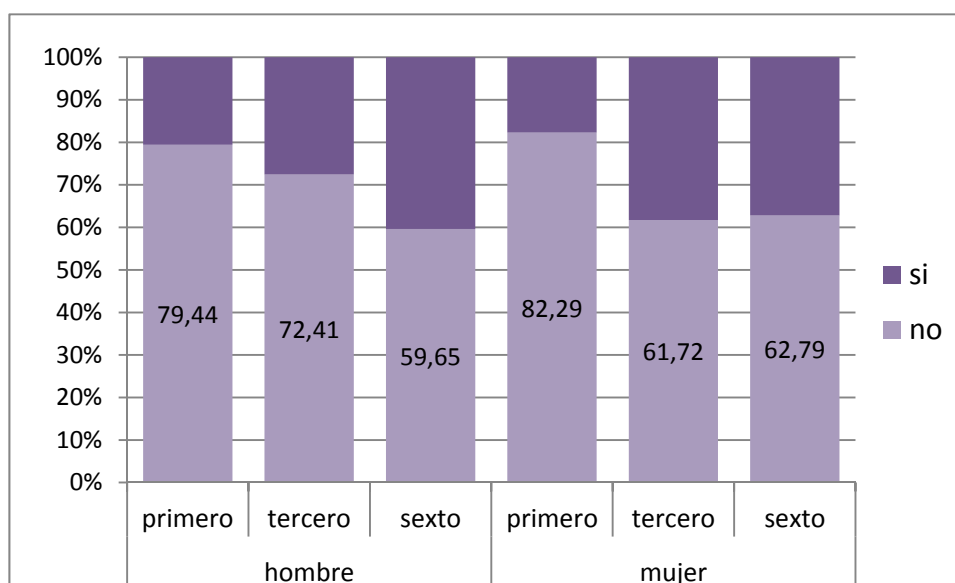


ILUSTRACIÓN 18: ¿CREE NECESARIO UTILIZAR ALGÚN RECURSO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA?

En gráfica aparte (véase gráfica en la pág siguiente) se recogen las frecuencias halladas en esta misma pregunta, incluyendo la opción “No Sabe, No contesta” (NS/NC)⁵³. Son los resultados originales de la variable “crees necesitar ayuda en el momento actual”.

En el segundo semestre del año académico 2011-2012, se presentaron dichos resultados a dos grupos independientes de estudiantes, respectivamente de 2º y 6º cursos de la misma Facultad, y se les pidió que interpretaran el significado de la opción NS/NC: sorprendentemente, los comentarios fueron prácticamente unánimes en ambos grupos, lo cual motivó la inclusión de este hallazgo aquí. Como curiosidad, se reproducen a continuación tres *verbatim* que se han considerado representativos para ilustrar la opinión estudiantil:

“muchacha contesta esa opción porque, aunque se sientan mal, no quieren arriesgarse a decir ellos mismos que tienen un problema.... creo que debería ser un médico quien lo dijera”.... “nadie quiere tirar piedras contra su propio tejado” “aunque lo piense, prefiero no decirlo yo”

⁵³ [Globalmente NS/NC=7,1% ; 8,2% en ♂ ; 6,3% para ♀]

A la vista del consenso encontrado, se postula la posibilidad de que la respuesta NS/NC se utilizara por parte de una mayoría con el significado de un “quizás pero no me atrevo a poner que sí”. Si sumamos los porcentajes de NS/NC a los del SI, en el desglose por cursos, veremos que las diferencias por sexo desaparecen en primer curso, se acrecientan en 3º y se definen en 6º. A quien menos afecta esta revisión es al subgrupo “hombres de 6º”.

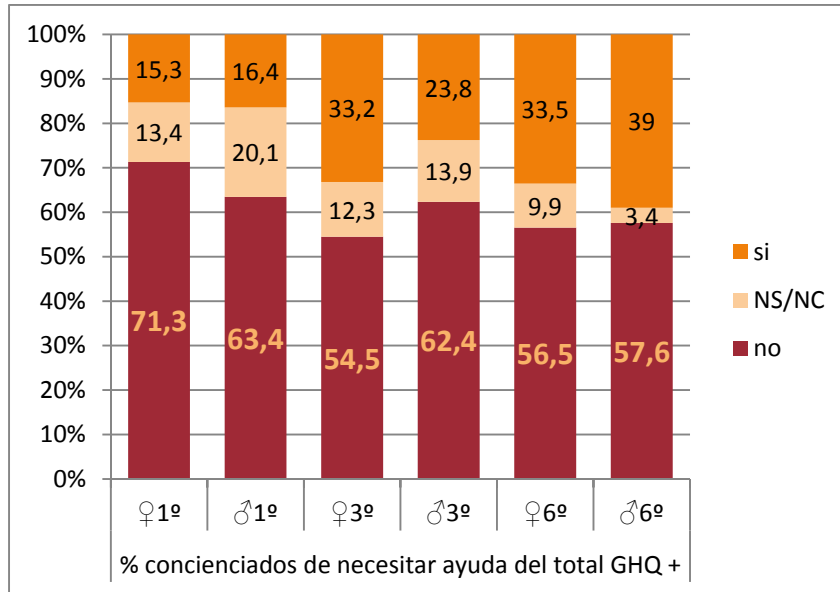


ILUSTRACIÓN 19: NECESIDAD EXPRESADA DE AYUDA (SI-NO-NS/NC)

5.3.2 RELACIÓN ENTRE NECESIDAD EXPRESADA Y UTILIZACIÓN DE AYUDA

Del total de estudiantes con GHQ + que afirman necesitar ayuda, resulta sorprendente que una amplia mayoría = 76,8% [268/349] afirma no estar utilizándola⁵⁴.

Hay también un porcentaje residual de estudiantes con otro tipo de respuesta poco coherente, como es “sí utiliza pero dice que no la necesita”= 15,6% [15/96].

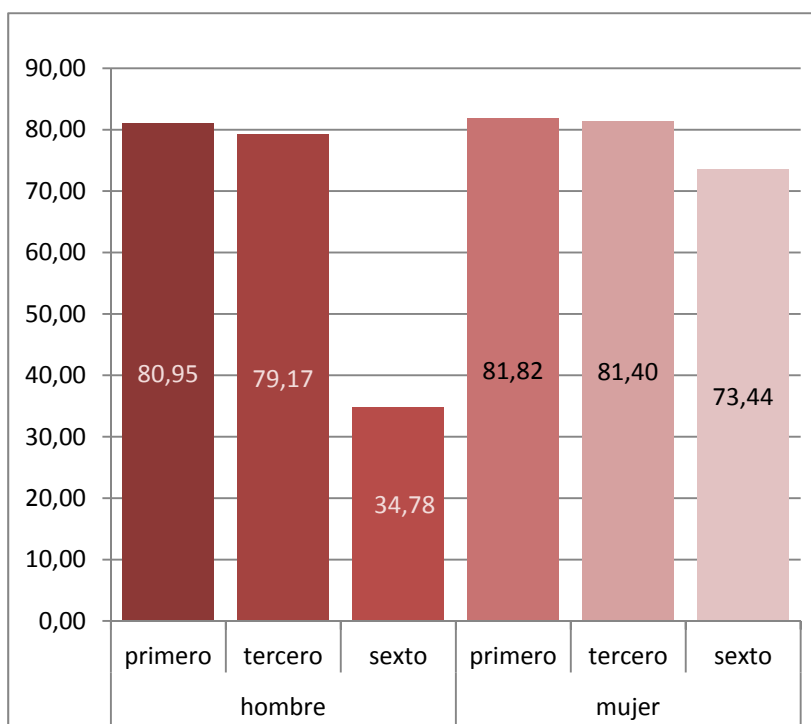


ILUSTRACIÓN 20: DIFERENCIA ENTRE NECESIDAD Y USO DE AYUDA (% EN GHQ+)

En el desglose por estratos de sexo y curso (véase Ilustración 20) salta a la vista el cambio en el sexto curso, mucho más claro entre los hombres con GHQ positivo. Las mujeres permanecen en sexto con un alto grado de inconsistencia entre su necesidad expresada y la obtención de atención especializada.

Como nos referimos en este apartado exclusivamente a los estudiantes con GHQ+, se ha omitido el detalle del

estudio por años académicos, dado el escaso tamaño muestral. Puede decirse, a pesar de lo anterior, que la aparición de proporciones en la casilla “SI – cree necesitar ayuda/NO utiliza ninguna” mayores del 60% es mayoritaria (más de 2/3 de las casillas).

El análisis pormenorizado por cohortes-clase, si bien presenta los mismos problemas metodológicos por falta de muestra, deja entrever que la distribución es la misma que la del conjunto, con las mujeres mostrando porcentajes que reflejan una clara brecha entre su necesidad expresada de apoyo, y la toma de medidas de asistencia especializada.

⁵⁴ Chi cuadrado con significación <0,001

5.4 ESTUDIOS Y SALUD: LO SOCIOACADÉMICO

En primer lugar, se expone la descriptiva de una selección de ítems del bloque C, que destacan por su carga semántica y el tener relación más directa con el concepto de variable socio-académica. En este grupo de variables (véase Tabla 13), se han marcado con asteriscos aquellas en las que se encontraron diferencias significativas por sexo.

TABLA 14: INFLUENCIA NEGATIVA DE VARIABLES SOCIOACADÉMICAS POR SEXO⁵⁵

	Sexo	N	Media	Desv. típica	Error típ. de la media
Influencia negativa en la calidad de vida					
Cambio facultad	Mujer	2734	1,99	1,08	,021
	hombre	988	1,92	1,07	,034
Plan de Estudios	Mujer	2734	1,60	,88	,017
	hombre	988	1,60	,86	,027
Tensión exámenes * ⁵⁶	Mujer	2734	3,21	,91	,017
	hombre	988	2,82	,97	,031
Tensión acumulada en cursos pasados*	Mujer	2734	2,33	1,12	,021
	hombre	988	2,08	1,03	,033
¿Has continuado con tus otras actividades y aficiones? *	Mujer	2734	2,21	,95	,018
	hombre	988	2,56	1,01	,032
Haber encontrado en la Facultad					
Falta de tiempo *	Mujer	2734	3,48	,88	,017
	hombre	988	3,20	1,03	,033
Competitividad ** ⁵⁷	Mujer	2734	2,98	1,05	,020
	hombre	988	2,88	1,08	,034
Presión académica *	Mujer	2734	3,46	,85	,016
	hombre	988	3,24	,98	,031
Hay que estudiar*	Mujer	2734	3,65	,76	,014
	hombre	988	3,43	,89	,028
Dificultad*	Mujer	2734	3,41	,81	,015
	hombre	988	3,18	,87	,028

⁵⁵ La categoría de comparación es el sexo femenino. El máximo es 4 = mucho, siendo 1 = nada.

⁵⁶ El asterisco indica valores de $p < 0,0001$ para la comparación entre mujeres y hombres a través de la prueba *t de Student* para muestras independientes.

⁵⁷ Valor $p = 0,01$

Al pasar a un análisis por curso, se evidencian diferencias por sexo en variables, como el cambio de facultad, que no se habían apreciado en el análisis global.

Precisamente, al comparar las puntuaciones medias entre primero y sexto, hay diferencias estadísticamente significativas en todas las variables que conforman la escala de presión socioacadémica (véase Tabla 14). Se evidencia que, como era esperable, las variables que presionan más a los estudiantes en primero son el cambio de facultad, los exámenes, la relación con los profesores y verse obligado a dejar actividades extracurriculares. Por el contrario, entre los de sexto, lo que más agobia son factores relacionados con el plan de estudios, la tensión acumulada en cursos pasados, y las relaciones con el PAS.

TABLA 15: DIFERENCIAS POR CURSO EN LA INFLUENCIA NEGATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA.

	Curso	N	Media	DE	ET media
Cambio facultad	Sexto	1016	1,87	1,075	,034
	Primero	1589	1,98	1,022	,026
Organización del currículum	Sexto	1016	1,73	,905	,028
	Primero	1589	1,53	,843	,021
Relación con profesorado	Sexto	1016	1,81	,895	,028
	Primero	1589	1,96	,951	,024
Tensión exámenes	Sexto	1016	2,98	,918	,029
	Primero	1589	3,10	,984	,025
Tensión acumulada en cursos pasados	Sexto	1016	2,53	1,057	,033
	Primero	1589	1,91	1,037	,026
Relacion con el PAS	Sexto	1016	1,57	,895	,028
	Primero	1589	1,27	,640	,016
Recodificada dejar hobbies	Sexto	1005	2,45	,924	,029
	Primero	1554	2,74	,937	,024

En el Apéndice III se representan gráficamente los resultados de aquellas variables de esta serie en las que se detectaron diferencias al desglosar por curso y sexo.

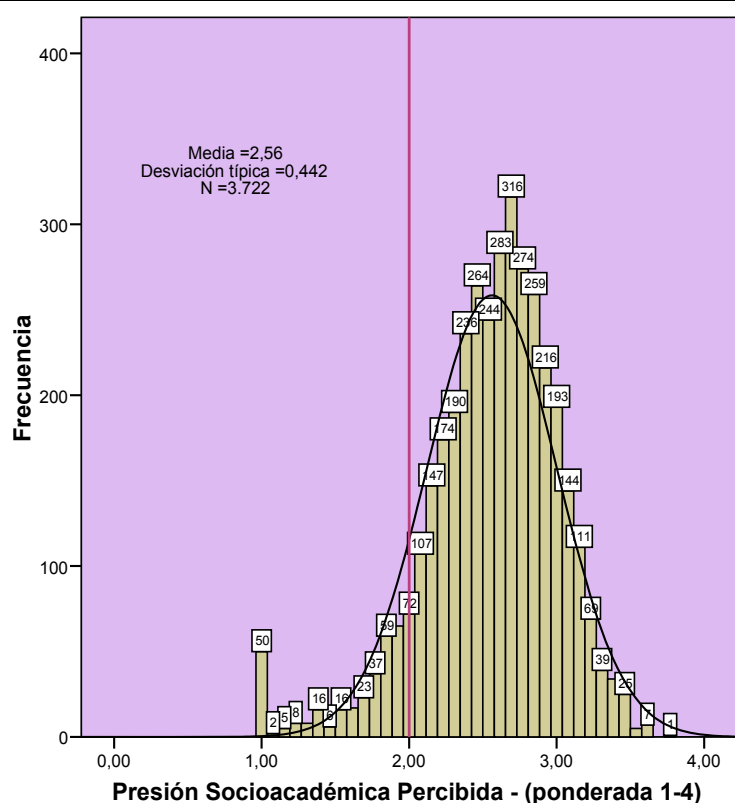
En las secciones siguientes se presentan los descriptivos de las escalas construidas a partir de los ítems anteriores y el resto de variables del bloque C “Estudios y Salud” del cuestionario original, cuya validación puede consultarse en el apartado correspondiente del capítulo dedicado a los métodos (*p.96 y sig.*) Las escalas tienen un rango de 4 puntos, de forma análoga a las escalas Likert de los ítems que las componen, siendo el 1 equivalente a una valoración del 0 al 25%, el valor 2 de 25 a 50%, y así hasta el 4 = 100% (máximo posible)

5.4.1 INDICADOR DE PRESIÓN SOCIOACADÉMICA PERCIBIDA

Una vez analizadas individualmente en la sección anterior las variables que constituyen la escala denominada “Presión socioacadémica percibida”⁵⁸, se presentan en la Tabla 16 los descriptivos de este indicador, y en la gráfica siguiente, el histograma con la distribución de esta variable para el conjunto de la muestra.

TABLA 16: DESCRIPTIVOS DE PRESIÓN SOCIOACADÉMICA PERCIBIDA. MUESTRA GLOBAL.

ESCALA	n	Media	D. Típica	IC95%
Presión Socioacadémica percibida	3722	2,56	0,44	1,70 3,42
Hombre 1º	412	2,578	0,555	1,49 3,67
Hombre 3º	301	2,794	0,477	1,86 3,73
Hombre 6º	275	2,747	0,487	1,79 3,70
Mujer 1º	1177	2,741	0,537	1,69 3,79
Mujer 3º	816	2,908	0,461	2,00 3,81
Mujer 6º	741	2,897	0,456	2,00 3,79



Como ya se ha indicado anteriormente⁵⁹, es una escala ponderada con un máximo de 4 puntos, a imagen y semejanza de los ítems que la componen.

El valor 2 en la gráfica equivale a estar al 50% de la máxima presión. **Se recuerda que el muestreo se realizó en época SIN exámenes.**

ILUSTRACIÓN 21: HISTOGRAMA CON LA DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR PRESIÓN SOCIOACADÉMICA PERCIBIDA.

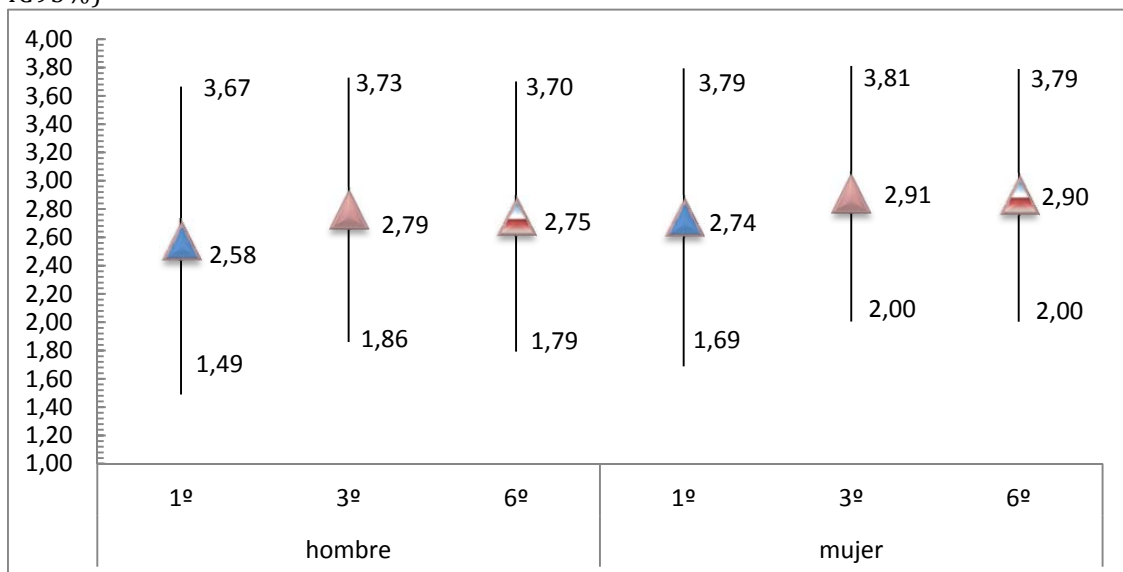
⁵⁸ Para revisar el procedimiento descrito para seleccionar dichas variables, véase capítulo Material, Personas y Métodos p60.

⁵⁹ Véase capítulo Personas, Material y Métodos, p 60.

Observamos que **la presión percibida por nuestros estudiantes está próxima a los $\frac{3}{4}$ del máximo posible**. En el análisis por curso (Tabla 16), vemos que hay un **aumento significativo de presión percibida al llegar a tercer curso** ($p < 0,001$). Aunque la dispersión varía levemente, siendo mayor en 1º, **las mujeres perciben mayor presión a lo largo de toda la carrera** ($p < 0,001$ en todos los cursos). Se observa también como en el primer curso tanto hombres como mujeres perciben menor presión respecto a 3º y 6º; y cómo, aunque se aprecian valores ligeramente mayores en 3º respecto a 6º, estas diferencias no son significativas.

Por último, se representan en la siguiente gráfica los promedios e intervalos de confianza de la media al 95%, para cada sub-estrato sexo-curso, cuyas diferencias han sido comentadas en el párrafo anterior.

ILUSTRACIÓN 22: PRESIÓN ACADÉMICA PERCIBIDA EN LA MUESTRA GLOBAL (MEDIA IC95%)



5.4.2 SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES UNIVERSITARIAS

En el análisis por ítem de la pregunta C5 del cuestionario, cuyo enunciado es: “**Teniendo en cuenta su experiencia hasta el momento actual, exprese su grado de satisfacción con:** (1=nada;2=poco;3=bastante;4=mucho)”. Por concordancia con los demás resultados de esta investigación, se han agrupado las puntuaciones 1 y 2 como índice de insatisfacción, o indirectamente, de malestar. En la muestra global, lo primero que llama la atención es que **las respuestas que indican malestar son más frecuentes a medida que avanza la carrera (1º<3º<6º)⁶⁰, tanto con compañeras/os como profesorado y PAS. Hay mayor malestar en la relación con profesores y PAS que en la relación con los demás estudiantes.** Si nos fijamos en la evolución por curso, veremos cómo varía en el análisis por cohorte-clase (véase Tabla 17): por ejemplo la cohorte 99-05 muestra valores claramente superiores en tercero, mientras que en la 00-06 ocurre justamente al revés; sin embargo, el incremento entre 1º y 6º se mantiene en todos los casos.

TABLA 17: ESTUDIANTES POCO O NADA SATISFECHOS CON RELACIONES UNIVERSITARIAS..

Grado de insatisfacción con relaciones universitarias (% acumulado nada + poco)								
Curso	Compañeros		Profesores		PAS		n	
Sexo	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Primero Global	14,81*	10,28	46,12	47,83	48,06	50,72*	412	1177
99-05	15,69	14,18	70,59	64,54	52,94	56,03	51	141
00-06	24,44	8,39	48,89	55,24	44,44	38,46	45	143
02-08	8,33	8,78	35,42	44,59	39,58	52,03	48	148
04-10	14,29	13,04	45,71	41,30	62,86	74,64	35	138
Tercero Global	17,61	17,89	63,12	63,60	56,48	65,81*	301	816
99-05	32,35	24,56	94,12	80,70	82,35	87,72	34	57
00-06	7,89	11,81	55,26	65,35	52,63	62,20	38	127
02-08	27,78	24,59	38,89	57,38	66,67	80,33	18	61
04-10	28,57	16,46	71,43	73,42	57,14	68,35	28	79
Sexto Global	26,55*	21,32	76,73*	69,37	74,91	79,22*	275	741
99-05	29,41	19,57	73,53	67,39	73,53	81,52	34	92
00-06	25,00	4,76	58,33	45,24	91,67	50,00	12	42
02-08	18,52	21,05	74,07	65,79	85,19	82,89	27	76
04-10	20,00	24,10	75	60,24	45	66,27	20	83

* $p < 0,01$ para la comparación de porcentajes por sexo a través de Chi cuadrado.

⁶⁰ En la muestra total, $p < 0,05$ para Chi cuadrado en tablas de 2x2 segregando por cursos. Se hicieron análisis independientes para cada sexo.

De nuevo en la muestra global (véase Tabla 17 en pag. anterior, primeras filas), se ha detectado **mayor insatisfacción con las relaciones con los compañeros entre los hombres** de primero y de sexto, respecto a las mujeres de su mismo curso. Dicha tendencia se mantiene en la mayoría de las cohortes-clase completas. En tercero, no hay diferencias significativas por sexo en la muestra global, y el análisis por cohorte-clase vuelve a mostrar esta tendencia en la mayoría⁶¹ de promociones estudiadas.

Son los hombres de sexto quienes muestran mayores porcentajes de insatisfacción, tanto en la relación con los compañeros como con el profesorado. Las relaciones con el PAS, sin embargo, son peor valoradas por las mujeres de todos los cursos.

Por último, para profundizar en el **análisis de la relación estudiantes-profesorado**, se planteó el contraste entre el ítem de “Grado de satisfacción con los profesores” y el de “Influencia negativa en la calidad de vida de la relación con profesores”, cuyos resultados se pueden ver en la gráfica siguiente.



La insatisfacción va aumentando al avanzar la carrera, mientras que el grado en que la relación docente-discente afecta de forma negativa a la calidad de vida disminuye.

ILUSTRACIÓN 23: COMPARACIÓN DE LOS ÍTEMS SOBRE RELACIÓN CON EL PROFESORADO.

⁶¹ Se considera mayoría de más de 2/3 de las casillas estudiadas.

En primero hay un 30% del total de mujeres a quienes la relación con el profesorado afecta negativamente su calidad de vida, estando el 48% insatisfechas con ellos. En cambio, esto sólo afecta al 17,46% los hombres de 6º de los que casi el 77% está insatisfecho: Quienes dicen estar menos afectados, son a la vez quienes se muestran más insatisfechos.

5.4.3 INDICADORES DE EXPECTATIVAS RESPECTO A LA CARRERA MÉDICA

Se revisan aquí las cuatro escalas dedicadas al estudio del recuerdo de lo esperado antes de empezar la carrera y la valoración de la experiencia de estudiar Medicina, en el momento de la encuesta. Se les pedía a los estudiantes que puntuaran en escalas tipo Likert las diferentes expectativas y motivos para elegir la carrera que emergieron tras el análisis contenidos realizado a las preguntas abiertas⁶² contestadas por los propios estudiantes entre 1997 y 1998 (con una n= 714).

Tras la obtención de unos valores de fiabilidad suficientes⁶³, se dividieron las preguntas C3 y C4 del cuestionario 1.1 en dos escalas de 15 ítems sobre aspectos claramente positivos y dos de 5 ítems sobre aspectos interpretados como negativos para la salud mental.

Para mantener el rango original de los ítems y posibilitar la comparación entre unas escalas y otras, se realizó una ponderación por el número de ítems. Los resultados de su análisis se exponen a continuación.

Téngase en cuenta para su interpretación que incrementos de 0,1 puntos en estas escalas (de rango 1-4), equivaldrían a variaciones de 3,33 puntos en una escala porcentual.

5.4.3.1 EXPECTATIVAS POSITIVAS

La pregunta que encabeza los 15 ítems que componen esta escala está formulada como sigue: **“Antes de empezar la carrera de Medicina, ¿qué recuerdas que esperabas de ella?”**. Como vemos en la Tabla 18: Escala de Expectativas Positivas, **la cantidad de expectativas positivas**

⁶² Véase Cuestionario 1.0 en Apéndice II, para el enunciado de las preguntas abiertas, y en Cap. Personas y Métodos las págs. 53 y 60 para las variables incluidas.

⁶³ Véase la sección titulada “Análisis de Fiabilidad” en Personas, Material y Métodos, p.53.

respecto a la carrera de Medicina, aumenta entre primero y tercero ($p<0,01$), para mantenerse estable entre tercero y sexto.

Esta evolución se confirma al realizar el mismo análisis segregando por sexo ($p<0,01$ en ambos casos). Las mujeres tienen puntuaciones mayores en primero y tercero ($p<0,05$) respecto a los hombres; **en sexto las diferencias entre hombres y mujeres no son significativas ($p=0,07$)**.

TABLA 18: ESCALA DE EXPECTATIVAS POSITIVAS, POR SEXO Y CURSO. MUESTRA GLOBAL.

Escala de Expectativas Positivas	n	Media	D. Típica	IC95%	
Hombre 1º	412	2,91	0,76	1,43	4,39
Hombre 3º	301	3,07	0,50	2,09	4,05
Hombre 6º	275	3,08	0,48	2,14	4,02
Mujer 1º	1177	3,00	0,70	1,63	4,37
Mujer 3º	816	3,15	0,58	2,02	4,28
Mujer 6º	741	3,15	0,53	2,11	4,19

En el análisis por cohorte-clase, vemos que se aprecian diferencias significativas entre ellas ($p<0,01$), con la media global en las cohortes más recientes (Tabla 19).

TABLA 19: DESCRIPTIVOS POR COHORTE-CLASE DE LA ESCALA EXPECTATIVAS POSITIVAS.

Escala de Expectativas Positivas	n	Media	D. Típica	IC95%	
Global 1999-2009	3722	2,55	0,47	1,63	3,48
99-05	405	2,59	0,50	1,62	3,57
00-06	407	2,59	0,46	1,70	3,49
02-08	377	2,61*	0,46	1,72	3,51
04-10	374	2,66*	0,42	1,83	3,49

* $p<0,01$ para la prueba *t de Student*.

5.4.3.2 EXPECTATIVAS NEGATIVAS

Vemos en la Tabla 20 como las expectativas negativas van bajando a medida que avanzan los cursos, siendo las diferencias 1º - 6º significativas, tanto en hombres como en mujeres. Respecto a la escala de expectativas positivas, los valores son más bajos, y además encontramos distribuciones con mayor dispersión.

TABLA 20: DESCRIPTIVOS DE LA ESCALA DE EXPECTATIVAS NEGATIVAS; MUESTRA GLOBAL.

Esca la de Expectativas Negativas	n	Media	D. Típica	IC95%	
Hombre 1º	412	2,86*	0,89	1,10	4,61
Hombre 3º	301	2,78	0,74	1,34	4,23
Hombre 6º	275	2,74	0,68	1,40	4,08
Mujer 1º	1177	2,96*	0,85	1,28	4,63
Mujer 3º	816	2,77	0,75	1,30	4,24
Mujer 6º	741	2,72	0,68	1,39	4,05

*p<0,05 para la prueba t de Student en la comparación 1º-6º

En el Apéndice XI: Descriptivos Escalas Expectativas se han recogido los datos del análisis por cohorte-clase, para su consulta en caso requerido.

5.4.3.3 EXPERIENCIA ACTUAL: RELACIÓN ENTRE ESFUERZO Y LOGRO

La Tabla 16 resume los resultados de las preguntas gemelas a las que forman las escalas de expectativas, recién comentadas, pero referidas a la experiencia en la carrera desde su comienzo hasta el momento de la encuesta. El enunciado de la pregunta original era: **“Actualmente, ¿Qué piensa haber encontrado? (1=nada; 2=poco; 3=bastante; 4=mucho)”** Recordamos que se han denominado respectivamente **“Logro”** a la escala compuesta por los ítems “positivos”, y **“Esfuerzo”** a la de los negativos⁶⁴.

⁶⁴ Véase en detalle la composición y análisis de fiabilidad de dichas escalas en el capítulo 4. Personas, Material y Métodos.

TABLA 21: ESCALAS SOBRE LA EXPERIENCIA CON LA CARRERA DE MEDICINA. MUESTRA GLOBAL

Estadísticos descriptivos: SCORES (escalas-resumen) DATOS MUESTRA GLOBAL							
Sexo	curso		N	Media	Desv. típ.	IC 95%	
hombre	primero	Logro encontrado	412	2,24	0,65	0,96	3,53
		Esfuerzo encontrado	412	3,06	0,86	1,38	4,75
	tercero	Logro encontrado	301	2,42	0,57	1,31	3,54
		Esfuerzo encontrado	301	3,29	0,69	1,93	4,65
	sexto	Logro encontrado	275	2,49	0,53	1,45	3,53
		Esfuerzo encontrado	275	3,26	0,70	1,88	4,63
mujer	primero	Logro encontrado	1177	2,26	0,62	1,05	3,47
		Esfuerzo encontrado	1177	3,31	0,76	1,83	4,80
	tercero	Logro encontrado	816	2,45	0,55	1,38	3,53
		Esfuerzo encontrado	816	3,49	0,69	2,14	4,83
	sexto	Logro encontrado	741	2,53	0,45	1,65	3,41
		Esfuerzo encontrado	741	3,43	0,61	2,23	4,63

En la escala de Logro no se han detectado diferencias por sexo, mientras que éstas son claras en la de Esfuerzo, que es mayor para las mujeres. Estos hallazgos se han confirmado tanto para la muestra general como para cada curso.

En un análisis comparativo de las dos escalas, vemos que **en todos los cursos la percepción de esfuerzo supera la de logro, siendo esta diferencia en promedio equivalente a un 33% en una escala 1-100**. La escala esfuerzo tiene distribuciones más dispersas en todos los estratos. Al estudiar el comportamiento de cada estrato se pueden realizar las siguientes apreciaciones:

- **En las mujeres la diferencia entre Esfuerzo y Logro se va reduciendo ligeramente a medida que avanzan los cursos** (1,05 - 1,04 - 0,90 en primero, tercero y sexto, respectivamente)
- **En los hombres las diferencias entre Esfuerzo y Logro son menores y el máximo se ve en tercero**⁶⁵ (0,82 - 0,87 - 0,77, respectivamente).

En conclusión, la relación entre Esfuerzo y Logro se va equilibrando hacia el final de la carrera, y las **diferencias entre hombres y mujeres menguan progresivamente a medida que**

⁶⁵ Permítase recordar que, a menos que se especifique lo contrario, se comunican las diferencias que alcanzaron el nivel de significación estadística mínimo e $p < 0,05$.

avanzan los cursos: esto último se aprecia mejor al restar los valores de Logro a los de Esfuerzo en cada uno de los seis estratos sexo-curso, y posteriormente los resultados en mujeres a los de los hombres. El detalle de estas diferencias puede consultarse en la Tabla siguiente:

TABLA 22: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA RELACIÓN ESFUERZO-LOGRO

Diferencia entre Esfuerzo y Logro			
CURSO	Mujer (M)	Hombre (H)	M – H
primero	1,05	0,82	0,23
tercero	1,04	0,87	0,17
sexto	0,90	0,77	0,13

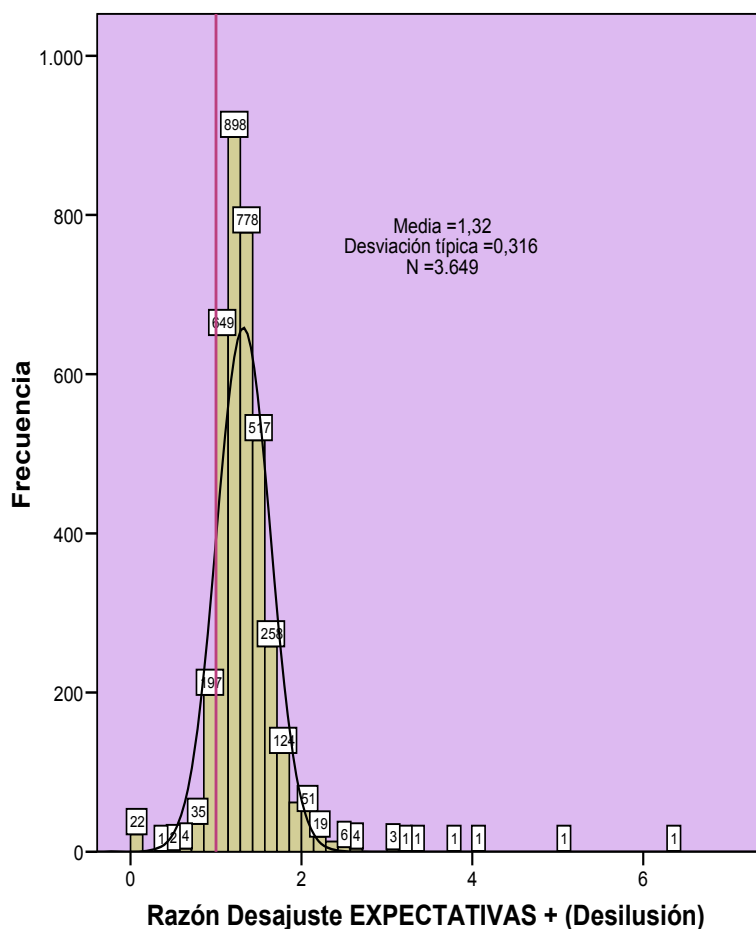
p < 0,05

Las diferencias, reflejadas en negrilla en la última columna de la tabla, se han nombrado en el Capítulo Personas, Material y Método, como Indicador de Sobre-esfuerzo, aunque también podría referirse como exceso de Esfuerzo.

El conjunto de los descriptivos de las cuatro escalas, desglosados por cohorte-clase, se pueden consultar en el Apéndice XI: Descriptivos Escalas Expectativas.

5.4.3.4 RAZÓN DE EXPECTATIVAS POSITIVAS (REP)

Esta razón pone en relación las subescalas “Expectativas positivas” (numerador) y “Logro encontrado” (denominador), las cuales están compuestas por los mismos ítems, pero preguntados en referencia a lo esperado antes de iniciar la carrera de Medicina y su experiencia en el momento de la encuesta⁶⁶. El objetivo es cuantificar el desajuste de expectativas.



En la REP, valores mayores de 1 indican desilusión o decepción, y pueden considerarse como unidad relevante cambios de 0,02 (equivalente a 0,1 puntos en una escala respecto a otra).

ILUSTRACIÓN 24: HISTOGRAMA CON LA DISTRIBUCIÓN DE LA REP.

Hay algunos valores extremos que nos hacen pensar en perfiles de alto riesgo, aunque no son suficientes para desestimar la distribución normal de esta variable. Dividida la muestra en quintiles, encontramos que Q4 tiene un valor de 1,5. Por tanto, podemos concluir que Q5 aglutina a los estudiantes con grados de decepción más preocupantes.

⁶⁶ Véase el apartado “Desarrollo del cuestionario original”, pag 44 y siguientes.

En la Ilustración se puede observar con detalle la distribución de este indicador para la muestra global. **Las mujeres tienen mayor desilusión con la carrera que los hombres**, diferencias que son significativas ($p < 0,001$) al comparar los rangos entre las y los estudiantes con malestar psicológico mediante la U de Mann-Whitney⁶⁷. En el análisis por substratos se mantiene la significación estadística de las diferencias encontradas para todos los cursos ($p < 0,05$).

Asumiendo una distribución normal, se aplicó también el test *t de Student* para muestras independientes, obteniendo el mismo resultado.

TABLA 23: DESCRIPTIVOS DE LA RAZÓN DE EXPECTATIVAS POSITIVAS

ESCALA	n	Media	D. Típica	IC95%	
Razón de Expectativas Positivas (REP)					
Hombre 1º	398	1,35	0,37	0,63	2,06
Hombre 3º	297	1,31	0,34	0,64	1,97
Hombre 6º	273	1,29	0,32	0,66	1,91
Mujer 1º	1146	1,37	0,36	0,67	2,07
Mujer 3º	800	1,30	0,27	0,78	1,83
Mujer 6º	735	1,27	0,23	0,81	1,72

En general, tanto globalmente como por sexo y curso, puede decirse que la mayoría de la muestra analizada tiene un **grado de decepción moderado**, como indican el desglose por sexo y curso de las medidas de tendencia central finalmente seleccionadas (véase Tabla 23). **La decepción es mayor en el primer curso, tanto en hombres como en mujeres, descendiendo gradualmente hasta alcanzar el mínimo en sexto**⁶⁸. Entre las mujeres de primero y de tercero las diferencias encontradas sí son significativas ($p < 0,001$), mientras que no se ha podido demostrar entre los hombres, y lo mismo ocurre al comparar entre 3º y 6º. La falta de significación de las diferencias en el estrato “hombres”, podría ser debida a un tamaño considerablemente menor en la muestra masculina.

Da la impresión de que en primer curso se expresa la desilusión con mayor franqueza, a la vista de las altas puntuaciones que en sexto vemos, tanto de expectativa recordada como de logro percibido, lo cual no se aprecia en la razón, más equilibrada en este grupo que en cursos

⁶⁷ Se eligió un test no paramétrico para comparar GHQ+/- al detectar la presencia de valores extremos en este indicador.

⁶⁸ En la comparación entre 1º y 6º con *t de Student*, $p = 0,03$ en hombres y $p < 0,01$ en mujeres.

anteriores, en los que el recuerdo está más fresco y la discrepancia es más clara, y aun así, moderada.

Como se verá más adelante con mayor detalle, **existe una correlación positiva significativa entre el grado de decepción y la puntuación del GHQ28.**

5.4.3.5 RAZÓN DE EXPECTATIVAS NEGATIVAS (REN)

Al poner en relación lo esperado y lo encontrado, en este caso la experiencia de dificultad y esfuerzo está en el numerador y el recuerdo de las expectativas negativas (sobre los mismos ítems) en el denominador. Esta razón es una medida del desfase entre la adversidad y exigencia esperada y la realmente encontrada. Vemos que **la media de la REN sube entre primero y tercero**, y baja ligerísimamente en sexto curso, tanto en hombres como en mujeres, aunque la diferencia no es significativa ($p=0,08$).

TABLA 24: DESCRIPTIVOS DE LA RAZÓN DE EXPECTATIVAS NEGATIVAS; MUESTRA GLOBAL.

ESCALA	n	Media	D. Típica	IC95%	
Razón de Expectativas Negativas					
Hombre 1º	392	1,10	0,30	0,51	1,68
Hombre 3º	297	1,24	0,55	0,17	2,32
Hombre 6º	273	1,20	0,40	0,42	1,98
Mujer 1º	1137	1,16	0,38	0,42	1,91
Mujer 3º	798	1,29	0,44	0,43	2,14
Mujer 6º	730	1,26	0,34	0,58	1,93

Vemos en la Tabla cómo las puntuaciones mayores se encuentran en tercer curso y que son mayores en las mujeres de todos los cursos; ante estos hallazgos cabe preguntarse algunas cosas que exceden de la capacidad y objetivos de este estudio, pero que se dejan indicadas aquí para futuras investigaciones en profundidad: ¿son estos subgrupos los más quemados, los más saturados, los que esperaban menores dificultades?

La distribución en la muestra general de este indicador puede verse en el histograma a continuación. Se observan valores extremos, 7 por encima del 4 en la REN, y 150 más por encima de 2; ¿tienen relación los valores extremos por encima de 2 con individuos más desbordados, con puntuaciones más altas de gHQ28.

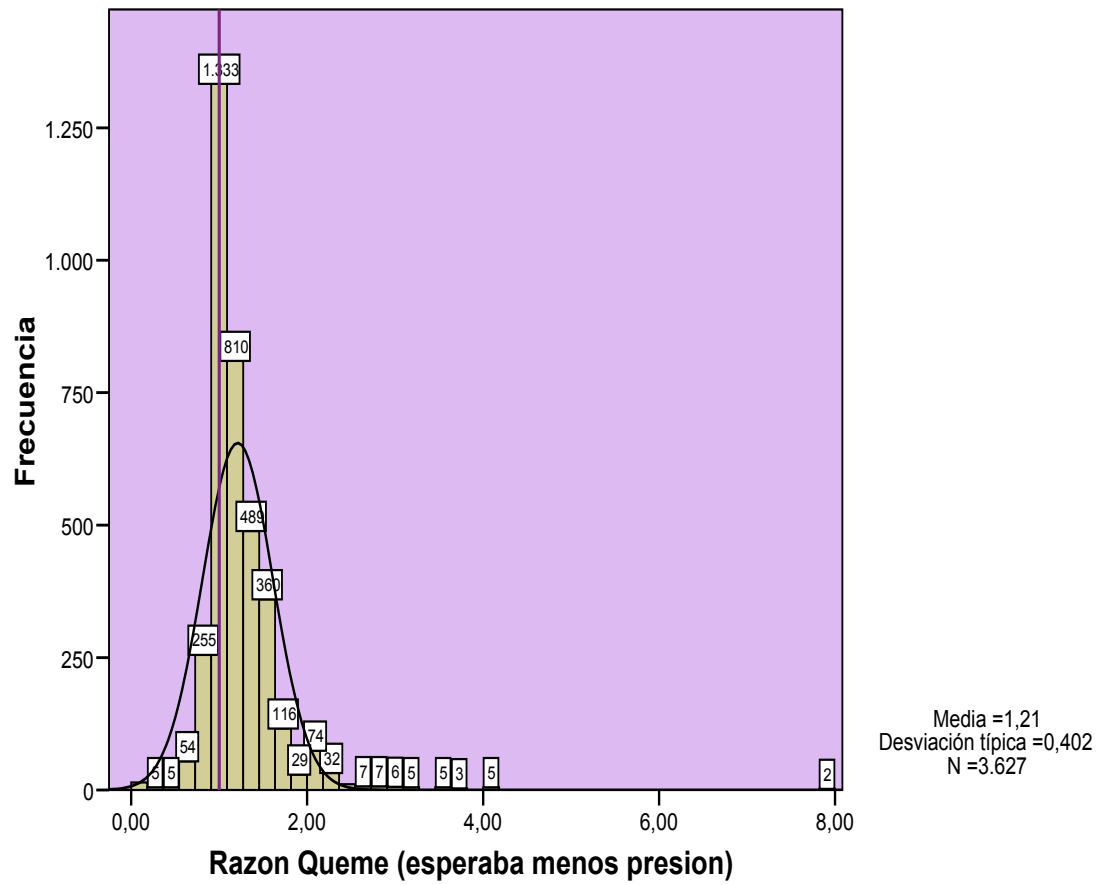


ILUSTRACIÓN 25: DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR DE SATURACIÓN EN LA MUESTRA GLOBAL.

5.5 ANÁLISIS MULTIVARIANTE

5.5.1 MODELO DE REGRESIÓN DE LAS SUBESCALAS DEL TEST DE GOLDBERG

Al introducir las variables correspondientes a las subescalas del test GHQ28 en un modelo de regresión lineal, se vio que la subescala que más contribuye al resultado final del test es la B (Ansiedad). Dicho resultado es consistente con independencia tanto del sexo como del curso de Medicina. Este hallazgo hace llamar la atención sobre el mayor peso que en la etapa de estudiante tiene el componente ansioso de una mala salud mental, sobre otros. La subescala D (DEPRESIÓN) es la última en ser incluida en el modelo, y por tanto la que obtiene los coeficientes más bajos, tanto globalmente como en el análisis estratificado por sexo y curso.

Dado que es la variable más relevante, se presentan solamente los coeficientes de regresión lineal de la subescala ansiedad por estratos (ver tabla a continuación).

TABLA 25: COEFICIENTES DE REGRESIÓN LINEAL GHQ-ANSIEDAD

ANSIEDAD		Beta (β)	Error Típico	IC 95%	
Mujeres	1º	2,332	,040	2,254	2,410
	3º	2,304	,049	2,208	2,401
	6º	2,258	,049	2,161	2,355
Hombres	1º	2,124	,069	1,989	2,259
	3º	2,186	,068	2,052	2,319
	6º	2,300	,077	2,148	2,452
Global		2,31	,022	2,27	2,35

5.5.2 CORRELACIONES BIVARIANTES

Se analizó la correlación entre las escalas de factores socioacadémicos y la puntuación del GHQ28. La Tabla 26 muestra los coeficientes obtenidos, que tienen valores muy bajos aunque son estadísticamente significativos. Dicho resultado nos llevó a analizar la relación entre estas variables a través de un modelo de regresión logística en lugar de la lineal, tomando la variable GHQ-28 dicotomizada como screening -/+.

TABLA 26: CORRELACIONES BIVARIADAS CON GHQ28 Y ENTRE ESCALAS SOCIOACADÉMICAS

Correlaciones Bivariadas (Pearson)	Escala socioacadémica		
	Logro encontrado	Esfuerzo encontrado	Presión Percibida (total)
MALESTAR PSICOLÓGICO	0,191	0,198	0,205
Logro encontrado		0,428	0,346
Esfuerzo encontrado			0,767

Se muestran sólo los coeficientes que han obtenido un nivel de significación $p < 0,001$

Correlaciones Bivariadas (Pearson)		Satisfacción con las relaciones	
	Satisfacción Compañeros	Satisfacción Profesores	Satisfacción PAS
MALESTAR PSICOLÓGICO	-,116	-,117	
Satisfacción Compañeros		,385	,270
Satisfacción Profesores			,385

Se muestran sólo los coeficientes que han obtenido un nivel de significación $p < 0,001$ (bilateral)

Correlaciones Bivariadas (Pearson)		Razones de Desajuste de Expectativas		
		REP	REN	
MALESTAR PSICOLÓGICO		0,206	0,122	
REP			0,072	
MALESTAR PSICOLÓGICO	hombre	primero	0,201	0,195
		tercero	0,219	0,169
		sexto	0,411	0,176
	mujer	primero	0,137	0,112
		tercero	0,184	0,147
		Sexto	0,254	

Se muestran los coeficientes que han obtenido un nivel de significación $p < 0,001$ (bilateral)

5.5.3 MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se generaron varios modelos de regresión logística, inicialmente agrupando por un lado aquellas variables referentes a la necesidad expresada de ayuda específica y los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas; en un segundo grupo, todas las variables e indicadores socioacadémicos.

En ambos casos se ajustaron los modelos por sexo y curso de Medicina, y se consideró como variable respuesta el malestar psicológico medido el test GHQ-28 con punto de corte 5/6, que se clasificó como 0= screening negativo y 1= malestar psicológico. Se tomaron como categorías de referencia al sexo masculino y el sexto curso, ya que han mostrado las puntuaciones menores en el GHQ28.

5.5.3.1 AYUDA PSICOLÓGICA Y GHQ28

En la Tabla 27 (véase a continuación) aparece la evidencia de los factores de este grupo más relacionados con el malestar psicológico. Además de la conciencia de necesitar ayuda, que aumenta la probabilidad de malestar psicológico 4,86 veces, destaca el que **los estudiantes**

que piensan que hubieran necesitado ayuda en un momento previo durante la carrera tienen aproximadamente 2,5 veces más probabilidades de tener malestar psicológico. Por el contrario, parece que haber utilizado ayuda durante los años de carrera previos a la encuesta es un factor protector, reduciendo el riesgo de presentar malestar psicológico en casi un 50%.

TABLA 27: MODELO DE REGRESIÓN AYUDA PSICOLÓGICA Y GHQ28

VARIABLES del MODELO	Exp β (OR)	IC 95% para Exp β	
Necesita ayuda AHORA	4,856	3,584	6,578
Necesitó ayuda DURANTE	2,420	1,877	3,121
Utilizó ayuda ANTES	1,536	1,015	2,323
Necesitó ayuda ANTES	,632	,455	,878
Utilizó ayuda DURANTE	,498	,344	,719
Consume ANSIOLÍTICOS	1,695	1,284	2,237
Sexo FEMENINO	1,781	1,462	2,168
Curso 1º	3,571	2,809	4,539
Curso 3º	2,826	2,224	3,591

El consumo de ansiolíticos (no necesariamente por prescripción facultativa) también aumenta la probabilidad de encontrar malestar psicológico 1,7 (1,3-2,2) veces, siendo un asociación que no demuestra necesariamente causalidad.

Como se comprueba nuevamente, el modelo ajustado por curso cuantifica un considerable aumento de riesgo de los estudiantes de primero (OR= 3,6 [2,8-4,5]) y tercero (OR= 2,8 [2,2-3,6]) respecto a los de sexto.

Se decidió segregar el análisis anterior por sexos, para comprobar que no había discrepancias en los factores que más contribuyen a la probabilidad de screening positivo, y sin embargo se encontraron algunas diferencias inesperadas en el sexo masculino, que se resumen a continuación:

- La variable con una asociación más fuerte en los hombres es el haber utilizado atención psicológica y/o psiquiátrica ANTES de empezar la carrera. Una variable que no aparece como relevante en el modelo femenino.
- Aparece como **variable “protectora” el que hubiera necesitado ayuda antes de iniciar la carrera, disminuyendo la probabilidad de un Goldberg positivo en un 73%.**
- De todas las sustancias posibles, emerge en solitario el consumo ocasional o habitual de **anfetaminas asociado a un aumento de riesgo de 3 (1-10) veces.**
- Tercer curso tiene una OR mayor que primero (3 frente a 2,8)

Así pues, quedaría un modelo bien diferente según el sexo, que se resume en la Tabla 28.

TABLA 28: MODELOS DIFERENCIADOS POR SEXO. AYUDA-GHQ28

MODELO ayuda en Hombres	Exp β (OR)	IC 95% para Exp β	
Utilizó ayuda ANTES de empezar Medicina	5,761	2,431	13,656
Necesita ayuda AHORA	4,533	2,444	8,409
Hubiera necesitado ayuda DURANTE	2,742	1,622	4,635
Hubiera necesitado ayuda ANTES	0,271	0,125	0,587
Consume Anfetaminas	3,100	0,979	9,820
Curso 1º	2,846	1,728	4,687
Curso 3º	3,045	1,860	4,985
<hr/>			
MODELO ayuda en Mujeres	Exp β (OR)	IC 95% para Exp β	
Necesita ayuda AHORA	4,689	3,331	6,600
Hubiera necesitado ayuda DURANTE	2,272	1,708	3,023
Utilizó ayuda DURANTE	0,489	0,324	0,738
Consume Ansiolíticos	1,560	1,146	2,124
Curso 1º	3,917	2,980	5,149
Curso 3º	2,836	2,158	3,727

Los chicos de tercero que necesitaron ayuda antes de empezar, piensa que aún la necesita y consume anfetaminas aglutinarían el máximo riesgo. No se identifica ningún factor protector.

En cambio, las chicas más vulnerables son de primero, consumen ansiolíticos y como sus compañeros creen que hubieran necesitado ayuda durante la carrera. Las que, de hecho, utilizaron ayuda durante la carrera han salido beneficiadas con una reducción del riesgo del 49%.

5.5.3.2 FACTORES SOCIOACADÉMICOS Y GHQ-28

A partir de los resultados anteriores, se decidió hacer directamente dos modelos, uno para hombres y otro para mujeres, cuantificando la fuerza de las asociaciones entre GHQ positivo y las variables socioacadémicas estudiadas.

Hay varios hallazgos comunes a hombres y mujeres:

- **la escala de Esfuerzo, dedicada a las dificultades encontradas en su experiencia hasta el momento de la encuesta con la carrera es el factor que primero y con mayor fuerza se incorpora a ambos modelos (coeficientes mayores de 3).**
- **La percepción de Logro (*aspectos positivos encontrados*) es un factor protector de la salud mental, lo cual es cuantitativamente más importante en las mujeres (diferencia >0,13)**

En los hombres se aprecia un mayor peso de la desilusión, o también llamado desajuste de las expectativas positivas con respecto a la carrera, que aumentan 2,25 veces la probabilidad de tener GHQ positivo; como factor protector secundario, se ha encontrado el tener expectativas negativas previas al comienzo de los estudios.

En las mujeres, la presión socioacadémica percibida (recordemos que era comparativamente mayor que la de sus compañeros) es el segundo factor de riesgo para el malestar psicológico. Como factor de protección aparece el estar satisfecha con las relaciones en el entorno universitario (con compañeros, profesores y PAS).

El detalle de los coeficientes de este análisis se puede ver en la tabla a continuación.

TABLA 29: MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA GHQ-28 Y FACTORES SOCIOACADÉMICOS, POR SEXO.

MODELO en HOMBRES		Exp (OR)	β	IC 95% para Exp β
ESFUERZO (negativo encontrado)		3,240	2,390	4,392
REP (razón expectativas positivas)		2,251	1,100	4,603
LOGRO (positivo encontrado)		0,584	0,355	0,959
Expectativas Negativas		0,772	0,604	0,987
Curso 1°		2,003	1,348	2,978
Curso 3°		1,842	1,234	2,750
MODELO en MUJERES				
		Exp (OR)	β	IC 95% para Exp β
ESFUERZO (experiencia negativa encontrada)		3,138	2,444	4,029
Presión percibida		1,053	1,029	1,077
LOGRO (+ encontrado)		0,453	0,366	0,559
Satisfacción Relaciones Universidad		0,748	0,625	0,896
Curso 1°		3,387	2,665	4,305
Curso 3°		2,804	2,218	3,546

Para las mujeres, este modelo alcanza valores predictivos mayores del 50% (VPPositivo = 56,3%; VPN = 77,8%), sin embargo son mucho peores para los hombres (VPP =27,3%; VPN =93,5%)

Se decidió descartar la posible confusión por curso, sabiendo que en un modelo general el sexo femenino tiene un mayor peso ya que representa el 73% del tamaño muestral. Y aparecieron algunos hallazgos más (véase Tabla 30), que se resumen a continuación:

- **Primer curso** tiene coeficientes menores que los demás, siendo la **variable protectora la percepción de logro** y aquellas que aumentan el riesgo la percepción de esfuerzo, la presión socioacadémica y el sexo femenino.
- **En tercero, aparece como factor protector la satisfacción con las relaciones universitarias, y como nuevo factor de riesgo, el desajuste de expectativas o desilusión** (razón de expectativas negativas) que aumenta la probabilidad de puntuar por encima de 5 en el GHQ28 de 1,6 a 4 veces. El esfuerzo se mantiene como factor de riesgo.

- Finalmente, **en sexto**, por un lado, las **diferencias entre hombres y mujeres se difuminan**; se **consolida la asociación entre Satisfacción relacional y menor probabilidad de malestar** psicológico, y destaca notablemente la importancia del desajuste de expectativas como factor de riesgo. Dicho en otras palabras, las y los **estudiantes “desilusionados” presentan 7 veces más riesgo de malestar psicológico en sexto curso**.

TABLA 30: MODELOS REG. LOGÍSTICA GHQ.28 Y FACTORES SOCIOACADÉMICOS, POR CURSO

PRIMER CURSO	Exp β (OR)	IC 95% para Exp β	
LOGRO (positivo encontrado)	0,933	0,918	0,949
ESFUERZO (experiencia negativa encontrada)	1,312	1,231	1,398
Presión percibida	1,043	1,010	1,076
SEXO FEMENINO	1,544	1,183	2,015
TERCER CURSO	Exp β (OR)	IC 95% para Exp β	
SATISFACCIÓN RELACIONES UNIVERSIDAD	0,746	0,580	0,960
REP (razón expectativas positivas)	2,790	1,653	4,708
ESFUERZO (experiencia negativa encontrada)	1,309	1,229	1,395
SEXO FEMENINO	1,521	1,126	2,054
SEXTO CURSO	Exp β (OR)	IC 95% para Exp β	
SATISFACCIÓN RELACIONES UNIVERSIDAD	0,602	0,446	0,814
REP (razón expectativas positivas)	7,174	3,683	13,974
PRESION SOCIOACADEMICA PERCIBIDA	1,095	1,061	1,130

Se hace pertinente, a la vista de estos resultados, un último análisis más detallado de la evolución entre las expectativas recordadas con anterioridad al inicio de, y la experiencia vivida en, la carrera. Para ello, se ha realizado un análisis de componentes principales, que estudia la agrupación en factores de los ítems contenidos en las dos preguntas gemelas; éstas se relacionaron a través de la Razón de Desajuste de Expectativas positivas, cuyos resultados acabamos de comentar.

5.5.4 ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS “EXPECTATIVAS PREVIAS” Y “EXPERIENCIA ACTUAL”

En una aproximación más cualitativa a las preguntas 3 y 4 del cuestionario socioacadémico, dedicadas a valorar las Expectativas previas con respecto a la carrera y la Experiencia actual, se realizó un análisis factorial con rotación Varimax para cada una de ellas. Cabe repetir aquí que cada pregunta difiere sólo en el encabezamiento y comparte el contenido de 20 ítems tipo Likert 1-4. Se realizó el análisis global y segregando por sexo.

Los resultados del análisis global se presentan a continuación, tabulados por orden decreciente de coeficientes (en cada factor). Se le ha asignado un nombre a cada factor que intenta resumir el tema o temas que tienen en común los ítems contenidos en él.

TABLA 31: ANÁLISIS FACTORIAL1: EXPECTATIVAS SOBRE LA CARRERA (N=3722)

Matriz de componentes rotados(a)	Componentes: NOMBRES según los ítem que la conforman		
	Aprendizaje Autorreflexión	Gremio Sanitario	Estatus o Poder
EXPECTATIVAS sobre la Carrera ANTES DE EMPEZAR			
Esperaban disfrutar	0,758	0,134	0,091
Esperaban aprender actitud humanitaria	0,732	0,178	-0,036
Esperaban desarrollo personal	0,723	0,161	0,077
Esperaban relaciones sociales	0,717	0,097	0,120
Esperaban adquirir habilidades	0,712	0,238	0,108
Esperaba ambiente universitario	0,675	0,045	0,158
Esperaba enriquecimiento intelectual	0,662	0,201	0,109
Esperaba adquirir conocimientos	0,638	0,224	0,075
Esperaba autoconocimiento	0,572	0,144	0,276
Esperaba adquirir capacidad profesional	0,537	0,290	0,338
Esperaba presión académica	0,138	0,048	0,117
Esperaba falta de tiempo	0,158	0,013	0,063
Esperaba competitividad	0,021	0,053	0,233
Esperaba tener que estudiar	0,429	0,173	0,015
Esperaba dificultad	0,354	0,175	-0,002
Aprender a cuidar de su propia salud	0,217	0,872	0,118
Conocer bien los servicios sanitarios	0,227	0,855	0,071
Aprender a velar por la salud de otros	0,284	0,851	0,036
Ganar dinero	0,165	0,093	0,850
Prestigio, reconocimiento social	0,216	0,063	0,819

Método: Rotación Varimax con Kaiser. Número de iteraciones para convergencia = 5. Varianza explicada >61%

Al estudiar el resultado de la pregunta ¿qué esperabas de tus años en la Facultad?, se podría entender que en el primer factor se agrupan, al ordenar los coeficientes de mayor a menor,

aspectos relacionados con el **carácter vocacional** de la Medicina (disfrutar, adquirir actitud humanitaria), con el aprendizaje, el desarrollo personal y la socialización universitaria. **Aspectos que incluyen la palabra “salud” o “sanitario”, se ven separados de lo anterior** conformando un factor por sí mismos. Aparte se agrupan ítems relacionados con el **estatus social** (prestigio y dinero). La misma estructura factorial se ha encontrado en el análisis por sexo y por curso.

TABLA 32: ANÁLISIS FACTORIAL2: EXPERIENCIA CON LA CARRERA (N= 3722)

Matriz de componentes rotados(a)	Componentes: NOMBRES según los ítem que la conforman		
	EXPERIENCIA ACTUAL de lo encontrado en la Carrera	Aprendizajes Desarrollo persona Gremio Sanitarios	Estatus Poder
Ha adquirido habilidades	0,668	0,050	0,164
Ha encontrado desarrollo personal	0,650	0,137	0,351
Ha adquirido conocimientos	0,648	0,017	0,137
Ha encontrado enriquecimiento intelectual	0,648	0,072	0,254
Ha aprendido actitud humanitaria	0,641	0,078	0,288
Ha aprendido a cuidar de su propia salud	0,627	0,446	-0,061
Aprendieron a velar por la salud de otros	0,605	0,523	-0,009
Ha encontrado autoconocimiento	0,556	0,285	0,158
Ha conocido y aprendido a usar con eficacia los servicios sanitarios	0,540	0,509	-0,005
Encontró presión académica	0,141	0,113	0,024
Encontró dificultad	0,166	0,078	0,153
Encontró que hay que estudiar	0,264	0,088	0,170
Encontró falta de tiempo	0,102	0,019	0,158
Encontró competitividad	0,126	0,271	-0,250
Piensa que va a ganar dinero	0,047	0,738	0,154
Ha encontrado prestigio	0,142	0,715	0,139
Ha adquirido capacidad profesional	0,549	0,561	0,014
Encontró ambiente universitario	0,095	0,105	0,843
Ha encontrado relaciones sociales	0,243	0,057	0,732
Disfrutar	0,386	0,135	0,710

Método: Rotación Varimax con Kaiser. Número de iteraciones para convergencia = 9. Varianza explicada >61%

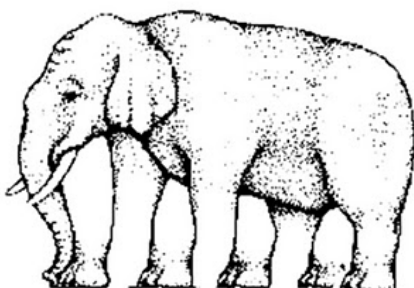
Como se puede observar en la tabla sobre la experiencia actual, se producen algunos cambios en relación con la agrupación factorial de las expectativas:

- incorporación de los ítems que contienen la palabra “salud” o “sanitario” al grupo de variables sobre aprendizaje y desarrollo, con coeficientes sensiblemente menores.
- incorporación del ítem **“adquirir capacidad profesional” al factor Estatus o Poder** (integrado inicialmente por las variables, “prestigio” y “dinero” exclusivamente).
- segregación en un nuevo factor de las variables más relacionadas con relaciones sociales y **“disfrutar”, el cual se separa de los aprendizajes y el desarrollo personal.**
- los coeficientes de la primera columna (aprendizajes y desarrollo personal) son sensiblemente mayores en la pregunta sobre expectativas, mientras que en el ítem “ambiente universitario, también se aprecia un aumento sustancial entre la primera y la segunda preguntas (incremento de 0,17).

Se realizó el mismo análisis exploratorio por estratos, encontrando tanto en mujeres como en hombres el hallazgo de que los ítems de contenido explícitamente sanitario (cuidar de su salud, velar por la salud de otros, conocer los SS. Sanitarios, Capacidad profesional) se asocian más claramente con Prestigio y Dinero (coeficientes entre 0,67 y 0,73). Dicha asociación prácticamente desaparece en cursos superiores, quedando tan sólo el ítem “capacidad profesional”. Mención aparte merece el ítem “Autoconocimiento”, el cual se comporta de forma diferente en hombres (en los que se asocia con disfrutar, relaciones sociales y ambiente universitario) que en las mujeres (en las que se asocia, en primero, a prestigio y dinero, con un 0,5).

En conclusión, se produce una huella de identidad al contestar a las mismas preguntas con la diferencia entre el antes y el después de convertirse en parte de la clase médica: el aprendizaje adquiere connotaciones directamente ligadas al sector salud, al tiempo que se registra una asociación entre la capacidad profesional y el estatus social, y se produce una separación del disfrute del hecho de aprender y convertirse en profesional, pasando a asociarse con aspectos más típicamente sociales y de ocio. Unido al conocimiento sobre la importante percepción de alta exigencia proveniente de la carrera, en forma de índice de esfuerzo, la existencia de una moderada desilusión con la carrera y una significativa insatisfacción con el profesorado.

6. DISCUSIÓN



Cuántas patas tiene este elefante?

*“Todo conocimiento conlleva el riesgo del error y la ilusión:
El mayor error sería subestimar el problema del error;
la mayor ilusión sería subestimar el problema de la ilusión.
El reconocimiento del error y la ilusión son tan difíciles
que entre ellos no se reconocen en absoluto.”*

Edgar Morín⁶⁹

6.1 DISCUSIÓN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS

6.1.1 LA MUESTRA

El volumen de la muestra es representativa de quienes estudiaron Medicina en la UAM durante el decenio 1999-2009; la razón de sexos también es representativa de la población de estudiantes de Medicina en el período estudiado (73% mujeres, 27% hombres). Este hecho aporta mayor solidez a los resultados encontrados, puesto que la inmensa mayoría de estudios encontrados se basa en muestras sustancialmente más reducidas.

Las prevalencias de malestar psicológico globales encontradas se encuentran dentro del rango de lo publicado sobre estudiantes de medicina en otros países: sustancialmente superiores a la de la población general equivalente, similares a las de otras carreras superiores de alta exigencia académica.

6.1.2 EL MALESTAR PSICOLÓGICO A LO LARGO DE LOS CURSOS

La insuficiente cantidad de individuos identificables con medidas repetidas hizo imposible el previsto análisis longitudinal, y por ello se ha hecho un intento de reconstruir esta perspectiva a nivel grupal, mediante la organización de la muestra en cohortes-clase. De este modo, se ha conseguido ilustrar, al superponer tres fotos fijas de tres cortes transversales, la progresión del

⁶⁹ Morín E, Vallejo-gómez TDM. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. INFORME UNESCO Paris, Francia; 1999 p. 71.

mismo grupo, de la misma clase, a lo largo de primero, tercero y sexto cursos. Los resultados de prevalencia de malestar psicológico indican, para los primeros cursos (1º y 3º), cifras muy superiores a las encontradas en una población equivalente en edad y nivel educativo (ENS 2006). Un hallazgo consistente es la reducción de la prevalencia de malestar psicológico en sexto curso a niveles análogos a los de la población general adulta española de 16-25 años, que son similares también a los de estudiantes mayores de 21 años de Cataluña, como población de referencia de análogo nivel educativo. Respecto a los estudios parciales realizados en el pasado (ver Apéndice XIII en pag 213), los cuales analizaban fragmentos de esta muestra, este trabajo aporta una perspectiva más global del fenómeno, ya que podemos estudiarlo a través del tiempo y observar cuáles son las variaciones más estables y relevantes y cuales menos. En este sentido, a la vista de los resultados de malestar psicológico, se podrían considerar como **cursos más vulnerables primero y tercero**:

La elevada prevalencia de alteraciones de la salud mental detectada en los primeros cursos (cerca del 50% en mujeres) nos hace pensar en que, tanto en primero como en tercero se producen **momentos de crisis**, llamémosle con esperanza “adaptativas”, que coinciden con dos momentos clave del proceso de forja de la identidad profesional: la **transición académica de primero (llegada a la Facultad) y la transición clínica de tercero (llegada al hospital)**. Superar con éxito estos cursos precisamente conlleva atravesar las primeras etapas de dichos procesos de socialización y adaptación.

En el análisis del malestar psicológico de los cursos primero y tercero, **las cohortes-clase parecen esbozar dos perfiles diferentes**: los grupos que pasan lo peor en primero y mantienen la prevalencia en tercero; y algún grupo que tiene prevalencia alta en primero, aún mayor en tercero, para normalizar las cifras de malestar agudo en sexto.

En cuanto a la “firma característica” del tipo de grupo que se maneja comparativamente mejor en la primera transición que en la segunda, lamentablemente en este estudio nos faltan elementos para saber por qué: podría especularse con varias ideas, como que la proporción de estudiantes con menos habilidades a priori para la clínica sea mayor en los grupos que dan más prevalencia en tercero, o el efecto beneficioso de otros múltiples factores, como alguna asignatura preparatoria (Comunicología Médica, OIDH o Psicología Médica), o años en los que hubo mejor coordinación de las prácticas hospitalarias o mejor (o peor) seguimiento de los tutores; o aspectos de ordenación académica que afectaron una mayor concentración de

evaluaciones o una menor cantidad de actividades alternativas para el relax o desfogue de la energía psíquica estudiantil.

Lo que sí parece un hallazgo concluyente, al pensar en una estrategia preventiva, es que conviene hacer algo por **intervenir antes de sexto**, parece que entonces es ya tarde, conviene “aprovechar”, quizás, los momentos críticos de primero y tercer cursos para facilitar que las y los estudiantes puedan recorrer ambas transiciones transformando las crisis en oportunidades de crecimiento.

Podría argumentarse que la **bajada de la prevalencia en sexto** respecto a cursos anteriores se debiera a una mejora objetiva de sus determinantes socioacadémicos, pero como se verá más adelante, esto dista mucho de ser así, más bien al contrario. Ello levanta la duda sobre si es correcta la interpretación de este resultado como una adaptación saludable a la circunstancia, o si por el contrario se puede considerar esa prevalencia más “normalizada” de GHQ positivo como un hallazgo paradójico, a la luz del preocupante panorama que dibujan el resto de indicadores socioacadémicos. Además, habrán de tenerse en cuenta las limitaciones del test GHQ28, que se analizan en la pag.165.

Esta interpretación es concordante con lo encontrado en un reciente estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, en el que el burnout estudiantil en 3º fue la mitad que entre los estudiantes de 6º curso (Galán et al 2011).

En vista de lo anterior, la necesidad de apoyo y seguimiento se inicia prácticamente al comenzar la carrera, aspecto en el que coincidimos con otros autores (Hassan et al., 2009).

6.1.3 EL PREDOMINIO DEL COMPONENTE ANSIOSO DEL GHQ28

A nivel global, en la muestra se detecta un mayor peso del componente ansioso de la mala salud mental, sobre otros como el ánimo depresivo. A partir de ello, se sugiere como nueva hipótesis que la alta prevalencia detectada de alteraciones con la ansiedad derivada del estrés académico como principal problema en etapas iniciales (pre-profesional), condicione el desarrollo posterior de otros problemas, como la depresión, el burn-out precoz o los comportamientos autodestructivos (asumir sobrecargas de trabajo, dificultades para encontrar momentos de descanso, autoprescripción de fármacos (u otras sustancias) para mantener el ritmo, entre otras opciones. En este sentido llama la atención en las mujeres que el **consumo**

de ansiolíticos (no necesariamente por prescripción facultativa) también aumenta la probabilidad de encontrar malestar psicológico 1,7 (1,3-2,2) veces, siendo una asociación que no demuestra necesariamente causalidad. Por el contrario, en el sexo masculino, de todas las sustancias posibles, emerge en solitario el consumo ocasional o habitual de **anfetaminas asociado a un aumento de riesgo de 3 (1-10) veces**.

Tengamos en cuenta que hay datos que indican que los médicos senior con problemas de adicción tienden a manifestar rasgos de vulnerabilidad ya durante su formación pregraduada (Marshall, 2008). Este aspecto se deberá tener en cuenta en las entrevistas de tutorización y servicios de apoyo para abordarlos precozmente y evitar su evolución morbosa en la etapa profesional.

De hecho, estudios con muestra de los primeros cursos coinciden en que la ansiedad destaca también como síntoma preponderante (Guthrie 1994; Dyrbye 2006; Thomas 2011; Gaensbauer 1980). Y en aquellos estudios sobre estudiantes de los últimos cursos aparecen con claridad la depresión y, sobre todo, el burn-out. En un reciente estudio en la Facultad de Sevilla la prevalencia de burn-out en sexto fue el doble que en tercer curso (Galán et al 2011). Sin embargo, a la luz de las limitaciones del muestreo expuestas más adelante, esta idea ha de tomarse con cautela.

6.1.4 EL CUESTIONARIO ORIGINAL Y LO SOCIOACADÉMICO

El cuestionario original sobre búsqueda de ayuda especializada y factores socioacadémicos tiene una gran consistencia interna con valores de Alfa Cronbach entre 0,74 para Ayuda Psicológica y 0,93 para Factores Socio-Académicos. Entre las subescalas socioacadémicas, destaca la de “expectativas-experiencia actual” en la carrera (Alfa Cronbach 0,94), que fue diseñada a partir del análisis de contenidos de preguntas abiertas. El análisis factorial de los ítems que la componen identifica cuatro factores en cada pregunta, y al considerar el estudio comparativo de los mismos, puesto que son combinaciones realizadas a partir de los mismos elementos, las coincidencias y diferencias en la composición de ítems de los factores generados por la rotación varimax resultaron francamente sugerentes. Hasta el momento, no se han encontrado estudios que valoren cuantitativamente las expectativas con respecto a la carrera de Medicina, la experiencia actual en términos de Logro, Esfuerzo, Desilusión o perfil identitario, y a la vez se interese por la dimensión de salud preguntando por la ayuda especializada. Consideramos, por tanto ésta una aportación original de este estudio, que con las

mejoras oportunas puede constituir un instrumento para obtener información útil en el diseño de programas de intervención.

Nuestro test de lo socioacadémico complementa otros cuestionarios enfocados en la calidad de vida de los estudiantes de medicina, como por ejemplo el test *Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)* sobre clima de aprendizaje elaborado por el grupo internacional de Dundee (Roff et al 1997), el cuestionario español de Estresores Universitarios de Peñacoba y Moreno (1999), o el desarrollado en Italia y utilizado en países nórdicos (Vitaliano et al 1989; Midtgaard 2008), que está centrado en aspectos psicosociales y obtiene información sobre episodios pasados que necesitaron atención psicológica, graduando la misma con un rango que va desde el apoyo informal hasta el ingreso hospitalario. Como novedad frente a ellos, las escalas sobre expectativas respecto a la carrera aportan información directamente relacionada con lo socioacadémico y con algunos componentes de la identidad médica estudiantil.

Hemos visto que las variables que presionan más a los estudiantes en primero son el cambio de facultad, los exámenes, la relación con los profesores y verse obligado a dejar actividades extracurriculares. Esto es concordante con lo encontrado en la literatura (Dyrbye 2006; Salanova 2010; Reed 2011; Murinson 2010; Genn 2001; Bìrò 2010; Baranda 2012; Mitchell 2005; Arzuman 2010; Fredericks 1967), y también con los resultados expuestos anteriormente. Por el contrario, entre los de sexto, lo que más agobia son factores relacionados con el plan de estudios, la tensión acumulada en cursos pasados, y las relaciones con el PAS. Todo ello tiene sentido si se piensa en que en sexto se tiene la experiencia de los cursos pasados, y ello facilita la visión en perspectiva necesaria para apreciar aspectos más sistémicos, como el plan de estudios o el entramado organizativo.

Un hallazgo curioso en el análisis de cohortes-clase es que las expectativas positivas recordadas aumentan a medida que el grupo avanza de curso, y así los de la misma clase recuerdan que esperaban “más” antes de empezar la carrera que ellos mismos en tercero o primero. Esto es sugerente de un mecanismo cognitivo de adaptación gracias al cual, a medida que se van superando las dificultades de la carrera (y consiguientes crisis), se compensa el esfuerzo con un modelaje positivo del recuerdo de los motivos que les hicieron optar por esta carrera: *“pensé que iba a ser muuucho mejor”*. **Por el contrario, la puntuación en la escala de expectativas negativas recordadas va bajando** a medida que avanzan los cursos, siendo las

diferencias 1^º - 6^º significativas, tanto en hombres como en mujeres. Siguiendo la misma lógica, este resultado es coherente con la idea del reencuadre cognitivo, en este caso se recuerda con menos intensidad la dificultad esperada: “no me lo esperaba tan mal”.

6.1.5 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las diferencias entre mujeres y hombres también son consonantes con gran parte de la literatura (Loureiro 2008; Löve 2009; Backovic 2012; Dyrbye 2006; Cerchiari 2005; Coelho 2007, et al), en la cual las cifras de prevalencia tanto de malestar psicológico (concepto más genérico), como de depresión y ansiedad, son mayores en mujeres. Se ha debatido sobre las características de género que podrían estar jugando un papel en dichas diferencias; hay trabajos que plantean cómo la cultura propicia en las mujeres el desarrollo de una mayor autocrítica, por una parte y, por otra, les permite e incluso fomenta una mayor expresividad emocional, y en consecuencia puede condicionar una manera diferencial de responder a los test sobre cuestiones personales. Lo dicho se podría utilizar para explicar en todo caso, parte de las diferencias, utilizando un argumento de género “a priori” en la manera de responder a encuestas de este tipo.

Sin embargo, este argumento de la diferencia de entre hombres y mujeres en el modo de contestar a las encuestas, que condicionase fuertemente los resultados en hombres y mujeres de prevalencia de distress se contradice con los resultados de otros indicadores, ya que en algunas variables de lo socioacadémico no aparecen diferencias entre sexos en ningún curso, mientras que en otras se repite el patrón de mayores diferencias en los primeros cursos que se reducen al llegar a sexto:

En todos los casos, son las mujeres quienes muestran un perfil más castigado: mayor Esfuerzo pero igual Logro, mucha mayor Presión académica pero igual satisfacción con las personas, mayores expectativas positivas y las mismas expectativas negativas que los hombres. La única excepción es la Saturación (desajuste de las expectativas negativas), que es mayor en todas las mujeres respecto a los hombres, pero más aún en las de sexto.

Nuestro estudio ha permitido apreciar claramente que algunas diferencias no se mantienen, sino que disminuyen hasta prácticamente desaparecer al final de la carrera. Este hallazgo da nuevos elementos para discutir que, en caso de atribuirse al género femenino una tendencia a

expresar su malestar mayor que el masculino, entonces las mujeres de sexto al comportarse igual que sus compañeros varones estarían saliéndose de ese patrón “típicamente femenino”, quizás como mecanismo de adaptación a un gremio fuertemente identificado con el prestigio moral y social, en el que los referentes senior más poderosos siguen siendo mayoritariamente hombres, al contrario que el recambio generacional de médicos españoles formados desde los años ochenta en adelante, cuando se invirtió la razón de sexos en la profesión⁷⁰.

Por otra parte, nuestros resultados coinciden con los de otros estudios, como el de Willcock et al. (2004) sobre burn-out en estudiantes, en los que se encontró que las diferencias se difuminan al llegar al último año (diferencias significativas en 4º en despersonalización que desaparecían en el último semestre de 6º).

Las mujeres muestran claramente menor grado de necesidad expresada en primero que los hombres ($p < 0,001$). La cuestión que emerge aquí es la del posible efecto del **rol de cuidadora** asignado tradicionalmente a la mujer, que en ocasiones dificulta seriamente la capacidad de autocuidado. Y ello trae consecuencias: en general, quienes no reciben ayuda pese a presentar malestar psicológico puntúan muy por encima del punto de corte en el test de screening. **Las mujeres reciben atención especializada con puntuaciones en GHQ28 significativamente mayores que los hombres, excepto en sexto.**

Da la impresión de que hubiera un cambio de conciencia más radical en la mujeres entre primero y tercero, mientras que los hombres van de una manera progresiva a lo largo de los tres cursos estudiados. Esto podría deberse a la adquisición de conocimientos sobre la propia salud y los recursos disponibles, y aunque no tenemos manera de comprobarlo, tendría sentido como parte de un proceso madurativo, por el cual el individuo aprende a identificar sus necesidades y actuar en consecuencia para satisfacerlas; en este caso necesidad de salud mental.

Además de algunos puntos comentados por encima anteriormente, otros aspectos diferenciales de interés para el sexo masculino, sobre los que este trabajo deja pendiente su discusión son:

- La variable con una asociación más fuerte en los hombres es el haber utilizado atención psicológica y/o psiquiátrica ANTES de empezar la carrera. Una variable que no aparece como relevante en el modelo femenino.

⁷⁰ Más información en <http://gangasmir.es>

- Aparece como variable “protectora” el que hubiera necesitado ayuda antes de iniciar la carrera, disminuyendo la probabilidad de un Goldberg positivo en un 73%.

6.1.6 LA AYUDA ESPECIALIZADA Y MALESTAR PSICOLÓGICO

Del total de estudiantes con GHQ + que afirman necesitar ayuda, resulta sorprendente que una amplia mayoría = 76,8% [268/349] afirma no estar utilizándola⁷¹.

*En general hay una gran inconsistencia entre la necesidad expresada y la utilización de ayuda; ésto es especialmente claro hasta tercero, para mejorar en el sexto curso, mucho más claramente entre los hombres con GHQ positivo (de casi un 80% al 34,8%). **Las mujeres permanecen en sexto con un alto grado de inconsistencia entre su necesidad expresada y la obtención de atención especializada (73,4%).***

Estos resultados, alineados con la literatura reciente (Brooks 2011; Dahlin 2011; Seritan 2012; Nuzzarello 2009; Rosta 2012; Cleary 2011), dan razones para creer que las y los estudiantes experimentan barreras para asumir su problema y para encontrar ayuda, muy similares a las de los profesionales en ejercicio (Henderson 2012). Dichas barreras podrían tener que ver también con el estigma asociado al deterioro de la salud mental (Chew-Graham 2003; Wallace 2012; Henderson 2012), Teniendo en cuenta esta perspectiva, y a la vista del consenso encontrado al preguntar a diversos grupos de estudiantes de varios cursos sobre el significado de NS/NC en estas preguntas, se postula la posibilidad de que la respuesta NS/NC se utilizara por parte de una mayoría con para expresar un “quizás pero no me atrevo a poner que sí”. Si sumamos los porcentajes de NS/NC a los del SI, en el desglose por cursos, veremos que las diferencias por sexo desaparecen en primer curso, se acrecientan en 3º y se definen en 6º, curso en el cual parece que las mujeres son aún más reticentes que los hombres a destapar sus problemas mentales.

Hay autores convencidos de que las características de la cultura médica tal y como la conocemos trae el problema añadido de que la búsqueda efectiva de ayuda es más compleja y dificultosa respecto a la población general (Linda 2008; Fiala 2004; Midtgaard 2008), ya que se superpone al estigma propio de la patología mental (Wallace 2012; Baldwin 1997), la

⁷¹ Chi cuadrado con significación <0,001

polaridad de la autoimagen profesional, que contrapone la identidad médica al rol de paciente (Henderson 2012).

Se han descrito **barreras intrapersonales** para una ayuda eficaz que provienen directamente de la identidad médica, factores psicológicos o psicosociales que suscitan sentimientos de culpa, vergüenza y temor a ser vistos como débiles o malos profesionales si admiten su sufrimiento (McKewitt et al 1997). Es duro para un médico “convertirse en paciente” (como si ello significase debilitar su identidad médica), y con frecuencia se encuentra gran resistencia a flexibilizar la propia identidad para cambiar de rol (Thompson 2001). Como se decía al inicio, podemos mirar la **dualidad médico-paciente como una polaridad al modo gestáltico** (Pearls 1976), que por esa identidad profesional tan fuerte, veta a la persona-médico el trasiego de un polo al otro, por considerar rígidamente su posición en dicha polaridad. Este fenómeno, siempre desde una óptica gestáltica, daría como resultado una profesión “neurótica”, que necesita de un despertar de la conciencia para integrar ambos extremos y poder sanarse. La integración saludable de dicha polaridad identitaria resolvería gran parte de las barreras intrapersonales para acceder a la ayuda, mejorar o mantener la salud, y como consecuencia, reforzar la calidad del trabajo médico.

Por lo visto en nuestros resultados, esta problemática está ya presente en la etapa de estudiantes, para una mayoría de ellos resulta difícil pedir ayuda (Vitaliano 1989; Dyrbye 2009; Chew-Graham 2003) y, en muchos casos, procuran ocultar el sufrimiento mental hasta que es incapacitante o se producen consecuencias objetivables, que aunque no trascienden a la opinión pública por repercusiones que pueden implicar acciones judiciales, sí que ejercen un impacto similar a varios niveles que en nada favorece la buena asistencia de aquellos estudiantes con problemas de salud más leves, antes bien, se favorece la perpetuación del estigma asociado al médico-estudiante enfermo. Todo ello limita sustancialmente el acceso tanto de médicos como estudiantes (Chew-Graham 2003; Nuzzarello 2004) al consejo médico, la atención clínica, y a la utilización de medidas preventivas y de promoción de la salud (Iversen 2009).

Además de la conciencia de necesitar ayuda, que aumenta la probabilidad de malestar psicológico 4,86 veces, destaca el que **los estudiantes que piensan que hubieran necesitado ayuda en un momento previo durante la carrera tienen aproximadamente 2,5 veces más probabilidades de tener malestar psicológico**. Por el contrario, parece que **haber utilizado ayuda durante los años de carrera previos** a la encuesta es **un factor protector**, reduciendo

el riesgo de presentar malestar psicológico en casi un 50%. Es decir, que los beneficios de revertir esta situación parecen claros ya que da la impresión por estos resultados de que cortarían el círculo vicioso (problema-estigma-inacción-agravamiento del problema).

Éste es un argumento en defensa de la utilización de ayuda especializada también para estudiantes; entendiendo por “especializada”, la atención que tenga en cuenta esta complejidad, junto a otros como la difusión de términos no estigmatizadores para definir las situaciones de riesgo y nombrar los recursos de ayuda. Sin duda, es necesario desembarazarse de la identidad de bata blanca, como describen algunos (Myers 2003; Bilodeau 2005; Henderson 2012), en la que no se puede dejar de lado el rol de médico para permitirse recibir el cuidado que necesite (Brooks 2011), en un ejercicio de profesionalismo y buena práctica, que es necesario poner en valor.

La bajada o insuficiente rendimiento académico se reconoce como factor de riesgo en el desarrollo de depresión o ansiedad en estudiantes de medicina, pero también puede ser una consecuencia de éstas u otras enfermedades psíquicas (Worley 1998 en Seritan 2012).

Coincidiendo con Brooks et al (2011), hay varias líneas de trabajo para revertir esta situación, como vamos a ver a continuación.

Tomado por autores anglosajones del personaje de la Odisea, el término “**mentoring**”, se acuñó recientemente (Alliott, 1996) – para denominar la tarea de un médico más experimentado que actúa como modelo del estudiante, proporcionándole apoyo y consejo, animándole a reflexionar sobre sí mismo, a afrontar las dificultades que se le van presentado al estudiante y orientarle para su desarrollo profesional (Iversen et al. 2009). En la UAM, esta figura no existía como tal en los años en que se recogieron los datos, pese a lo cual, de manera informal se daba este tipo de relación entre algunos compañeros de los últimos y los primeros cursos; sólo algún profesor promovía desde su cátedra a título individual dinámicas de este estilo⁷². En sintonía con esta idea, como equivalencia en nuestro contexto actual, disponemos en nuestro Plan de estudios vigente de la figura del Tutor. Pero hasta el momento no hay garantía de que a quienes ejercen de tutores tengan formación específica para acompañar a los estudiantes que tienen problemas, intervenir en una crisis para

⁷² Por ejemplo, en Psicología Médica funcionaron durante algunos años los “coordinadores de prácticas”.

aprovechar las oportunidades de crecimiento, aliviar el sufrimiento y minimizar las consecuencias negativas (Slaikie 1996).

Es interesante considerar como posibles mentores a otros estudiantes más experimentados, quienes con una adecuada capacitación y supervisión pueden desempeñar el rol de **mentores-pares**⁷³. Llamado en inglés *peer-mentoring*, tiene sus antecedentes en el entorno educativo con autores como Paulo Freire (Freire 1997). Los mentores-pares actúan como ejemplos positivos de alguien que ha pasado recientemente por las mismas situaciones y aunque no se han encontrado estudios de evaluación rigurosos aún, instituciones como el Dpto de Defensa de EEUU están planteando iniciativas en este sentido (Money et al 2011). Es una estrategia ya en marcha en algunas Facultades de Medicina (Holm 2010), y muy utilizada en promoción de la salud a nivel comunitario (por ejemplo, Murphy et al 2008), o con grupos de población específicos (Barry 2010), y se están aprovechando las nuevas tecnologías móviles para ello (Chomutare 2011).

Otras fórmulas propuestas incluyen **programas de acogida**⁷⁴ para los nuevos estudiantes (Coombs 1990), en donde se les pone al tanto de los riesgos psicosociales de la profesión y dónde encontrar ayuda; o la **capacitación específica a los miembros de la facultad** con mayor responsabilidad (Equipo Decanal y Dirección de los Departamentos), para que estén al tanto de los momentos críticos y perfiles de vulnerabilidad, y animarles a monitorizar la salud estudiantil. La concienciación ha de ir dirigida también hacia los obstáculos que existen en la búsqueda de ayuda – enfatizando que compartimos las mismas preocupaciones y haciendo explícito el problema del estigma para propiciar la búsqueda precoz de ayuda efectiva (Alliott 1996; Brooks 2011).

6.1.7 LA SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES UNIVERSITARIAS

Las respuestas que indican falta de satisfacción son más frecuentes a medida que avanza la carrera ($1^{\circ}<3^{\circ}<6^{\circ}$)⁷⁵, tanto con compañeras/os como profesorado y PAS. Hay mayor

⁷³ La formación consiste en habilidades de comunicación, conocimiento de los recursos disponibles, criterios para identificar personas en riesgo y pasos a seguir en ese caso.

⁷⁴ En algunos casos dichos programas se llaman “de inmersión” (induction programmes).

⁷⁵ En la muestra total, $p<0,05$ para Chi cuadrado en tablas de 2x2 segregando por cursos. Se hicieron análisis independientes para cada sexo.

malestar en la relación con profesores y PAS que en la relación con los demás estudiantes. Los **hombres de sexto** es el estrato que muestra mayores porcentajes de insatisfacción, tanto en la relación con los compañeros como con el profesorado.

Conviene recordar que, de entre todos los estudiantes con screening de malestar psicológico positivo, quienes presentan las medias GHQ28 más altas son, precisamente, los hombres de sexto. No hemos encontrado ninguna referencia a este subgrupo, pero consideramos estos hallazgos lo suficientemente sugerentes como para proponerlo como grupo vulnerable.

Además, al tiempo que la insatisfacción con los profesores va aumentando al avanzar la carrera, disminuye el grado en que la relación docente-discente afecta de forma negativa a la calidad de vida: en primero hay un 30% del total de mujeres a quienes la relación con el profesorado afecta negativamente (hombres alrededor de 23%). **Quienes dicen estar menos afectados, son a la vez quienes se muestran más insatisfechos, el estrato “hombres de sexto”.**

Lo anterior se puede interpretar como signo indirecto de maduración en el caso de una adaptación saludable, pero también recuerda a los de burn-out incipiente (síndrome en el cual se dan al mismo tiempo indiferencia o desinterés y fuerte insatisfacción). Sería interesante dilucidar en futuros estudios cuál de las dos explicaciones se corresponde más con la realidad. De los resultados discutidos sobre este aspecto, en combinación con las demás características diferenciales del último curso, se podría interpretar que hay cierta rabia en la población de sexto que sería conveniente analizar.

Otro aspecto que emerge como posible línea de trabajo, según referencias de otros estudios acerca de ello (Baldwin 1991; Heru 2009; Rautio 2005; Uhari 1994; Haglund 2009) es también la posible relación entre:

- las experiencias de trato abusivo o falta de respeto a la integridad humana del estudiante por parte de profesorado y personal más veterano⁷⁶,
- la normalización de la sobrecarga, más allá de lo razonable,
- y la generalización de las alteraciones y sufrimiento psicológico encontrados.

⁷⁶ Véase más en la sección sobre socialización médica, pag.71 y siguientes.

6.1.8 LA IDENTIDAD MÉDICA: COMPARACIÓN DEL ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS EXPECTATIVAS Y LA PERCEPCIÓN DE LOGRO

En la comparativa de análisis factoriales realizados a las escalas “Expectativas con la carrera” y “Experiencia Actual, se observó un ”mayor voltaje” en general de los coeficientes de correlación del ANTES respecto de AHORA. En la agrupación factorial de la experiencia actual, se producen algunos cambios en relación con la de las expectativas:

- incorporación de los ítems que contienen la palabra “salud” o “sanitario” al grupo de variables sobre aprendizaje y desarrollo, con coeficientes sensiblemente menores.
- incorporación del ítem “adquirir capacidad profesional” al factor Estatus o Poder (integrado inicialmente por las variables, “prestigio” y “dinero” exclusivamente).
- segregación en un nuevo factor de las variables más relacionadas con relaciones sociales y “disfrutar”, el cual se separa de los aprendizajes y el desarrollo personal

Esta diferente agrupación de factores entre el antes y el después de incorporarse al gremio médico, al compararse ofrece una imagen en movimiento de la transición del estudiante para ir adquiriendo la nueva identidad profesional. Lo cual se ha observado tanto en primer curso como en sexto, y con las particularidades ya mencionadas: el aprendizaje adquiere connotaciones directamente ligadas al sector salud, al tiempo que se registra una asociación entre la “capacidad profesional” y el “estatus social”, y se produce una separación entre la variable “disfrutar” y aquellas sobre “aprender” y “convertirse en profesional de la salud”, pasando a asociarse con aspectos más típicamente sociales y de ocio.

Lo anterior se observa invariablemente en todos los cursos, en mujeres y en hombres. Ello habla de una identidad definida desde los primeros meses de facultad y mantenida a partir de entonces. Estos hallazgos sugieren la hipótesis de que el estatus social asociado a la capacidad profesional como médico, se vive como compensación para aceptar el sufrimiento psicológico que hemos observado en nuestra muestra, pero al tiempo dificulta la toma de conciencia de los estudiantes acerca de su propio problema, y supone una barrera para la intervención precoz y obtención de ayuda especializada.

Los trabajos sobre salud mental médica que hablan de la influencia de la identidad (Arzuman 2010; Myers 2003; Fredericks1967; Brooks 2011; Henderson 2012;) en la dificultad de la clase médica para manejar sus propios problemas de salud, plantean la existencia de una fusión entre identidad personal e identidad profesional que impide al médico convertirse en

paciente y dejar la esfera de poder para exponer su vulnerabilidad. La profesión médica es responsable de emitir el “juicio” clínico, y existe aún un importante estigma que asocia erróneamente la patología mental con la necesaria pérdida de la capacidad de juicio. A ello se suma el que la socialización médica con frecuencia incentiva rasgos de personalidad perfeccionista (Henning 1998; Hamilton 2000; Seritan 2012; Yussof 2012), que en reacción a la cultura del éxito no hacen sino empeorar las posibilidades del estudiante de tratar sus preocupaciones y síntomas abiertamente, a medida que se va convirtiendo en “médico”.

6.1.9 OTRAS CONSIDERACIONES PARA PROFUNDIZAR

Un aspecto no estudiado pero que parece de gran interés es la influencia del éxito o fracaso en los exámenes sobre estas alteraciones de la salud mental, y si se nos permite generar una hipótesis, esta variable debería tener mayor relación con el desarrollo de síntomas depresivos que con la ansiedad no asociada específicamente al hecho de examinarse. La incorporación de información sobre expedientes académicos, número de convocatorias consumidas, y traslados de expedientes daría una serie de respuestas a algunos puntos que no es posible aclarar, como la relación entre salud mental, logro subjetivo y rendimiento académico, o considerar su peso como variable mediadora entre presión y satisfacción con las relaciones docente-discente. No cabe duda de que mejoras en los sistemas de información universitarios que hicieran accesibles estas variables, contribuirían notablemente a la necesaria profundización en el estudio de lo socioacadémico.

En la última década se han desarrollado herramientas para valorar aspectos ya no de malestar sino de salud psicológica, como los test de Sentido de Coherencia (Bìrò et al 2010; Jafari 2012) y otros derivados de la teoría de la salutogénesis de Antonovski, o las escalas de Resiliencia, o las de Salud Mental Positiva derivadas de la teoría del bienestar mental de Seligman. En un sistema de información que monitorizase la salud estudiantil, son perspectivas que conviene tener en cuenta, sobre todo si se quiere combinar la prevención con la promoción de la salud: así, trabajar sobre los recursos personales que las y los estudiantes poseen, como punto de partida para desarrollar otros que ayuden a prevenir riesgos y futuros problemas.

Por último, pero no por ello menos importante, los resultados de este trabajo plantean una serie de interrogantes para la investigación futura cuya respuesta no puede proporcionar el análisis estadístico de un test; vemos necesario incorporar el abordaje cualitativo en sucesivos estudios tanto observacionales como de intervención. Al cierre de este documento, está en

marcha un trabajo piloto que, siguiendo metodología cualitativa con estudiantes de sexto curso, tiene como objetivo profundizar en el discurso acerca de la salud mental, factores socioacadémicos e identidad médica y recoger la voz estudiantil acerca de estos aspectos.

6.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6.2.1 DEL TEST GHQ-28

Un aspecto que nos preocupa es la interpretación de la bajada de la prevalencia en el sexto curso. El General Health Questionnaire diseñado y validado por Goldberg y Hillian (1979) está pensado para valorar alteraciones de la salud mental relativamente recientes en pacientes que acudían a consultas de medicina general por otros motivos. Así lo especifican las instrucciones que acompañan al test, en donde se pide al sujeto que piense en su estado de salud en las últimas semanas. El manual de uso (Goldberg 1978) de este reconocido test orienta sobre ello, refiriéndose a por reciente a un período de, como máximo 6 semanas.

Puesto que nuestra pregunta de investigación inquiriere sobre la salud mental de los estudiantes en relación con los propios estudios de medicina, para quienes ya han superado la práctica totalidad de la carrera, es de esperar que la misma ya no se perciba como un riesgo agudo para su salud mental, con lo que estaríamos **infraestimando la proporción de estudiantes que podrían beneficiarse de algún apoyo psicológico en sexto..** Obviamente, aquellos malestares instaurados (bien intermitentemente o como continuo) desde hace más de un semestre, o incluso un año, el propio test no es capaz de visibilizarlos. En este sentido, estaríamos ante una **infraestimación de las alteraciones menores de la salud mental de duración superior a los dos meses.** Por otra parte, el **efecto acumulado de posibles crisis sucesivas** a lo largo de la carrera también queda infraestimado.

Una vez que la adaptación se ha producido y cristalizado en nuevos patrones de autorregulación emocional, cognitiva, comportamental y relacional, el GHQ no detectará malestar, y sólo permitiría averiguar si dicha adaptación es saludable o no dentro de márgenes de malestar psicológico crónico que sólo podrían salir a la luz, en todo caso, con una medición alternativa.

En parte, dicha infraestimación del malestar psicológico se podría amortiguar utilizando el modo de corrección alternativa al más extendido (corrección GHQ), el denominado CGHQ (Goldberg D 1978), que asigna un valor no neutral a las respuestas “no más de lo habitual”.

Dicha corrección alternativa debería considerarse en estudios sucesivos, en especial con estudiantes de últimos cursos.

6.2.2 DEL CUESTIONARIO ORIGINAL

El cuestionario elaborado por el equipo de investigación entre 1996 y 1998 es previo a la publicación de test como el Medical Students Wellbeing Index de Estados Unidos (Dyrbye et al 2010), el DREEM de Escocia (Roff et al 1998) que son instrumentos más específicos para la población de estudiantes de medicina, el primero más centrado en la parte de salud y el segundo en la de clima educativo. Nuestro test, si bien es muy mejorable, reúne preguntas sobre calidad de vida y salud, satisfacción y factores académicos. Desde 1999 se optó por mantener el instrumento para permitir la comparabilidad de las muestras anuales que se siguieron recogiendo siguiendo la misma metodología de muestreo. A raíz de esta investigación, se ha analizado el valor que aporta este cuestionario y también identificado sus carencias. Ello ha dado lugar a una revisión el presente curso académico 2012-2013, en el cual se ha lanzado una primera versión del cuestionario modificado, que intenta resolver algunas debilidades detectadas, como las que se comentan a continuación:

Ausencia de datos sociodemográficos importantes, como por ejemplo, la edad (suprimida en la versión 1.1), el régimen de vivienda (en núcleo familiar, en colegio mayor, independiente), la financiación de los estudios (familiar, beca, por sí mismo), si tiene familiares próximos al entorno médico, si compagina estudios con otras responsabilidades (laborales, familiares, voluntariado/sociales), el nivel educativo de la familia de origen, el territorio de procedencia, el estado civil-afectivo⁷⁷ o la robustez de las redes de apoyo social del estudiante. Estas variables podrían influir directa o indirectamente en los resultados del GHQ y también en las respuestas a este cuestionario, actuando como factores de confusión, por ejemplo con el curso, puesto que algunas de ellas son especialmente importantes para quienes estudian primer curso, mientras que otras lo serán para los del último año de carrera. En otros casos, podríamos estar obviando la interacción de estos factores con los aspectos psicosociales estudiados aquí.

⁷⁷ Civil-afectivo: se refiere aquí a la situación sentimental del estudiante, si tiene pareja o no; teniendo en cuenta la distribución etaria actual en esta población, lo anterior resultaría más relevante que el estado civil propiamente dicho, ya que no es frecuente otro que "soltero" en la mayor parte de los estudiantes de Medicina UAM, hasta la fecha.

El **grupo de ítem dedicado a las relaciones sociales en el ámbito universitario**, ha proporcionado algunas pistas sobre Al intentar construir un indicador agrupando y ponderando los seis ítems sobre relaciones los valores alfa de Cronbach no llegaban a 0,5. Por ello, se ha preferido dedicar más espacio a las partes más fiables del cuestionario, que por otra parte han dado de sí lo suficiente. Sin embargo, **queda pendiente el desarrollo de un instrumento más completo** que valore con la profundidad necesaria este aspecto clave, tanto para el desarrollo de la identidad profesional como en el mantenimiento de una aceptable salud mental estudiantil y futura.

Hay que corregir los fallos en la formulación de algunos ítems, en concreto de la primera pregunta del bloque C; ésta presenta una errata en el encabezamiento que, si bien se corregía verbalmente en el momento de pasar el cuestionario, es posible que aun así haya inducido a error en la interpretación de la pregunta.

6.2.3 DE LA MUESTRA

Hay pérdidas en el seguimiento a lo largo de los cursos a nivel grupal⁷⁸, que son menores del 30% entre primero y tercero, y del 10% entre tercero y sexto. Como las pérdidas a nivel individual son mayores de lo esperado, se decidió observar la evolución de los grupos denominados “cohortes-clase”. Se consiguieron reconstruir 4 cohortes-clase completas y 6 incompletas (con mediciones en dos de los tres cursos estudiados). Pese a haber obtenido unas buenas tasas de retención a nivel grupal, con pérdidas inferiores al 30% en la mayoría de estratos sexo-curso analizados, el panorama es menos alentador cuando nos aproximamos al análisis por cohorte-clase (o también llamadas, promociones académicas). De este modo, un insuficiente tamaño muestral en algunos subestratos ha impedido profundizar como estaba previsto en esta reconstrucción longitudinal, y no han podido enfocarse la mayoría de los análisis más que como estudio transversal, con las limitaciones que ello conlleva, quepa mencionar como principal la imposibilidad de calcular Tasas de Incidencia ni establecer relaciones causa-efecto (Rothman 2008). Por tanto, hemos de aproximarnos a los resultados ofrecidos con la cautela propia del nivel de evidencia que proporciona este tipo de estudios.

⁷⁸ Pueden consultarse las cifras exactas en la primera sección del capítulo de resultados: 1589 de 1º; 1117 de 3º; 1016 de 6º

Es cierto que dicho estudio transversal ofrece un volumen de datos y cantidad de información valiosa apropiada para este trabajo de tesis doctoral, ya que los transversales sí pueden determinar asociaciones entre variables, estimar Odds Ratio y generar hipótesis. (Rothman 2008)

Falta de control del sesgo de no respuesta: Las características del procedimiento de muestreo (oportunisto, cumplimentación voluntaria), y la circunstancia de falta de recursos para la investigación durante la mayor parte de los cortes transversales, hicieron del todo imposible la recopilación de información para conocer las características de los no respondientes, y así poder controlar este sesgo. El que sea un mal muy común en bastantes de los estudios publicados sobre el tema⁷⁹, más que consolar, anima a plantear la necesidad de diseños que, previendo la posible infraestimación derivada de ello, ponga algún remedio. El disponer de recursos para ello se considera prioritario, ya que precisa de un rastreo activo de los números de expediente desaparecidos. También sería de gran utilidad el disponer de datos sobre la retención de estudiantes en los sistemas de información de la Facultad.

Por tanto, no se han podido estudiar las características de los no respondientes (porque no estaban en clase el día del muestreo, por ejemplo), que han ocasionado pérdidas tanto de la muestra inicial como en el seguimiento: estamos ante un **sesgo de selección** (autoselección), en el que las razones para no responder que tuvieran que ver con alguno de los aspectos estudiados conducirían a una **infraestimación de la mala salud mental estudiantil**. En concreto, dado que el muestreo se realizó en horario lectivo y dentro de las aulas, a continuación de una clase teórica, dicho sesgo podría estar infraestimando preferentemente la proporción de estudiantes con síntomas depresivos u otras alteraciones que se acompañen típicamente por anergia o presencia de alteraciones de la conducta de tipo evitativo, como la falta de asistencia a clase, por ejemplo. Ello nos hace interpretar con gran cautela el resultado de la predominancia del componente ansioso, ya que ésta alteración es más compatible con asistir a clase y contestar a la encuesta.

Esta situación en principio es preferible de cara a evitar alarmas innecesarias, pero no debe olvidarse su corrección en sucesivos estudios, ya que estamos tratando de valorar un problema de salud que tiende a infradetectarse también por otros motivos, como por ejemplo el carácter

⁷⁹ Véase la sección "Investigación en Salud mental de estudiantes de medicina", en pag 78-80

estigmatizante de los diagnósticos de salud mental entre la clase médica (Wallace 2012; Chew-Graham 2003; Baldwin 1997; Linda 2008).

6.2.4 DEL ANÁLISIS

El intento de analizar los seguimientos individuales, si bien habría ofrecido la verdadera perspectiva individual, fue desmoralizante, con pérdidas superiores al 50% al considerar dos mediciones a lo largo de la carrera, y aún mayores al dejar sólo los individuos con tres medidas. Lo anterior aconsejó considerar el estudio como transversal, de ahí los análisis que al final se han llevado a cabo y que se han presentado anteriormente como resultados. Solamente en la determinación de prevalencia de malestar psicológico, se han ofrecido los resultados por cohortes clase en su totalidad. En el resto de variables analizadas se ha puesto algún ejemplo o se ha referido al apéndice correspondiente que recoge las tablas de cohortes-clase completas.

Aunque el volumen de la muestra es reducido en los estratos de hombres, se recomienda realizar el análisis de los seguimientos para los que se tienen datos, aspecto que habría sido deseable incluir en este estudio, pero que ha quedado pendiente. Ello no obsta para que se realicen en un futuro próximo y puedan arrojar nueva luz sobre los resultados aquí presentados.

En definitiva, dadas las restricciones encontradas para un análisis longitudinal como se esperaba y hubiera sido deseable, se optó por aprovechar el volumen de la muestra en su totalidad para realizar la validación del cuestionario original y probar los indicadores diseñados a partir de éste.

7. CONCLUSIONES



- 1.1. A la luz de los principales resultados, queda claro que hay una alarmante proporción de estudiantes con problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres, que en su inmensa mayoría no tienen conciencia de ello y muy pocas acceden a atención especializada.
- 1.2. Las escalas e indicadores creados a partir del cuestionario original sobre búsqueda de ayuda especializada y factores socioacadémicos, tienen fiabilidad y consistencia interna, con valores de Alfa Cronbach entre 0,74 para Ayuda Psicológica y 0,93 para Factores Socio-Académicos.
- 1.3. Gracias a este cuestionario, se ha podido ver que estos estudiantes soportan de forma sostenida una elevada presión académica (que aumenta con el curso), sienten que los esfuerzos superan a los logros y se encuentran moderadamente desilusionados con la carrera (sobre todo al inicio) e insatisfechos en sus relaciones con profesorado y PAS; dicha insatisfacción aumenta a medida que avanzan los cursos.
- 1.4. El análisis factorial de los ítems que componen las escalas de “Expectativas positivas” y “Logro - experiencia actual” en la carrera (Alfa Cronbach 0,94) identifica cuatro factores en cada pregunta, y al considerar el estudio comparativo de los mismos, puesto que son combinaciones realizadas a partir de los mismos elementos, las coincidencias y diferencias en la composición de ítems de los factores generados por la rotación varimax resultaron francamente sugerentes: los estudiantes desde el primer curso, dejan de asociar el disfrutar con aprender y desarrollarse, a cambio de adquirir una nueva identidad médica, ligada al prestigio social y la competencia profesional.

- 1.5. Se han podido identificar como factores protectores de la salud mental estudiantil, en primer lugar, la percepción de logro y el recibir algún tipo de ayuda, lo que es importante para ambos sexos. Se podría trabajar también en la reducción de la presión socioacadémica y sobreesfuerzo encontrado en las mujeres, o el reajuste en las expectativas de los hombres, cuya piedra de toque es la desilusión.
- 1.6. Aunque no resulta exhaustivo, para ilustrar los principales hallazgos de esta investigación, se podría trazar, a modo de resumen, un ejemplo de **perfil de vulnerabilidad**, al describir al subgrupo formado por las **mujeres de primero**:

“La mujer de primero tiene de 3 a 5 veces más riesgo de tener malestar psicológico que el resto de sus compañeros. Sufre una presión académica alta (al 60% en época libre de exámenes), articulada en torno a la falta de tiempo, la exigencia académica, la tensión con los exámenes o el abandono de los hobbies. Sus expectativas con respecto a la carrera de Medicina son altas, y lo que se ha encontrado le desilusiona más que a otros estudiantes (es el subgrupo con mayor desajuste de expectativas). Aproximadamente la mitad no se encuentra satisfecha con las relaciones con profesores y PAS, y al 30% la relación con profesores le afecta negativamente a su calidad de vida. Su valoración de los logros alcanzados se encuentra muy por debajo de su percepción del esfuerzo que le está costando (un 33% más). Casi un 49% de las chicas de primero sufren de malestar psicológico, y de ellas menos de un 4% utilizaba alguna ayuda especializada en el momento de la encuesta. El 82% ni siquiera creían necesitarla. Es más probable que una chica de primero sufra malestar psicológico si percibe mucha presión académica, tiene baja satisfacción con los profesores, cree necesitar ayuda o toma ansiolíticos. Y como factor protector de la salud mental de las chicas de primero, la percepción de logro es el más importante, con un peso superior a 0,9.”

1.7. Adicionalmente a los principales hallazgos y resultados comentados, se pueden enumerar otras contribuciones de este trabajo de investigación:

- Se propone el **término “factores socioacadémicos”** como determinante social distal de la salud mental. Se han diseñado y validado una serie de indicadores para medir algunos de ellos, como la presión académica, o el desajuste de expectativas.
- Se confirma la fiabilidad del test GHQ-28 para población de estudiantes de medicina españoles.
- Se realizan en el capítulo de recomendaciones varias Propuestas al Decanato para investigación, docencia y desarrollo de intervenciones en el marco de UAM Saludable.

Además, esperamos haber proporcionado una serie de elementos para la reflexión desde un enfoque integral de promoción de la salud, que permitan plantearse nuevas hipótesis sobre la epidemiología y la promoción de la salud mental en el pregrado.

8. RECOMENDACIONES

- I. En primer lugar, la **estrategia de promoción de la salud mental**, mediante acciones de prevención primaria, engarzadas en los sistemas y procedimientos habituales para el funcionamiento de la Facultad, por ejemplo:
 1. Potenciar contenidos y metodologías docentes que refuercen los aspectos más vulnerables del estudiante medio. Ya hay algunas experiencias exitosas en el ciclo preclínico que se pueden aprovechar como punto de partida, como los Seminarios de Psicología Médica, y se podrían desarrollar otras en todas las titulaciones y a diferentes niveles. Además, la convergencia entre competencias genéricas del Plan de Estudios y algunos factores protectores de la salud mental⁸⁰, son un escenario ideal para que a través de actividades curriculares, cumpliendo las directrices de Bolonia, se puedan desplegar iniciativas que potencien el desarrollo de dichas competencias mientras se promueve la salud mental de nuestros estudiantes.
 2. Incorporar al Plan de Acción Tutorial de los cursos clínicos la perspectiva de promoción de la salud mental, proporcionando capacitación *ad hoc* a todos los tutores y tutoras. La inversión necesaria en formación de formadores estaría justificada por la reducción de las tasas de malestar psicológico, al tiempo que se cumple con los objetivos de calidad del Plan de Estudios.
 3. Desarrollar un programa de acompañamiento a tutoras y tutores, especialmente en primero para el ciclo básico y tercero para tutorías clínicas. Este programa se servirá de los datos del sistema de vigilancia en salud mental, para orientar sus objetivos, actividades y metodologías. De esta manera, gracias a la monitorización de la población de estudiantes, se podrá orientar a tutoras y tutores sobre los aspectos a reforzar. A su vez, se acordará un grupo de indicadores para evaluar tanto el proceso como los resultados.

⁸⁰ Entre las Competencias Genéricas que deben desarrollarse a lo largo de la carrera de Medicina, según el Plan de Estudios Bolonia, se encuentran algunas como el liderazgo (empoderamiento), las habilidades de comunicación y resolución de problemas, la capacidad de análisis y síntesis o el trabajo en equipo.

4. Poner en marcha un sistema de supervisión de casos complejos, accesible para todo el staff (PDI y PAS), coordinado desde el Dpto de Psiquiatría y al que se puedan realizar consultas on line⁸¹ y presenciales. De este modo, aquellos tutores que lo necesiten podrán contar con apoyo y consejo experto ágilmente. Se podría articular con un sistema de intervención en crisis y primera respuesta, en el cual los tutores actuarían como detectores y primeros respondientes.

Para implementar esta estrategia poblacional (de promoción de la salud), se necesitaría una mínima estructura de recursos humanos y materiales para llevar todo esto a cabo. Sin duda, sería conveniente realizar el análisis económico de estas propuestas, comparándolo con los actuales costes sanitarios y de responsabilidad social de este problema. En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**”, se sintetiza una primera propuesta de temas a trabajar con las y los estudiantes, que aprovecha lo aprendido con este trabajo. Se propone elaborar una **Guía para Tutores y responsables en Educación Médica**, desarrollando éste y otros materiales metodológicos y didácticos, como complemento a la capacitación y herramienta de consulta.

- II. En segundo lugar, la **estrategia de alto riesgo**, centrada en estudiantes más vulnerables, que fueran identificados a través del perfil socioacadémico y los resultados GHQ28 de malestar psicológico. Se propone aquí continuar con la prevención secundaria mediante este screening de salud mental, sólo que añadiéndole una dimensión de intervención, al incorporar la derivación de los test positivos a una entrevista motivacional⁸² para profundizar en el diagnóstico de salud mental, todo ello en coordinación con las tutoras y tutores. En ella, se facilitaría que el estudiante exprese sus preocupaciones en una atmósfera de respeto, confidencialidad y acogida. A través de una intervención educativa se proporcionaría al estudiante ayuda para el reencuadre del problema y refuerzo de sus recursos personales; con esta entrevista motivacional, se podrá mejorar el acceso a los servicios de apoyo disponibles, tanto dentro como fuera de la universidad. En resumen, desarrollar una intervención con los estudiantes más vulnerables para, una vez identificados por los tutores, facilitarles una

⁸¹ Para ello, se debería aprovechar la funcionalidad de Moodle, tanto en los módulos generales de la UAM como especialmente en la intranet de la Facultad: Facultad de Medicina de la UAM
<https://medicina.fmed.uam.es/facultad/>

⁸² Entrevista Motivacional: técnica ampliamente utilizada para trabajar individualmente hábitos de vida saludables.

primera oferta de apoyo y derivar ágilmente los casos candidatos a beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica.

- III. En tercer lugar, hay que **continuar investigando**, tanto en los estudiantes de pregrado como entre los de postgrado, la mayoría de éstos últimos son médicos en ejercicio profesional. **La salud médica es un área de conocimiento en expansión**, y queremos estar ahí. Se propone aquí revisar los instrumentos de medida, utilizando metodologías participativas y reconsiderándolos a la luz de los avances en éste área de conocimiento en la última década. Se propone organizar un grupo de trabajo interdisciplinar y representativo de la comunidad universitaria que incluya a una nutrida representación de estudiantes, para planificar los siguientes pasos de las investigaciones y orientar el diseño de un **Sistema de Vigilancia Epidemiológica** basado en la experiencia adquirida, que incluya mejoras como las siguientes: incluir más variables de determinantes sociales, implementar un cuestionario online, aumentar a 5 las medidas repetidas⁸³, control sistemático del sesgo de no-respuesta, medidas de evaluación de las intervenciones existentes y también las nuevas propuestas en esta tesis, entre otros. Se propone coordinarse y sinergizar con los sistemas de información de la Facultad y la Universidad Autónoma, por ejemplo, compartiendo datos del decanato sobre rendimiento académico y alumnos con beca, entre otros.
- IV. Además, para garantizar la sostenibilidad de las investigaciones, se propone **ofertar créditos de Iniciación a la investigación en salud mental médica** con objetivos a varios niveles: por una parte promoviendo excelencia investigadora, mediante la incorporación precoz de estudiantes a proyectos de investigación maduros; por otra, facilitando un espacio de reflexión y desarrollo de recursos personales, como las habilidades de comunicación interpersonal, la autoestima, la cooperación o la resiliencia, en otro bucle hacia la prevención primaria. En un tercer nivel, como parte de la metodología de participación y escucha al estudiantado, se establecería un clima de confianza y solidaridad en el aula, que permitiría abrir un espacio para la detección precoz de estudiantes en crisis, y potencialmente es un nicho muy interesante para la llegar a perfiles de estudiantes de más difícil acceso por otras vías. Y en último lugar, la línea de investigación dispondría de ideas frescas y fuerza de trabajo para seguir avanzando y

⁸³ Medidas repetidas para poder hacer un seguimiento más individualizado (estudio de cohortes): se propone realizar un screening basal (T0) coincidiendo con la matrícula de 1º, T1 a la mitad del segundo semestre en 1º, T2 en S1 tercero, T3 en S2 de 3º y T4 a mitad del S1 de sexto. Es posible que los instrumentos de medida incluyeran distintos test en distintos momentos, con la constante del screening de salud mental.

desarrollándose. Como ejemplo paradigmático de experiencias exitosas ya en marcha, quepa mencionar el Congreso de Medicina Preventiva y Salud Pública, que organiza anualmente el Dpto. correspondiente desde hace más de 25 años.



Fuente: Woodard, G., B., McLean, S., Green, K., Moore, M., Williams, S. *Health Promotion Capacity Checklists: A Workbook for Individual, Organizational and Environmental Assessment*. University of Saskatchewan, Canada 2004.

- V. Y ya para concluir, se propone la **participación activa en el trabajo en red**, a través de reuniones para aunar estrategias, docencia e investigación conjuntas, intercambio de expertos y buenas prácticas con otras universidades del planeta, y demás actividades que tienen que ocurrir para que el **Programa Universidad Autónoma Saludable** pueda desarrollarse, y convertirse en otro buen exponente de la calidad de esta casa, la UAM, que destaca ya en muchos aspectos dentro del panorama de nuestra enseñanza superior española e internacional. No olvidemos que el Programa Universidad Saludable proviene de la Organización Mundial de la Salud, quien contribuye con sus directrices y apoya el desarrollo del programa en los distintos países.

Estas recomendaciones, con las lógicas adaptaciones a la idiosincrasia particular de cada caso, se podrían extender a todas las titulaciones de la Facultad, con especial énfasis en Enfermería, por su relevancia y su gran volumen de estudiantes. Un reto por abordar es la formación en trabajo interprofesional, y si se decidiera apostar por ella, se hace necesario encontrar tiempos y espacios durante la formación en los que el estudiantado de Medicina, Enfermería y demás titulaciones trabajen juntos en el mismo aula y formen equipos. Los resultados de la inclusión de estas iniciativas, es de esperar que, a largo plazo, mejoren la salud médica local, y si se desarrollasen y evaluaran rigurosamente, facilitarán en quienes se forman en la UAM en Ciencias de la Salud, una vida profesional saludable y más eficiente.

Algunas ideas que amplían y complementan lo propuesto mediante ejemplos concretos de los aspectos a trabajar pueden leerse a continuación.

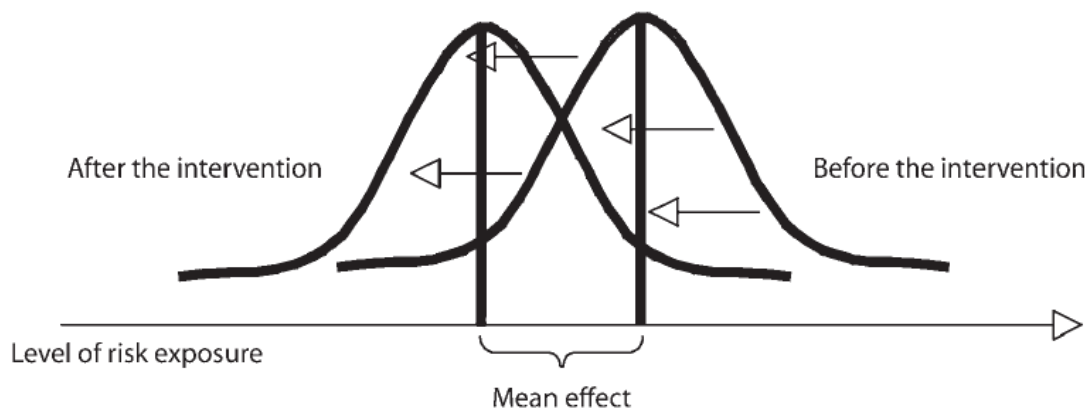


ILUSTRACIÓN 26: EFECTO HIPOTÉTICO DE UNA INTERVENCIÓN CON ENFOQUE POBLACIONAL.
Fuente: Rothman et al (eds.) 2008.

8.1 TEMÁTICAS CLAVE PARA EL TRABAJO CON ESTUDIANTES.

Teniendo en cuenta lo aprendido con este trabajo, se perfilan como temáticas clave para promover la salud mental en la población de estudiantes de Medicina, las siguientes, entre otras:

1. Aunque sea muy común sufrir malestar psicológico, no es algo inevitable ni irrelevante, ni aceptable: aunque estar agobiado **sea normal, eso no lo convierte en saludable**. Es posible considerar muchas veces estos sufrimientos como crisis del desarrollo, en ocasiones necesarias para alcanzar aprendizajes existenciales; en cualquier caso, son

importantes oportunidades de adquirir nuevos recursos personales, por ejemplo para manejar la carga de trabajo de la carrera, y también quizás puede repensarse si hay alguna alternativa desde ordenación académica, y desde la actitud general hacia las evaluaciones, que permitiera **regular la presión** marcada por las reglas del Plan de Estudios.

2. Al llegar a la carrera empieza la construcción de una parte de la identidad, la ligada a la profesión. Pero es importante recordar que cada persona vale por sí misma, no por el prestigio de la profesión que ejerce ni por sus logros académicos. Sin embargo, en este proceso de transición puede ser beneficioso **reajustar las expectativas previas sobre la carrera** al igual que habrá que reajustar algo de nuestra autoimagen.
3. Como clave de una nueva identidad, se propone hacer énfasis en un profesionalismo que lleva a ejercer de forma ética la responsabilidad de cuidar de la propia salud. Asociar con la nobleza y la buena práctica el **saber identificar la necesidad de ayuda para sí y actuar en consecuencia**, puede favorecer la búsqueda activa de apoyos (que además deberían estar disponibles). Además, es necesario trabajar desde una definición del problema y de la intervención que esté **lo más libre posible de connotaciones estigmatizadoras**, contando con el hecho de que aún la salud mental está bajo la influencia de una visión y modelos de salud anticuados, y hay muchas ideas erróneas vigentes sobre lo que significa. La evidencia disponible, al igual que los resultados de este estudio nos muestran claramente que recibir ayuda es efectivo.
4. Una de las mejores vacunas contra el sufrimiento mental es la percepción positiva de LOGRO, que sobre todo en el principio de la carrera supone una pieza fundamental. Se deben propiciar experiencias en las que el esfuerzo de los estudiantes se vea compensado con el logro, y es importante que los docentes y responsables de la Facultad **cultiven la percepción de los logros** de las personas y de la organización, por ejemplo señalándolos y haciéndolos visibles para todos sus miembros.

En la página siguiente se esquematizan estas ideas-fuerza y algunas más, que tienen en cuenta lo que hasta ahora sabemos sobre los riesgos del entorno socioacadémico para la salud mental de los estudiantes, durante su formación en la Facultad, pero también con la idea de evitar problemas futuros en su vida profesional.

Se han organizado según se refieran más a la esfera individual del estudiante (Nivel Intrapersonal), a las relaciones e interacciones con la comunidad universitaria (Nivel Interpersonal), o a mecanismos y recursos de adaptación al medio (Nivel Adaptación).

IDEAS FUERZA para guiar el trabajo preventivo con estudiantes de Medicina

(vacunas para mantener una salud mental aceptable)

Sobre todo al empezar la carrera:

Intrapersonal:

- RECOLOCACIÓN AUTOIMAGEN/Autoconcepto, al integrarse al grupo preprofesional.
- REAJUSTE DE EXPECTATIVAS acerca de lo que es y lo que no es la carrera (VACUNA ANTI-DESILUSIÓN), ayudando a encontrar compensaciones al esfuerzo más allá del prestigio gremial.

Interpersonal:

- Promover una cultura más responsable con la necesidad de ayuda, informando sobre los recursos de fácil acceso y las figuras de referencia.

Adaptación:

- GESTIÓN DEL TIEMPO: se necesita poner en práctica o desarrollar habilidades de organización.

Especialmente importante a medida que se progresa de 1º a 6º:

Intrapersonal:

- CONOCER-SE (el ciclo vital del médico, auto-observación, detectar necesidades de aprendizaje para buena integración)
- TRABAJAR-SE (inteligencia emocional, acciones para desarrollar los aprendizajes necesarios)

Interpersonal:

- Cultivar las RELACIONES, tanto con compañeros, como profesorado y PAS.
- Relaciones de apoyo mutuo en relación directa con demandas curriculares como el trabajo en equipo.
- Aprender a hacer sinergia.

Adaptación:

- IDENTIFICAR MOMENTOS CRÍTICOS, prepararse para ellos y no vacilar en PEDIR AYUDA.

De modo transversal, a todos los niveles, prestar atención al LOGRO como recurso de resistencia:

Intrapersonal:

- Desarrollar la percepción de logro como mecanismo de MOTIVACIÓN INTRÍNSECA.
- Cultivar la capacidad de valorar el logro propio y ajeno.

Interpersonal:

- Promover una cultura que, sin dejar de lado la exigencia, visibilice y señale las experiencias de logro como tales, cuanto más precozmente, mejor.
- Fomentar la reflexión sobre la importancia de relativizar la influencia del logro en la autoestima.

Adaptación:

- Potenciar la planificación de las tareas por objetivos factibles que garanticen el progreso.

APÉNDICES

Burn-out: síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo). Pocos cuestionan que el estrés derivado de la realización del trabajo es una de las principales causas de enfermedad laboral y de absentismo, y que da origen a multitud de accidentes. La prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, susceptibles de generar estrés, y de los accidentes laborales, ha cobrado creciente importancia en España, en particular a partir de la aprobación de la Ley 14/96 de Prevención de Riesgos Laborales, en 1996.

Comunidad de práctica (CoP): Una Comunidad de Práctica es, según los antropólogos cognitivistas Jean Lave y Etienne Wenger⁸⁴, un grupo de gente que comparte un oficio o profesión. Dicho grupo evoluciona de forma natural según se oriente el interés común de sus miembros en un área o dominio concreto, o bien puede crearse con el fin específico de profundizar en el conocimiento de algún aspecto relacionado con su campo profesional. Los miembros del grupo aprenden los unos de los otros a través del proceso de compartir información y experiencias, y así tienen la oportunidad de desarrollarse personal y profesionalmente. Las CoP pueden también existir en entornos virtuales, en paneles virtuales de discusión y grupos de noticias (newsgroups), entre otros; al igual que en entornos presenciales, como las mesas de los pasillos y espacios comunes de la facultad, o las salas de médicos, de residentes o de enfermería de un hospital, o cualquier otro espacio de encuentro e intercambio. Las Comunidades de Práctica no son un fenómeno nuevo: este tipo de aprendizaje ha existido desde que las personas llevan aprendiendo y compartiendo a través de sus conversaciones y relatos (storytelling).

Esfuerzo: podría decirse, “esfuerzo académico”, puesto que esta escala valora la experiencia de dificultad, competitividad, falta de tiempo para responder a las demandas del currículo, incluyendo un ítem denominado “presión académica”. Es una escala parcialmente similar a la que en otros trabajos** se describe como “Sobrecarga académica”. Se contrasta con la escala de expectativas negativas.

Factores socioacadémicos: concepto acuñado en el presente trabajo, que se utiliza para denominar el conjunto de aspectos que son propios y característicos del entorno universitario y su organización social. Incluye varios niveles que van desde lo más estructural a lo más intersubjetivo:

⁸⁴ Lave J y Wenger E. *Situated Learning*. 1991. Estos autores han sido reconocidos internacionalmente por su contribución al acuñar este término y desarrollar su modelo teórico. Etienne Wenger recibió el año 2010 el doctorado honoris causa por la Universidad de Brighton en el Reino Unido en reconocimiento a su labor de difusión del concepto en su obra *Communities of Practice* de 1998.

- Estructural o macro, afectan por igual a todas las facultades y escuelas: los sistemas de gestión (matriculaciones, certificaciones etc), las políticas universitarias en especial de ordenación docente), sistemas de representación y canales de participación de los diferentes actores de la comunidad universitaria.
- Sistémica o meso: organización de planes de estudios, sistemas de admisión y convalidación, evaluaciones, procedimientos de tutorización, supervisión o seguimiento
- Interpersonal o micro: clima relacional dentro y entre estamentos (estudiantes, PDI y PAS), percepción y satisfacción individual con las relaciones dentro del contexto universitario.

En este trabajo solamente se aborda un número muy limitado de factores socioacadémicos, pero entendemos que el concepto puede ser útil para sucesivos estudios sobre la salud de la comunidad universitaria, ya que los recién descritos factores socioacadémicos, según plantea este trabajo, constituyen un subgrupo relevante de sus determinantes. Se podría enmarcar a los factores socioacadémicos dentro de un modelo de determinantes sociales de la salud*, en el cual quedarían ubicados dentro de los factores “intermedios”, en un contexto micro concreto como es la Facultad de Medicina y sus centros de formación clínica.

GHQ28: General Health Questionnaire de 28 ítem. Esta versión del conocido test de cribado de salud mental tiene la particularidad de estar formado por 4 subescalas que detectan respectivamente somatización, ansiedad, disfunción social y depresión. Una puntuación superior al punto de corte fijado es indicativa de malestar psicológico (riesgo de desarrollar patología psiquiátrica menor), haciendo necesario el despistaje de diagnósticos psiquiátricos no psicóticos. Este test fue validado para población general española por Lobo et al. , quienes definieron varios puntos de corte. Hasta el momento no hay estudios de validación para población joven (< 25 años) en España. (pag.93)

Malestar Psicológico: Puede tratarse de una cuestión transitoria y ser parte de un síndrome adaptativo, o bien formar parte de un proceso más largo. En cualquier caso, se refiere al deterioro de los aspectos mental y emocional de la calidad de vida, o como describen Goldberg & Hillian “posible patología psiquiátrica no psicótica”, o patología menor. Este sufrimiento mental es lo que detecta un resultado positivo del test GHQ-28; equivale en este estudio a: “caso detectado mediante GHQ28 con punto de corte 5/6”.

Presión Académica: efecto sumado de varias variables que constituyen esta escala surgida de nuestro cuestionario original. Se valora, por un lado, la influencia negativa sobre la calidad de vida del estudiante de factores como el plan de estudios, el traslado de expediente o la tensión derivada de los exámenes, así como el grado de renuncia a otras actividades para dedicarse a la carrera.

Profesionalismo médico: En el Código Deontológico en vigor, aprobado en asamblea general del Consejo General de Colegios de Médicos en 2011, ha quedado definido como el “Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la Medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos”.

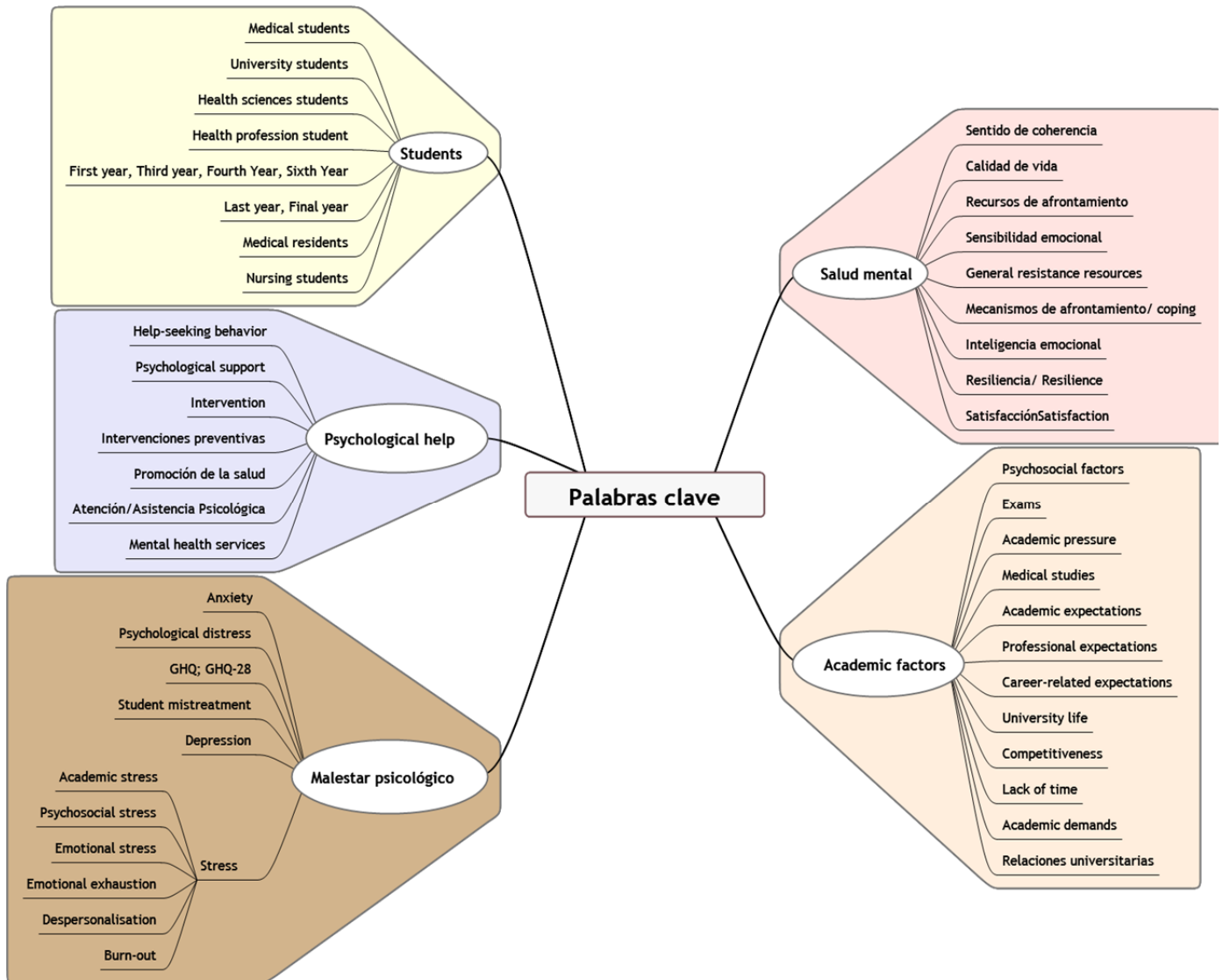
Salud médica: concierne a la salud y/o enfermedad de profesionales de la medicina, enfermería y otras ciencias de la salud (pag. 93). Término equivalente a las cuestiones de seguridad e higiene en el trabajo, de salud laboral, que atañen a estos grupos, los cuales comparten algunas características y riesgos para la salud derivados de su ocupación, y otros que difieren por razón del puesto y las responsabilidades.

SAMEEM-CS : salud mental en estudiantes de medicina y ciencias de la salud. Acrónimo de la línea de investigación a que pertenece este trabajo, y que comenzó en 1996 en la UAM, fruto de la colaboración entre los Departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública y el de Psiquiatría.

Socialización profesional: Proceso por el cual las personas adquieren la cultura de un grupo profesional del cual buscan activamente formar parte, superando las pruebas y obstáculos estipulados para ello. Lo anterior implica con frecuencia la demostración de que se asumen como propios ciertos valores y actitudes, así como adquirir una serie de habilidades y conocimientos.

APÉNDICE II: PALABRAS CLAVE

En el mapa mental insertado a continuación, se pueden ver todas las palabras clave utilizadas en las búsquedas bibliográficas que se han ido realizando para recopilar el estado del arte. Se observará que algunas están en español y otras en inglés. Esto obedece a que no siempre se han utilizado términos MeSH y algunas búsquedas se han realizado con motores no bibliográficos utilizando lenguaje natural en español.



APÉNDICE III: PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN DESCARTADAS

¿Qué hay en la carrera: su estructura, sus horarios, su estilo docente, la carga de trabajo académico, el clima relacional.... qué hay que afecta negativa y positivamente de forma significativa al alumnado en su calidad de vida, rendimiento académico, resiliencia profesional, salud mental? ¿Cuáles de esas cosas se pueden modificar?

¿Qué hay en el propio alumnado que también juega un papel en su bienestar: personalidad, perfiles sociológicos, conciencia de necesidad, capacidad de buscar y gestionar la ayuda, competitividad del entorno versus autoexigencia, expectativas ajustadas, habilidad relacional, empatía, estilos de afrontamiento, resiliencia, sentido de coherencia y recursos generales de resistencia, inteligencia emocional...? ¿Cuáles de estos aspectos se pueden trabajar saludablemente desde el entorno académico-administrativo, en el aula, en la ordenación académica, en la oferta curricular, en la investigación?

¿Qué hay en el entorno más macro, en el contexto, que condiciona el margen de maniobra de los dos anteriores? Quizás un buen análisis de este margen de maniobra ayude a plantear propuestas más factibles.

¿qué riesgo arrastran aquellos estudiantes identificados aquí como “casos” en las etapas posteriores de la carrera profesional médica? ¿está relacionado este hallazgo con el desarrollo de problemas adaptativos, burn out, Sd. Ansioso-depresivo, suicidio, deficiencias en las habilidades para la vida, calidad de las relaciones clínicas (con pacientes y otros profesionales), calidad de vida, hábitos tóxicos y automedicación, resistencia a buscar ayuda para su propia salud, morbimortalidad general...?

¿Hay alguna relación entre la ansiedad de los primeros años de carrera y las depresiones ulteriores? ¿y con el Sd. Burn-out o similares? ¿O con la elección de especialidad (más o menos distanciada de problemas sociales-aspectos humanitarios)? ¿o con faltas de profesionalismo y deshumanización de la práctica profesional (escudarse en la parte científico-tecnológica para evitar aspectos más relacionales)?

APÉNDICE V: INFORME DE PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL (Asignatura de Psicología Médica, Segundo de Grado)

En la 3ª semana de Febrero 2012, se procedió a la revisión del archivo de datos en papel. Se constata que se han perdido los cuestionarios correspondientes al año académico 2003-2004 y que a partir de 2009-2010 la tasa de respuesta ha bajado dramáticamente (menos del 30% en 2010-2011). Se decide descartar este último año, pese a ser el primero con un curso del Plan de Estudios actual (Grado Bolonia).

Se revisaron los archivos informáticos de datos introducidos con anterioridad encontrándose que faltaban por grabar algunos cursos de algunos años académicos, además de 2003-04 en su totalidad.

Hay un archivo de datos de los cursos 1999-00, 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003, 2004-2005 introducidos en una base de datos unificada y depurada. De los demás años académicos, hay datos grabados sólo de sexto, en archivos diferentes y con codificaciones diferentes.

Se decide implicar a estudiantes de 2º de Grado para que hagan parte de las prácticas de Psicología Médica en investigación. Se piden voluntarios y se explica que el objetivo es dedicar 10 horas de prácticas a colaborar en el proceso de organización e introducción de datos en SPSS, como colaboración en la línea SAMEE-CS, y que se seleccionará a algunos para incorporarse a la línea como jóvenes investigadores.

Se prefirió descartar los datos introducidos en el pasado por equipos diferentes de estudiantes, para ganar en homogeneidad en la introducción de los años académicos referidos y grabarlos todos de nuevo a partir de 2005-06.

Los estudiantes fueron animados a detectar fallos o aspectos a mejorar del cuestionario que se resumen a continuación, junto con algunas incidencias encontradas al revisar los cuestionarios cumplimentados:

Apartado Datos Generales: muchos problemas....

Instrucciones: Bastantes no contestan el ID, o ponen cuatro cifras y la letra del NIF. En ocasiones también faltan algunos de los otros datos de esta sección.

Hay constante confusión en la variable “curso académico”, entre el curso de la carrera y el año de calendario escolar. (en vez de 2007-2008, ponen 1º. También ponen sólo 2007, dando lugar a duda – ¿será 2007-08 o será 2006-07?). Sería necesario poner una casilla en la que se tuviese que tachar si el alumno pertenece a 1º, 3º o 6º, y poner un ejemplo orientativo entre paréntesis al lado de la casilla de “Curso académico” para evitar confusiones.

En la casilla “Hospital” especificar que sólo se debe responder en el caso de alumnos de 3º o cursos superiores.

GHQ28- no hemos introducido ni subtotales ni suma de la puntuación del test, como ocurrió en introducciones de datos anteriores, de manera que podemos reconocer los datos introducidos para la depuración definitiva.

Apartado C “Estudios y Salud”: hay cuestionarios que contestan sólo con X marcando algunos de los 20 ítems. Pendiente valorar cuántos son (n=?). En un intento desesperado de no perder

tamaño muestral al eliminar esos individuos del análisis, el grupo propone codificaciones alternativas: sin marcar = 1, marcado = 3... ¿?, es decir, no se siguen las instrucciones por motivos desconocidos y dan valores anómalos estableciendo su propio orden jerárquico.

En la primera pregunta de este apartado, correspondiente al cambio de domicilio, puede llevar a confusión la puntuación "1", ya que puede significar dos cosas: o bien que no le ha afectado nada, o bien que no le ha ocurrido. Necesario especificar. También hay gente (del grupo y de fuera) que ha interpretado que la pregunta pide que si no se ha visto la persona en esa situación que estime cuánto le afectaría... parece claro que se debe redactar de nuevo esta pregunta.

Según se ha planteado el plan de análisis, la pregunta 1, sobre eventos o situaciones estresantes, se debería repensar bien para incluir factores socioeconómicos por un lado, de la red primaria de apoyo (nivel educativo-ocupación de los padres), y otras redes sociales (amistad...), tan importantes en adolescencia y primera juventud; y también las redes soc terciarias que empiezan a tejerse precisamente en estos años, clave para el desarrollo de recursos personales para sortear la vida. De este modo, el objetivo de la pregunta 1 de Estudios y Salud queda más preciso y son dos: valorar determinantes sociales (vbles indep.) y medir la carga de presión psicosocial percibida y expresada por el individuo (como índice indirecto de necesidad de ayuda sentida-expresada).

La pregunta de los hobbies podrá incorporarse al bloque anterior, quizás complementarla con ¿has pensado alguna vez en dejar la carrera? – motivo (artículos sobre drop-out)

El orden en que aparecen los ítem en las preguntas E3 y E4 no es el mismo, y hay preguntas "sólo para estudiantes de cc salud" ... pensando en un público más amplio que medicina, conviene pensar esta sección con perspectiva interdisciplinar hasta dar con las preguntas buenas para cualquier estudiante CC Salud, y si se necesita alguna específica para medicina.

Apartado D "Hábitos": En muchos casos este apartado queda sin contestar, no se sabe si es porque los participantes no lo ven o si es porque se cansan y deciden no terminarlo... Propuesta de retirarlo.

UNIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE DATOS (23-03-12)

Se terminan de introducir datos del año 08-09 y 09-10, acabamos con los cuestionarios que había guardados. A través de la realización de Prácticas de Psicología Médica (estudiantes de 2º Plan Bolonia) en Investigación Salud Mental, se han introducido/reintroducido datos correspondientes a 1147 estudiantes estudiados más entre 2005 y 2010, bajo supervisión directa y siguiendo una sistemática y criterios de calidad comunes. Se realizó la fusión de los archivos de datos spss.

Este grupo de estudiantes de segundo participaron en una sesión conjunta con un grupo de seis estudiantes de sexto, en la que se comentaron aspectos de la depuración y procedimiento de análisis de los datos que ellos mismos habían introducido. La idea de reunir a estudiantes de cursos distintos con un fin común fue muy bien valorada, especialmente por los de segundo. Además, con la idea de explorar otras potencialidades dentro del grupo, a algunos estudiantes se les encargaron tareas complementarias, *a medida que se vio que dominaban otros aspectos y*

teniendo en cuenta sus perfiles de competencias autovalorados. Dichas actividades extra cumplieron el doble objetivo de tener potencial formativo, al tiempo que servían para avanzar en las tareas de la investigación. Al estudiante en cuestión siempre se le explicaba cuál era el aprendizaje esperado y por qué esa(s) competencia es importante para un médico. Las tareas aparecen relacionadas en la Tabla siguiente. Ello permitió conocer mejor algunos perfiles de los componentes del grupo:

NOMBRE ⁸⁵	TAREAS COMPLEMENTARIAS
xxxxO	Quedarse tiempo extra para meter datos. Reflexivo, Preguntas con sentido. Interesado en investigar.
xxxxO	Está muy atento. Participación en los debates. Captó rápidamente el marco teórico de los determinantes sociales.
xxxA	Muy aplicada con los datos, leyó dos artículos. Se esfuerza por pensar en buenas preguntas, y a veces lo consigue.
xxxA	Paciencia. Ayuda a llevar las cajas de cuestionarios a guardar. Pide artículos. Propicia entrevista en la comida – muy decidida a seguir ayudando y aprendiendo.
xO	Preguntas de calado. Artículo. Ir a biblioteca a buscar artículos. Cambio pareja bien, adaptable.
xA	Gestión, cumplimiento horario. Cambio de pareja y de tarea. Leyó un artículo. Venciendo la timidez.
xxA	Artículo Nagasaki, ir a biblioteca. Coordinar convocatoria y diseño del perfil de competencias. Organizar cuestionarios y guardar. Quedarse extra datos. Aceptó acompañar a hablar con el administrador de la Facultad para conseguir datos de matrícula.
xxA	Coordinar emails, y convocatorias, muy colaboradora. Diseño del perfil de competencias. Datos extra. Musicalidad, frases largas; adaptable y colaboradora. Fue a hablar a informática (gestiones).
xxO	Excelente participación y muy buenas preguntas. Gran agilidad mental, rápido y resolutivo para meter datos. Motivador.
xxO	Turbo datos, dedicado y generador de buen ambiente, tranquilo. Poca curiosidad intelectual pero participativo.
xxxxxO	Buscar bedel, gestión de espacios. Cumplidor y aparentemente interesado, pero temeroso y poco implicado. Se animó a participar alguna vez
xxxxxO	Preguntas sobre la carrera investigadora. Cumplidor, poco implicado, más bien observa. Alguna pregunta.

DEBATE GRUPAL SEMIESTRUCTURADO

Como cierre de las prácticas, se facilitó un **debate** (por su duración, menor de una hora y sin llegar a saturación del discurso, no se puede hablar de grupo de discusión *sensu stricto*), entre los miembros del grupo de segundo curso, sobre sus reflexiones acerca de los objetivos del estudio, sus impresiones al introducir los datos, preguntando por los siguientes aspectos:

⁸⁵ La letra de terminación del código de estudiante indica el sexo.

- Si ha cambiado su visión de los estudiantes de la facultad
- Qué creen que es el origen del problema
- Qué se les ocurre para modificarlo y ganar en salud estudiantil
- Qué mejoras propondrían para seguir la investigación (revisión del cuestionario), o nuevas preguntas para otras investigaciones relacionadas

Asimismo, se les pidió que escribieran en una hoja de examen su feedback, con las reflexiones acerca de los aprendizajes realizados, tanto a nivel académico-profesional, como a nivel personal.

12-04-12 (2:00pm) TUTORIZACIÓN DE SEXTO CURSO, asignatura de Salud Pública.

Se inicia la actividad con la participación de seis (6) estudiantes de Sexto año, con el fin de ubicar bibliográficamente el marco teórico en función de los aspectos que conforman la introducción del trabajo, en cuanto a: Perspectiva histórica: la salud médica, la estrategia preventiva y el ciclo evolutivo, responsabilidad social y profesionalismo, interprofesional, internacional, traslacional, investigación en salud mental y modelos de salud, promoción de la salud, empoderamiento y participación, aspectos más frecuentemente estudiados, instrumentos de medida utilizados, contexto macro-meso-micro de la década 99-09, antecedentes del presente trabajo. Para ello se llevaron a cabo las siguientes tareas:

1. Distribución de la información de acuerdo de los aspectos anteriores en un mural
2. Elaboración de Tabla de datos de acuerdo a las características, indicadores y aspectos relevantes de las fuentes estudiadas
3. Reubicación bibliográfica a través de Mendeley
4. Elaboración del abstract.
5. Estrategia de trabajo (dinámica de grupo)
6. Generar acuerdos en cuanto al análisis metodológico y estadístico de la información

En cuanto al punto 1, se clasificó la información distribuyéndola en láminas de colores, usando marcadores de distinto color. En grupos de dos o tres estudiantes fueron colocando la información en cada aspecto. Se compartió la información que cada uno traía para complementar una tabla general con la información. Se verificó (una de ellos lo hizo) que cada una de las separatas estuviese dentro del Mendeley, cada uno fue disponiendo de los artículos que habían revisado, se parte de un inventario de artículos.

Al final, se generaron acuerdos para la continuidad de las actividades, mediante un debate considerando, en un primer momento las actividades de cada uno, y luego las posibles interrogantes u objetivos que genera la investigación, de acuerdo a la bibliografía consultada, para ellos buscar las causas que explican los datos (conclusión).

APÉNDICE VI: ÍTEMS DEL CUESTIONARIO ORIGINAL UTILIZADOS

Las variables seleccionadas para realizar todos los análisis definitivos se recogen en la tabla siguiente:

Demográficas	Malestar psicológico	Ayuda psicológica	Factores socioacadémicos
Id	Suma GHQ28	Utiliza ayuda ahora (si /no)	Presión total percibida
Sexo	Subescala A - Somatización	Necesita ayuda ahora (si /no)	Expectativas positivas
Curso	Subescala B - Ansiedad	Usó durante (si/no)	Expectativas Negativas
Año académico	Subescala C – Disfunción Soc	Usó antes de iniciar Medicina (si /no)	Actual+ (Logro)
	Ghq punto de corte 5/6	Necesitó durante (si /no)	Actual – (Esfuerzo)
		Necesitó antes de iniciar Medicina (si/no)	Razón expectativas + (REP)
		Uso actual (NS/NC)	Razón expectativas – (REN)
		Necesidad actual (NS/NC)	Satisfacción general con las relaciones universitarias (PDI, PAS, compañeros)
Consumo ocasional, habitual o diario de sustancias	Café	Tabaco	Alcohol bajo grado Alcohol alto grado
	Cannabis Éxtasis Alucinógenos	Anfetaminas Cocaína	Ansiofíticos Heroína

Algunas vienen directamente de ítems en el cuestionario y para crear otras, fundamentalmente las socioacadémicas, se hubieron de calcular a partir de los ítems seleccionados a continuación:

PRESIÓN PERCIBIDA	EXPECTATIVAS y ENCONTRADO (ítems compartidos)		SATISFACCIÓN
Mudanza (Cambio de domicilio, colegio mayor...)	Enriquecimiento intelectual	Ambiente universitario	Con los compañeros
Traslado expediente	Desarrollo personal	Disfrutar	
Normas y ofertas plan de estudios	Aprender conocimientos	Conocer/usar eficazmente los Servicios Sanitarios	Con los profesores
Tensión acumulada exámenes	Aprender habilidades	Aprender a cuidar de la propia salud	
Tensión acumulada cursos pasados	Aprender actitud humanitaria	Aprender a velar por la salud de otros	Con el PAS
Relación con profesorado	Relaciones sociales	<i>Presión Académica</i>	
Relación con PAS	Autoconocimiento	<i>Falta de Tiempo</i>	
Abandono aficiones y actividades complementarias	Prestigio, reconocimiento social	<i>Competitividad</i>	
	Dinero	<i>Estudiar</i>	
	Capacidad profesional (competencia)	<i>Dificultad</i>	

APÉNDICE VII: GRÁFICAS GHQ-28 DE LAS COHORTES INCOMPLETAS

ILUSTRACIÓN 27: MALESTAR PSICOLÓGICO POR CURSO - HOMBRES (PROMOCIONES INCOMPLETAS)

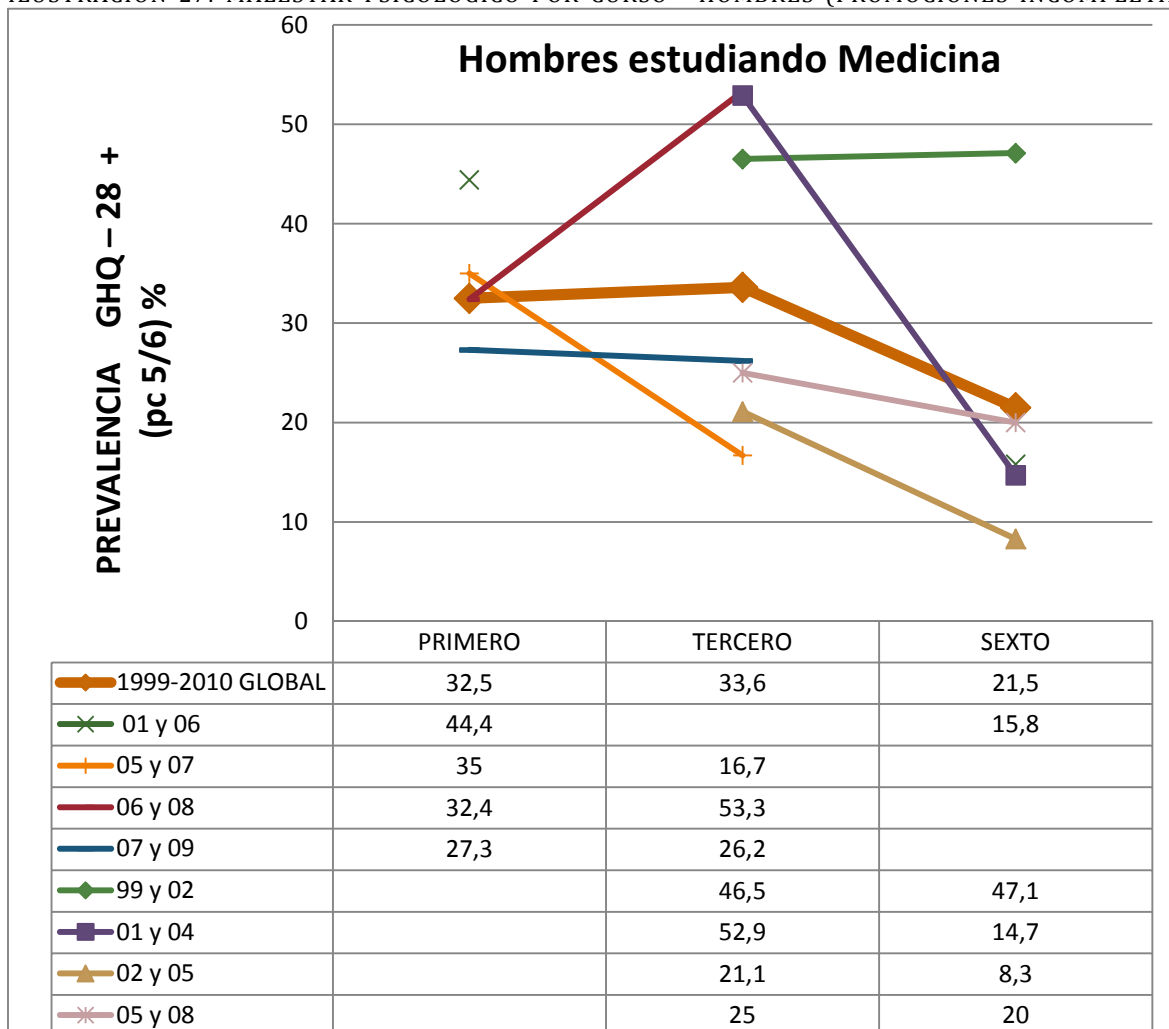
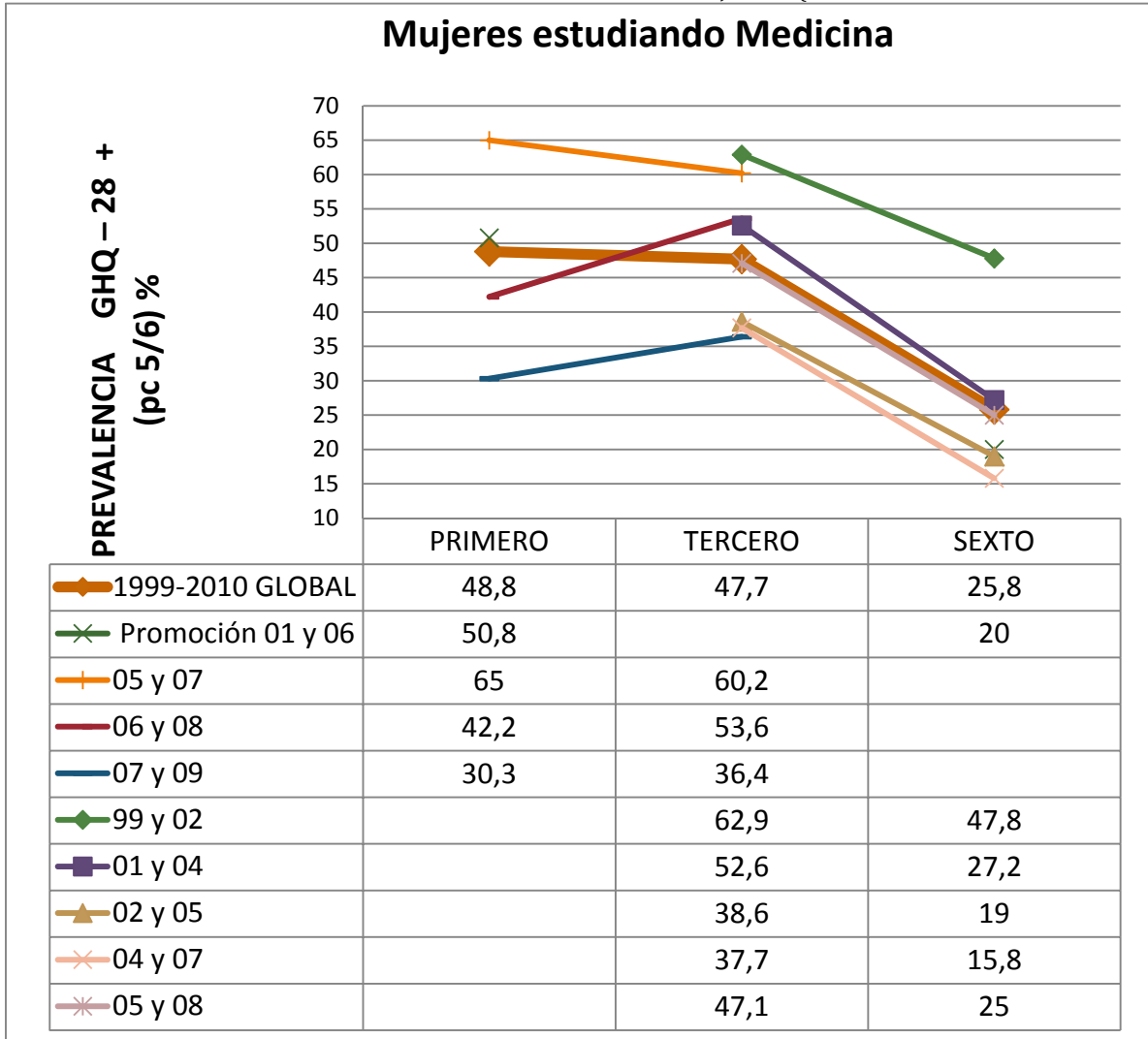


ILUSTRACIÓN 28: MALESTAR PSICOLÓGICO POR CURSO - MUJERES (PROMOCIONES INCOMPLETAS)



APÉNDICE VIII: UTILIZACIÓN DE AYUDA PSICOLÓGICA POR AÑOS ACADÉMICOS

Comprobamos con esta tabla que no hay muestra suficiente para hacer el desglose por estratos de curso y sexo y además por años académicos, ya que muchas casillas quedan con el valor 0 o menor de 5. Lo anterior motivó el descarte del análisis longitudinal para esta sección del cuestionario.

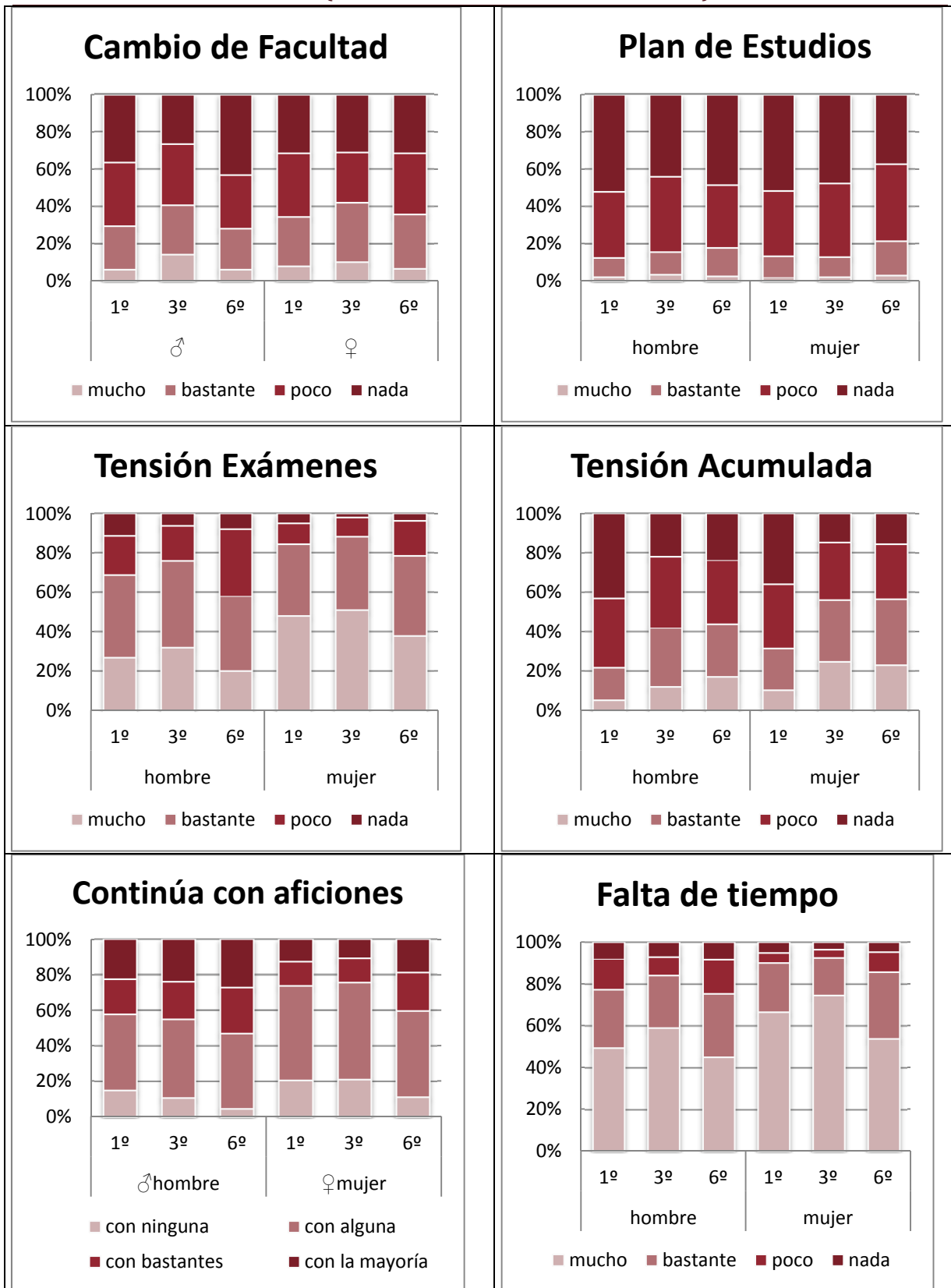
TABLA 33: DESGLOSE UTILIZACIÓN DE AYUDA PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA POR AÑO ACADÉMICO (CADA COHORTE-CLASE COMPLETA EN COLOR DIFERENTE)

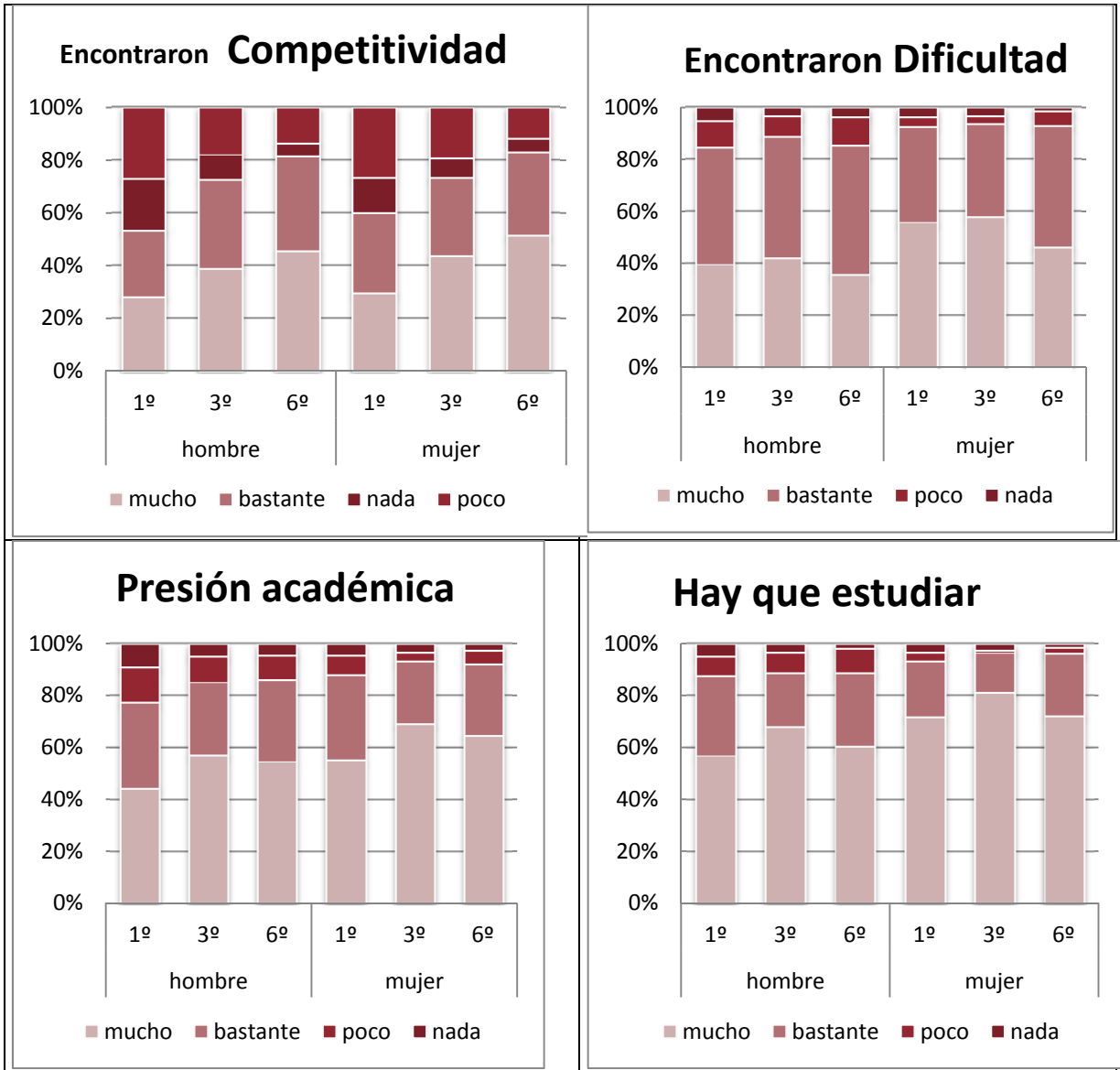
AÑO ACADÉMICO	CASOS que declaraban estar utilizando algún tipo de ayuda						% Válidos	
	♂ 1	♀ 1	♂ 3	♀ 3	♂ 6	♀ 6	♂	♀
1999-2000	0	4,5	15	3,6	62,5	9,7	20	5,2
2000-2001	10,5	7,1	12,5	10	0	4,5	8,6	7,4
2001-2002	18,8	0	5,6	6,7	50	15,4	15,8	3,7
2002-2003	0	4,1	0	4,2	0	15,6	0	6,5
2004-2005	0	0	0	8,7	40	0	11,1	2,4
2005-2006	0	3,6	0	1,5	100	7,1	5,6	6,1
2006-2007	8,3	2,3	0	4,2	0	8,3	4,3	3,9
2007-2008	0	10	0	8	100	8,3	40	8,3
2008-2009	0	3,4	0	6,7	50	28,6	4,3	7,8
2009-2010	4,5	8,5	12,5	25,6	0	23,8	6,5	17,8
TOTAL	4,3	3,8	6,5	7,9	25	12,5	8,8	6,5

Vemos un máximo en las mujeres de 6º del año académico 2009-10; y el mínimo valor llega al 0% en bastantes años académicos, en todos los cursos (en el caso de los hombres), y en las mujeres de 1º y 6º. Las “cohortes-clase” se han destacado en colores para facilitar la interpretación.

Un hallazgo notable es, como puede observarse en la tabla, que los hombres con malestar psicológico suelen utilizar ayuda con mayor frecuencia ($p < 0,01$ en chi cuadrado para 5/9 comparaciones), dándose la situación opuesta en un solo caso (año 2009-10, también significativa).

APÉNDICE IX: VARIABLES SOCIOACADÉMICAS CON INFLUENCIA NEGATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA (DESGLOSE POR SEXO Y CURSO)





APÉNDICE X: ESCALA PRESIÓN SOCIOACADÉMICA (GRÁFICAS COHORTES-CLASE)

Presión Socioacadémica		1999-2005			2000-2006			2002-2008			2004-2010		
Sexo	Curso	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
hombre	primero	50	2,40	0,49	45	2,32	0,55	47	2,39	0,43	35	2,69	0,51
	tercero	34	2,80	0,40	38	2,39	0,47	18	2,36	0,75	28	2,82	0,49
	sexto	34	2,43	0,45	12	2,72	0,54	27	5,58	0,57	20	2,95	0,35
mujer	primero	138	2,48	0,49	143	2,61	0,44	148	2,65	0,42	138	2,66	0,70
	tercero	57	2,83	0,51	127	2,71	0,37	59	2,71	0,44	79	2,99	0,37
	sexto	92	2,70	0,44	42	2,62	0,46	76	2,68	0,37	83	2,99	0,41

Gráfica ejemplo de una cohorte-clase completas con la escala de presión académica (Media + IC95%)

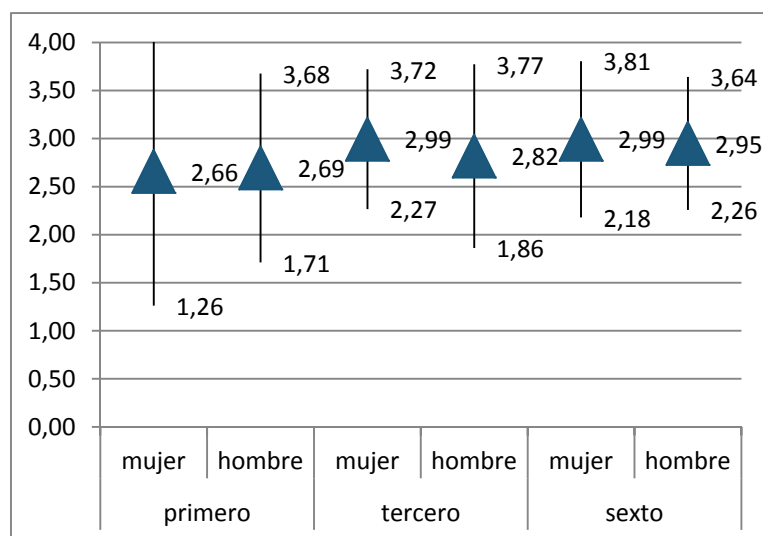


ILUSTRACIÓN 29: PROMOCIÓN 2004/05-2009/10

APÉNDICE XI: DESCRIPTIVOS ESCALAS EXPECTATIVAS

Expectativas Positivas		1999-2005			2000-2006			2002-2008			2004-2010		
Sexo	Curso	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
hombre	primero	39	3,13	0,37	45	2,81	0,77	48	2,94	0,59	35	3,06	0,67
	tercero	33	3,10	0,34	38	3,02	0,61	18	2,97	0,78	28	3,15	0,32
	sexto	30	3,04	0,40	12	3,13	0,35	27	3,05	0,49	20	3,20	0,33
mujer	primero	104	3,11	0,40	143	2,94	0,49	148	3,17	0,37	138	2,96	0,93
	tercero	44	3,23	0,41	127	3,18	0,52	61	2,96	0,87	79	3,25	0,52
	sexto	84	3,18	0,41	42	3,25	0,31	76	3,24	0,31	83	3,11	0,71
Expectativas Negativas		1999-2005			2000-2006			2002-2008			2004-2010		
Sexo	Curso	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
hombre	primero	46	3,02	0,68	45	3,00	0,84	48	2,88	0,80	35	3,08	0,80
	tercero	32	3,00	0,62	38	2,66	0,81	18	2,54	0,90	28	2,78	0,70
	sexto	34	2,81	0,61	12	2,82	0,52	27	2,72	0,63	20	3,01	0,65
mujer	primero	126	3,00	0,68	143	2,96	0,67	148	3,17	0,62	138	2,80	1,10
	tercero	52	2,89	0,54	127	2,77	0,63	61	2,78	0,91	79	2,90	0,69
	sexto	90	2,76	0,65	42	2,80	0,46	76	2,62	0,52	83	2,77	0,77
LOGRO		1999-2005			2000-2006			2002-2008			2004-2010		
Sexo	Curso	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
hombre	primero	47	2,36	0,58	45	2,15	0,63	48	2,16	0,55	35	2,39	0,67
	tercero	32	2,10	0,42	38	2,49	0,55	18	2,17	1,06	28	2,33	0,43
	sexto	32	2,51	0,41	12	2,63	0,25	27	2,44	0,48	20	2,52	0,35
mujer	primero	113	2,22	0,45	143	2,24	0,47	148	2,32	0,48	138	2,20	0,78
	tercero	46	2,41	0,46	127	2,50	0,39	61	2,24	0,93	79	2,42	0,56
	sexto	85	2,49	0,40	42	2,67	0,36	76	2,68	0,33	83	2,59	0,46
ESFUERZO		1999-2005			2000-2006			2002-2008			2004-2010		
Sexo	Curso	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
hombre	primero	50	3,16	0,76	45	3,11	0,79	48	3,01	0,81	35	3,19	0,76
	tercero	34	3,56	0,46	38	3,14	0,79	18	2,76	1,34	28	3,27	0,59
	sexto	32	3,26	0,64	12	3,55	0,53	27	3,30	0,71	20	3,57	0,46
mujer	primero	134	3,43	0,48	143	3,43	0,56	148	3,39	0,56	138	3,19	0,98
	tercero	54	3,62	0,40	127	3,53	0,43	61	3,04	1,26	79	3,57	0,67
	sexto	90	3,50	0,47	42	3,39	0,50	76	3,47	0,39	83	3,57	0,65

APÉNDICE XII: DISTRIBUCIONES RAZÓN DE EXPECTATIVAS POSITIVAS

Se recogen aquí todas las gráficas de distribución de este indicador, tanto para la globalidad de la muestra como para los seis substratos por sexo y curso. Se puede ver que hay valores extremos que podrían indicar casos muy vulnerables, aunque aun así se ha considerado la distribución como normal.

Razón Desajuste EXPECTATIVAS + (Desilusión)

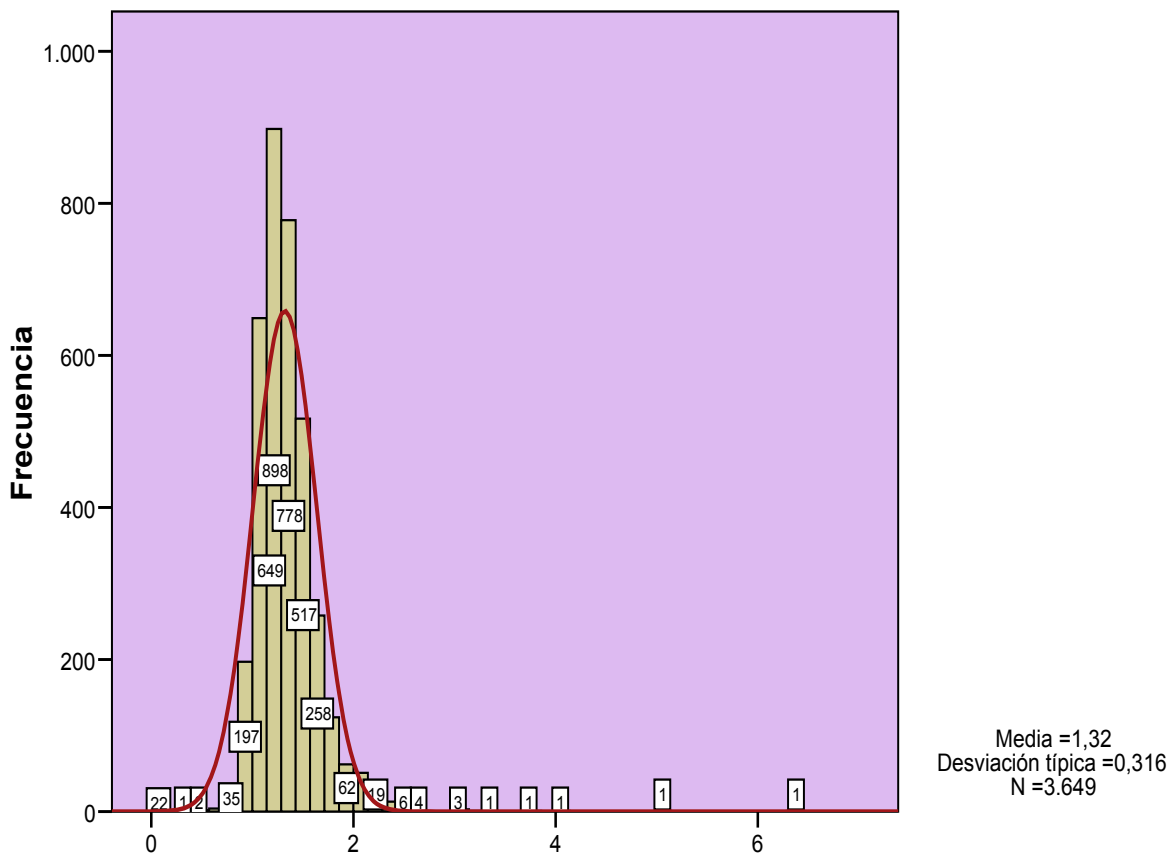
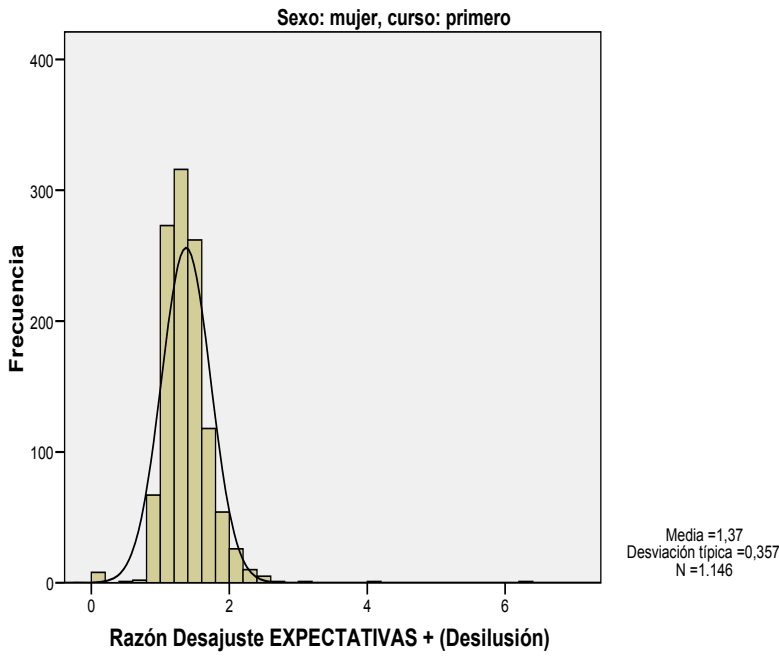
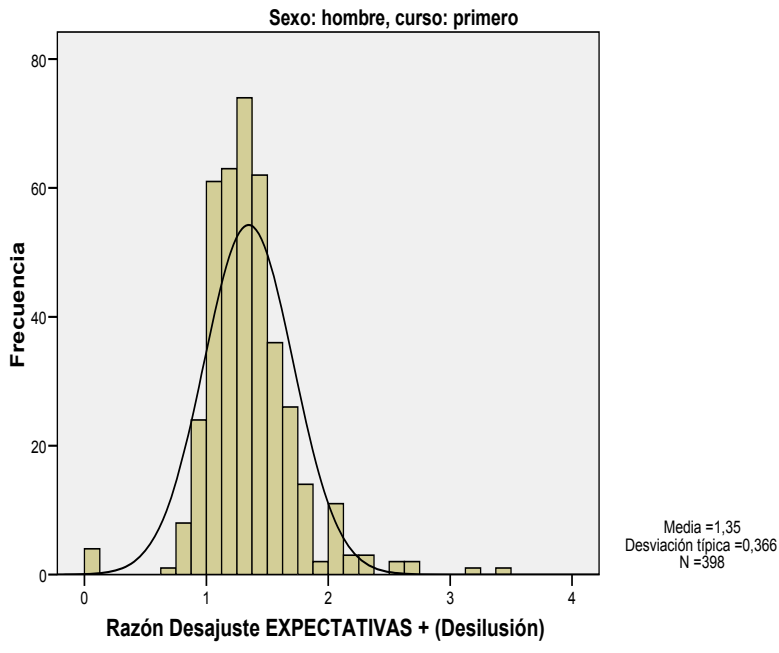
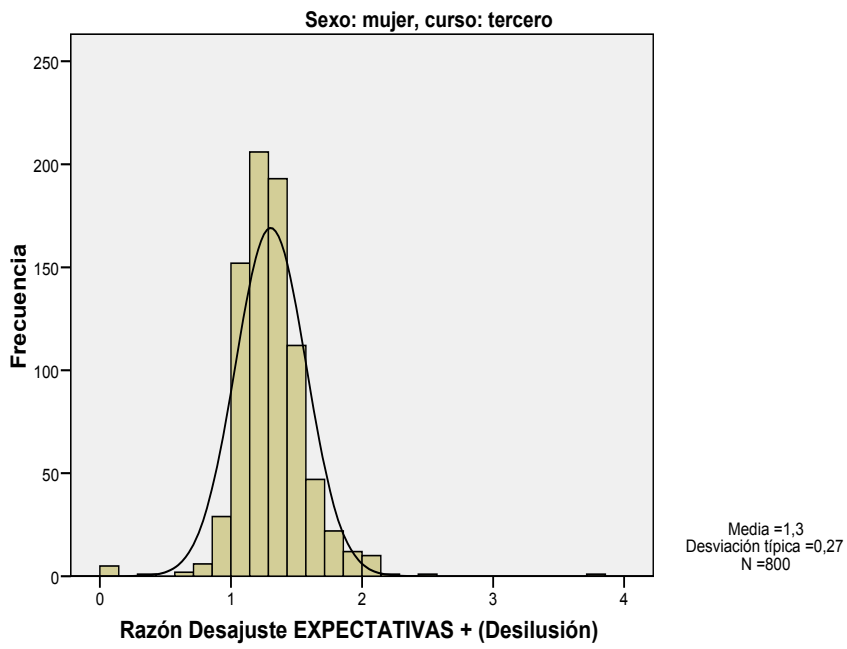
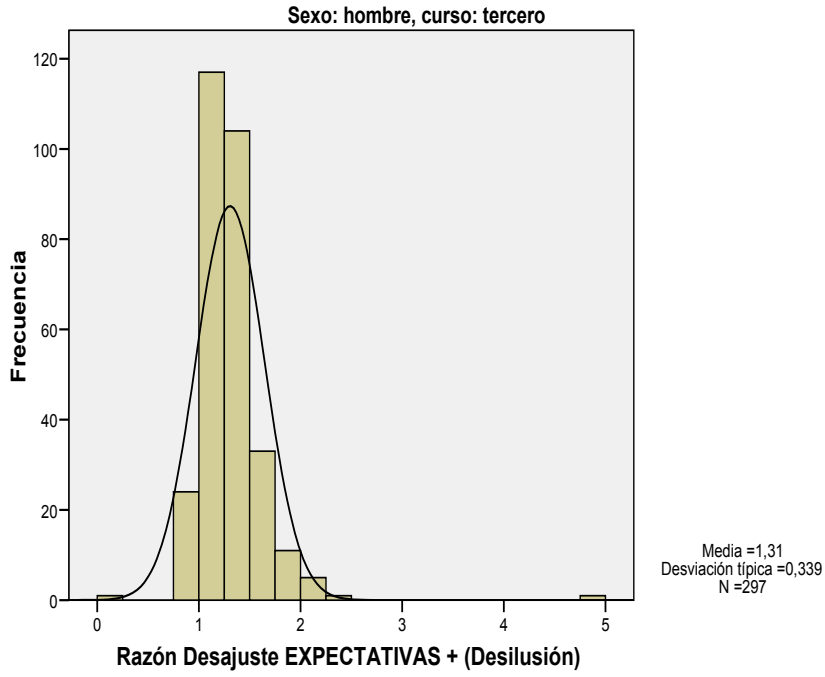
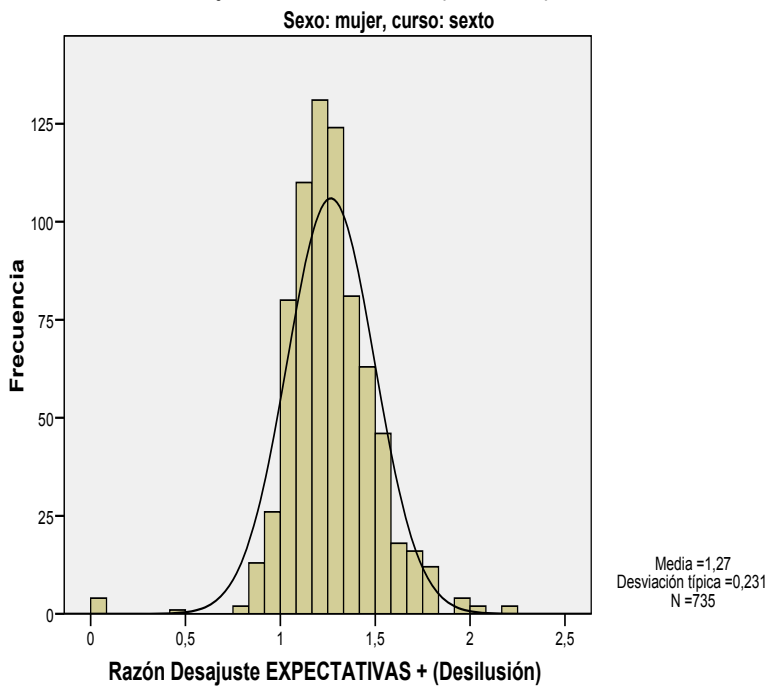
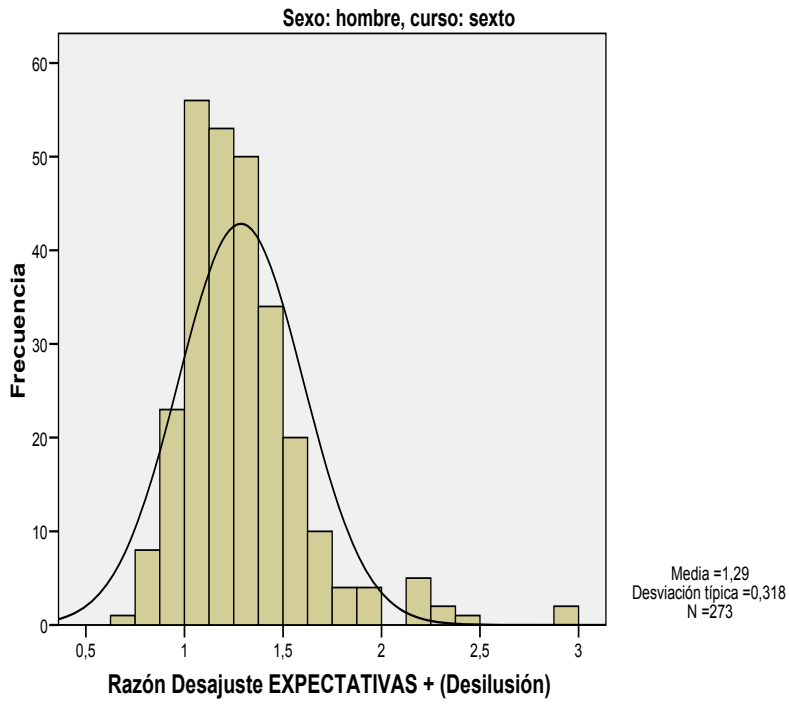


ILUSTRACIÓN 30: HISTOGRAMA REP EN LA MUESTRA GLOBAL







APÉNDICE XIII: ANTECEDENTES UAM DEL PRESENTE ESTUDIO.

Se resumen en la siguiente tabla los trabajos realizados desde el año 1998 en que se empezó a utilizar el presente cuestionario, y que conforman la línea de investigación sobre “Salud mental en estudiantes universitarios”, por orden de publicación o presentación en el Congreso correspondiente.

Autores	Publicación	Fecha
Ayerbe LM, Díaz M, Santa-María Morales, A et al. .	XI Congreso MPSP UAM.	Mayo 1998
López Giménez MR, Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI, Santa-María Morales A, Pastor y Aldeguer V.	Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica	Octubre 1999
Pastor y Aldeguer V, López Giménez MR, Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI, Santa María Morales A.	Medical Teacher	2000
Pastor y Aldeguer, V.; Poveda de Agustín, J.; Rodríguez Fernández, M.I.; Santa-María Morales, A.; López Giménez MR.	Educación Médica	2000
Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI, SantaMaría Morales A, López Giménez MR, Pastor y Aldeguer V.	V European IUHPE Conference	Mayo 2000
Bermejo, R., García, M.O., García, A. M ^a , et al.	XIII Congreso MPSP UAM.	Mayo 2000
Rodríguez Fernández MI, Santa-María Morales A, López Giménez MR, Pastor y Aldeguer V, Poveda de Agustín J.	V Congreso Nacional de Psiquiatría.	Octubre 2000
López Giménez, M.R.; Pastor y Aldeguer, V.; Poveda de Agustín, J.; Santa-María Morales, A.; Rodríguez Fernández, M.I.; Alonso Fraile, S.; García Fernández de Villalta M.	Educación Médica.	2001
Pastor y Aldeguer, V.; López Giménez, M.R.; Rodríguez Fernández, M.I.; Santa-María Morales, A.; Poveda de Agustín, J.; García Fernández de Villalta, M.; Alonso Fraile S.	Educación Médica.	2001
Al Nakeeb Z, Alcázar Palomares J, Fernández Jiménez-Ortiz H, Malagón Caussade F, Molina Gil B	XV Congreso MPSP UAM	2002
Benassi, L., et al..	XVI Congreso MPSP UAM	Mayo 2003
Benassi L., López M ^a R., Poveda J., Pastor V., Santa-María A.	Educación Médica.	2003
Alejano Rodríguez AI, Almoguera Fernández J, Arranz De la Flor E, Barbero Sacristán P, AI E.	XVII Congreso MPSP UAM	Mayo 2004
Ávila Montenegro E, Ballesteros López G, Díaz Guardiola P, García-Prieto Bayarri MV, Rabadán Pérez M.	XVIII Congreso MPSP UAM	Mayo 2005
González Casanova B, Hernández Sánchez AI, Hernando Arteché A, Monedero Martínez-Pardo E, Muñoz García N, Román Pascual A.	XIX Congreso MPSP UAM	Mayo 2006
Alvaredo de Beas, F; Chico Álvarez, I; Collazos García, R; García Costa, M; Güemes Hidalgo, M; Mora Fernández, M. I; Morales Cartagena A.	XX Congreso MPSP UAM	Mayo 2007
Marín Huarte, N; Mompó Bufalá, B; Pozancos de Simón, T; Redondo Alamillos, M; Rosado Dawid, N; Sales Sanz A.	XXI Congreso MPSP UAM	2008
De Armas Ramos E, Chamorro Barreda G, de María Pallarés P, Martínez Robles E, Vicente Sánchez G.	XXII Congreso MPSP UAM	2009
Habashneh Sánchez S, Lisboa Sáez C, López Godino O, Mata Orús M, Rubio González B, Sánchez Escudero	XXII Congreso MPSP UAM	2009
García Vega Á, Muñoz Cabeza M, Ortega Junco E, Peñalver Marquina I, San Miguel Méndez C.	XXIII Congreso MPSP UAM	2010

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA (por orden alfabético)

Alliott, R. *Facilitatory mentoring in general practice*. British Medical Journal, 1996; 313: S2–7060

Alejano Rodríguez AI, Almoguera Fernández J, Arranz De la Flor E, Barbero Sacristán P, Al E. *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios* [Internet]. Jornadas Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid; 2003 . Accesible en: http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas_2004/62_EVALUACI%C3%93N_DEL_ESTADO_DE_SALUD_MENTAL_EN_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS2_1_3.htm

Alexandrino-silva C, Lazarini M, Pereira G, Bustamante C, Corrêa A, Ferraz DT, et al. *Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study*. Rev Brasileira de Psiquiatria. 2009;31(4):338–44.

Al Nakeeb Z, Alcázar Palomares J, Fernández Jiménez-Ortiz H, Malagón Caussade F, Molina Gil B. *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios*. Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina UAM, 2004. Accesible en: http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas%202004/62_EVALUACI%C3%93N%20DEL%20ESTADO%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20ESTUDIANTES%20UNIVERSITARIOS2%201_3.htm

Alonso Delgado M et al. *Salud Mental en el último curso de Medicina UAM*.

Alvaredo de Beas, F; Chico Álvarez, I; Collazos García, R; García Costa, M; Güemes Hidalgo, M; Mora Fernández, M. I; Morales Cartagena A. *¿Estudiar medicina perjudica gravemente la salud... mental?*. Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina UAM, 2007

Antonovsky, A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass. 1979

Antonovsky, A. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987

Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A SN. *Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies*. Med. Educ. 2011;44(8):749–64.

Arteman Jané, A. *Programas especiales dirigidos al médico enfermo*. JANO extra marzo 2004. Vol. LXVI nº 1514: 1119-1128

Arzuman H, Yusoff M, Saiful B, Chit SP. *Big Sib Students' Perceptions of the Educational Environment at the School of Medical Sciences, University Sains Malaysia, using Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) Inventory*. The Malaysian journal of Medical Sciences. 2010;17(3):40–7.

Ashford, J. B., & LeCroy, C. W. *Human behavior in the social environment: a multidimensional perspective* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. 2010

Ávila Montenegro E, Ballesteros López G, Díaz Guardiola P, García-Prieto Bayarri MV, Rabadán Pérez M. *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes de medicina de UAM*. Jornadas MPSP: Dpto Medicina Preventiva y Salud Pública UAM; 2005.

- Ayerbe LM, Díaz M, Santa-María Morales, A et al. . *Salud Mental en Estudiantes de Medicina*. XI Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina UAM. Madrid, Mayo 1998; pag. 162-166
- Backović D, Živojinović JI, Maksimović J, Maksimovic M." *Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education*". *Psychiatria Danubina*. 2012;24(2):175–81.
- Baldwin DC, Daugherty SR, Eckenfels EJ. *Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools*. *The Western journal of medicine*. 1991 Aug ;155(2):140–5.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors' health--II. Health and health behaviour*. *Social science & medicine* 1997 Jul; 45(1):41–4.
- Bandura, A. *Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 1977; 84(2), 191-215.
- Baranda M, Mitjans L, Baillés A, Càmara E, Parramon G, et al. *Estudio sobre salud, estilos de vida y condicionantes académicos*. Fundación Galatea [Internet]. 2012 p. 33.
- Barry, M.M. *Adopting a Mental Health Promotion Approach to Public Mental Health*. Capítulo en I. Goldie (Ed.) *Public Mental Health Today: A handbook*. Brighton: Pavilion. 2010.
- Bauer G, Davies JK, Pelikan J. *The EUPHID Health Development Model for the classification of public health indicators*. *Health Promotion International*, 2006; 21(2): 153-159.
- Becker M. *The health belief model and personal health behaviour*. Thorofare, New Jersey: Slack, 1974.
- Benassi L., López M^aR., Poveda J., Pastor V., Santa-María A. *Relación entre percepción del entorno académico y estado de salud mental: análisis multifactorial, 1999-2003*. *Educación Médica*. 2003;6(3):65–75. [RFMI P-32]
- Bermejo, R., Garcia, M.O., Garcia, A. M^a, et al. *Estudio del estado de salud mental en estudiantes universitarios*. XIII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM. 2000.
- Bilodeau, Edward. *The role of communities of practice in the socialization of students to a profession*. *Connections* 2005, May 14-15 Montreal, QC. Centre for Continuing Education. McGill University. Presentación accesible en: <http://www.coolweblog.com/bilodeau/papers/cop-socialization.pdf>
- Bircher J. *Towards a dynamic definition of health and disease*. *Med. Health Care Philos* 2005;8:335-41
- Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K. *"Determinants of mental well-being in medical students."* *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010 Feb [cited 2012 Apr 1];45(2):253–8.

Blum AB, Shea S, Czeisler CA, Landrigan CP, Leape L. *Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety*. *Nature and Science of Sleep*. 2011 Jun;47.

Bosch, X. (2000). *First impaired physicians' therapy program appears to be successful in Spain*. *Journal of the American Medical Association*, 283, 3186–3187.

Brooks SK, Gerada C, Chalder T. *Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?* *Journal of mental health* Abingdon England 2011;20(2):146–56.

Bruguera i Cortada, E. *El médico Enfermo*. SEMERGEN 2003;29(supl.1):24-28.

Caplan, Gerald. *"Principles of preventive psychiatry."* Oxford, England: Basic Books. (1964).

Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. *Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários*. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2005 Dec;10(3):413–20.

Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. *Human resources for health: overcoming the crisis*. *Lancet*. IEEE Service Center; 2004;364(9449):1984–90.

Chew-graham CA, Rogers A, Yassin N. *"I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems*. *Med Educ*. 2003;37(10):873–80.

Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. *Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health*. *Personality and Individual Differences* [Internet]. 2002 Jan;32(2):197–209.

Cleary M, Horsfall J, Baines J, Happell B. *Mental health behaviours among undergraduate nursing students: Issues for consideration*. *Nurse education today*. 2011 Dec 9; Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22154953> [último acceso Enero 2012]

Coelho M, Neves C, Dalgalarondo P. *Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários Self-referred mental disorders in university students*. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):237–44.

Comisión Europea. *'Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013'* Commission White Paper de 23 October 2007 [COM\(2007\) 630](#)

Conde F. *Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la comunidad de Madrid: tercera monografía del Sistema de Información de Indicadores de Salud de carácter Sociocultural*. Diseño del estudio, dirección y realización C.I.M.O.P. Comunidad de Madrid (1997) p 36. ISBN: 84-451-1362-3

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Coordinado por Ricard Gènova. *Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid*. 2004. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+Salud+poblaci%C3%B3n+2004.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271568792258&ssbinary=true>

- Coombs RH, Perell K, Ruckh JM. *Primary prevention of emotional impairment among medical trainees*. *Academic Medicine*. 1990;65(9):576–81.
- Costa, Miguel. “*Salud Comunitaria*.” · Ed. Martinez Roca, 1º Ed. 1986; ISBN: 978-84-270-1014-7
- Curran TA, Gawley E, Casey P, Gill M, Crumlish N. *Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students*. *Irish medical journal*. 2009 Sep;102(8):249–52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19873864>
- Dahlin M, Nilsson C, Stotzer E, Runeson B. *Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study*. *BMC medical education*. BioMed Central Ltd; 2011 Jan;11(1):92.
- De Armas Ramos E, Chamorro Barreda G, de María Pallarés P, Martínez Robles E, Vicente Sánchez G. *Satisfacción y Motivación en relación con Estudios y vida personal*. Jornadas MPSP: Dpto Medicina Preventiva y Salud Pública UAM; 2009. p. 5.
- Devi S. *Doctors in distress*. *Lancet*. 2011;377(9764):454–5.
- Dimsdale JE HJ. *Variability of plasma lipids in response to emotional arousal*. *Psychosom Med*. 1982;44(5):413–30.
- Doll R, Hill AB. *The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report*. *British medical journal*; 1954;1(4877):1451–5.
- Donagi A, Aladjem A, Schwartz M. *Guia de profesiones. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 3º Ed. En español. Ginebra-Madrid; 1998. p. 103.1–103.36.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. *Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions*. *Mayo Clinic proceedings*. Mayo Clinic. 2005 Dec;80(12):1613–22.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. *Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students*. *Academic medicine*. 2006 Apr;81(4):354–73.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Harper W, Massie FS, Power D V, Eacker A, et al. *The learning environment and medical student burnout: a multicentre study*. *Medical education*. 2009 Mar;43(3):274–82.
- Dyrbye L, Massie FJ, Eacker A, Harper W, Power D, Durning S, et al. *Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students*. *JAMA*. 2010; 304(11):1173–80.
- Dyrbye L, Szydlo D, Downing S, Sloan J, Shanafelt T. *Development and preliminary psychometric properties of a well-being index for medical students*. *BMC Med Educ*. 2010;10:8.
- Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS, et al. *Patterns of distress in US medical students*. *Medical teacher*; 2011 Jan 26;33(10):834–9.
- Dyrbye LN, Shanafelt TD. *Commentary: medical student distress: a call to action*. *Academic medicine*. 2011 Jul; 86(7):801–3.

- Enns MW, Cox BJ, Sareen J, Freeman P. *Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation*. Medical education. 2001 Nov ;35 (11) :1034–42.
- Eriksson, M. & Lindstöm, B. *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2005;59:460-466
- Esteva M, Larraz C, Jiménez F. *Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work*. Revista Clinica Española. 2006;206(2):77–83.
- Estrada Ballesteros C, Gil Nebot M, Galán Labaca I, García Merino I, Messeguer Barros, CM. *Jóvenes ante su salud*. Madrid : Dirección General de Salud Pública, 2001 .ISBN: 84-451-2001-8
- Fiala SJ. *Normal Is a Place I Visit*. Journal of the American Medical Association. 2004; 291(24): 2924–2926.
- Fredericks MA, Mundy P. *The relationship between social class, stress-anxiety responses, academic achievement, and internalization of professional attitudes of students in a medical school*. Journal of medical education. 1967 Nov;42(11):1023–30.
- Freire P, "Mentoring the mentor: a critical dialogue with Paulo Freire," *Counterpoints: Studies in the Postmodern Theory of Education*, Vol 60, 1997, ISBN 0-8204-3798-0
- Fundación Patronato de huérfanos de la Organización Médica Colegial. *La visión del PAIME por los presidentes de los Colegios de Médicos*. Accesible a 6 Oct 2012 en: <http://www.fphomc.es/print/52>
- Furegato ARF. *Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health*. Revista latino-americana de enfermagem [Internet]. 2008;16(2):198–204.
- Gaensbauer T, Mizner G. *Developmental stresses in medical education*. Psychiatry. 1980;43(1):60–70.
- Galán F, Sanmartín A, Polo J, Giner L. *Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey*. *International archives of occupational and environmental health* [Internet]. 2011 Apr [cited 2012 Nov 7];84(4):453–9.
- García Vega Á, Muñoz Cabeza M, Ortega Junco E, Peñalver Marquina I, San Miguel Méndez C. *Salud Mental*. Congreso MPSP: Dpto Medicina Preventiva y Salud Pública UAM; 2010. p. 5.
- Genn JM. *AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective*. Medical Teacher. 2001;23(5):445–54.
- Goldberg, David. *General Health Questionnaire: Manual de uso*. NFER, Windsor 1978.
- Goldberg DP & Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychol Med 1979;9:139–45.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. *The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care*. Psychological Medicine. 1997;27(01):191–7.

González Casanova B, Hernández Sánchez AI, Hernando Arteché A, Monedero Martínez-Pardo E, Muñoz García N, Román Pascual A. *Morbilidad psiquiátrica menor en estudiantes de medicina*. Madrid. Congreso MPSP: Dpto Medicina Preventiva y Salud Pública UAM; 2006

Grol R, Grimshaw J. *Research into practice I From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. The Lancet. 2003;362(Oct 11):1225–30.

Guthrie E, Black D, Creed F, Shaw C. *Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study*. J R Soc Med. 1998;91(5):237–43.

Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. *Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students*. Medical education. 1995 Sep 20;29(5):337–41.

Habashneh Sánchez S, Lisbona Sáez C, López Godino O, Mata Orús M, Rubio González B, Sánchez Escudero. *Estudio evolutivo del estado de salud mental en estudiantes de medicina*. Congreso de Medicina Preventiva y Salud Pública UAM; 2009. p. 5.

Hackett TP, Cassem NH et al. *Los comienzos. Consulta psiquiátrica en un hospital general*. En: Psiquiatría de Enlace en el hospital general. NH Cassem (3º ed). Madrid, Díaz de Santos 1994. Cap.1.

Hammond SM, O'Rourke M, Kelly M, Bennett D, O'Flynn S. *A psychometric appraisal of the DREEM*. BMC medical education. 2012 Jan;12(1):2.

Hamilton TK, Schweitzer RD. *The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000 Oct;34(5):829–35.

Hanson S. *Teaching health care ethics: why we should teach nursing and medical students together*. Nurs Ethics. 2005;12(2):167–76.

Harden RM, Crosby J. *AMEE Guide 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher*. Med Teach. 2000; 22(4):334–48.

Harvey, S. B., Laird, B., Henderson, M. & Hotopf, M. (2009) *The Mental Health of Health Care Professionals*. London: Department of Health.

Hassan TM, Ahmed SO, White AC, Galbraith N. *A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill*. Clinical Medicine; 2009 Aug 1 ;9(4):327–32. Available from: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/9/4/327.full>

Hassed C, de Lisle S, Sullivan G, Pier C. *Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program*. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009;14(3):387–98.

Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, Chalder T, Harvey SB, Hotopf M, et al. *Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study*. BMJ open. 2012 Jan ;2(5):1–8.

Henning K, Ey S, Shaw D. *Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students*. Med Educ. [Internet]. 1998 Sep;32(5):456-64.

Heru A, Gagne G, Strong D. *Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress*. Academic psychiatry. 2009;33(4):302-6.

Hipócrates de Cos. *Tratados médicos* (420-350 aC). [Trad. JM Alsina Ed Anthropos 2001. ISBN 84-7658-596-9]

Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. *Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients*. Academic medicine. 2011 Mar;86(3):359-64.

Holm M, Tyssen R, Stordal K, Haver B. *Self-development groups reduce medical school stress: a controlled intervention study*. BMC Med Educ. 2010;10:23.

Huppert F a. *Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences*. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2009 Jul ;1(2):137-64.

Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 1999.

Iversen, A., Rushforth, B., & Forrest, K. *How to handle stress and look after your mental health*. British Medical Journal, 2009;338:1139-1144.

Jafari N, Loghmani A, Montazeri A. *Mental health of Medical Students in Different Levels of Training*. International journal of preventive medicine. 2012 Mar;3(Suppl 1):S107-12.

Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. *A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction*. Annals of behavioral medicine. 2007 Feb;33(1):11-21.

Jané-Ilopis E. *From evidence to practice: mental health promotion*. Promotion & Education Reviews of evidence. Promotion and Education. 2005; 12(21):21-7.

Kidd CB. *Psychiatric morbidity among students*. British journal of preventive & social medicine. 1965 Oct;19(4):143-50.

Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Strain EC, Stout JC, Tarr KL, Holliday JE, et al. *Modulation of cellular immunity in medical students*. Journal of behavioral medicine. 1986 Feb;9(1):5-21.

Kjeldstadli K, Tyssen R, Finset A, Hem E, Gude T, Gronvold NT, et al. *Life satisfaction and resilience in medical school--a six-year longitudinal, nationwide and comparative study*. BMC medical education. 2006 Jan;6:48.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Lange I, Vio F. et al *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de educación superior*. INTA-OPS. 2006.

Accesible en: http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/01/Guia-Universidades-Saludables_INTAOPS.pdf

- Lave J & Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press. 1991.
- Lief HI; Fox RC. *The medical students training for detached concern*. En: Lief HI; Lief VF; Lief NR (Eds) *The psychological basis of medical practice*: Harper and Row, 1963.
- Linda LM, Worley MD. *Our Fallen Peers: A Mandate for Change*. *Academic Psychiatry*. 2008;32(1):8-12.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. *Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population*. *Psychological Medicine*. 1986 Feb 1;16(01):135-40.
- López Giménez, M.R.; Pastor y Aldeguer, V.; Poveda de Agustín, J.; Santa-María Morales, A.; Rodríguez Fernández, M.I.; Alonso Fraile, S.; García Fernández de Villalta M. *"Influencia de factores académicos en la calidad de vida de los estudiantes de Medicina en la U.A.M."* *Educación Médica*. 2001;4(3):118.
- López Giménez MR, Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI, Santa-María Morales A, Pastor y Aldeguer V. *"La Medicina del próximo Siglo: el cuidado de la Salud Mental en la Educación Médica"*. "XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica", Lleida, 23 de Octubre de 1999.
- Löve J, Dellve L, Eklöf M, Hagberg M. *Inequalities in maintenance of health and performance between young adult women and men in higher education*. *European journal of public health* [Internet]. 2009 Apr [cited 2011 Nov 3];19(2):168-74.
- Malleson N. *The distressed student*. *Lancet*. 1954 Apr 17;266(6816):824-5.
- Marín Huarte, N; Mompó Bufalá, B; Pozancos de Simón, T; Redondo Alamillos, M; Rosado Dawid, N; Sales Sanz A. *Valoración de los factores que influyen en la salud mental de los estudiantes de medicina de la UAM en el siglo XXI*. Congreso de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina UAM, 2008.
- Marinas JM, Conde F. *Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños: quinta monografía del Programa de Investigación del Sistema de Información de Indicadores de Salud de carácter Sociocultural*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. 1997 p. 98. ISBN: 84-451-1401-8
- Marshall, J. (2008). *Doctors' health and fitness to practise: Treating addicted doctors*. *Occupational Medicine*, 58, 334-340.
- Matute S. et al. *La percepción de la salud en función de las diferencias sexuales*. *Revista de treball social*. 1999; 156: 46-60
- Merton RK. *Some preliminaries to a sociology of medical education*. En: Merton RK; Reader G; Kendall PL (Eds). *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education*: Harvard University Press, 1957.
- Midtgaard M, Ekeberg Ø, Vaglum P, Tyssen R. *Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study*. *European psychiatry*. 2008 Oct ;23(7):505-11.

Ministerio de Salud. *Carta de Edmonton para la Promoción de la Salud publicada en la Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior*. 2006. Santiago de Chile, Anexo 2, paginas 43-49. www.redups.cl

Ministerio de Sanidad y Política Social. "Encuesta Nacional de Salud". 2006, p237.

Ministerio de Sanidad y Política Social, Servicio de Promoción de la Salud. *Avanzando hacia la equidad: Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Comisión Determinantes sociales de la Salud. 2008 Madrid; p. 6 y sig.

Mitchell M, Srinivasan M, West DC, Franks P, Keenan C, Henderson M, et al. *Factors Affecting Resident Performance : Focused Literature Review*. Review Literature And Arts Of The Americas. 2005;80(4):376–89.

Molina JD, Andrade-Rosa C, González-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real M a, Pintor C. *The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain*. European psychiatry. 2006 Oct;21(7):478–86.

Money N, Moore M, Brown D, Kasper K, Roeder J, Bartone P, et al. *Best Practices indentified for Peer-support programs*. Centers of Excellence for psychological health-USA, 2011 p. 6 y sig.

Morgan, Marlo. *Mutant message down under*. Harper Collins Eds. 1990

Morin E, Vallejo-Gómez TDM. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. INFORME UNESCO. París, Francia; 1999 p. 71.

Moutier C, Norcross W, Jong P, Norman M, Kirby B, McGuire T, et al. *The Suicide Prevention and Depression Awareness Program at the University of California, San Diego School of Medicine*. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges. 2012 Mar;87(3):320–6.

Murinson BB, Klick B, Haythornthwaite JA, et al. *Formative experiences of emerging physicians: gauging the impact of events that occur during medical school*. Acad Med 2010; 85:1331–1337

Murphy CA, Cupples ME, Percy A, Halliday HL, Stewart MC. *Peer-mentoring for first-time mothers from areas of socio-economic disadvantage: a qualitative study within a randomised controlled trial*. BMC health services research [Internet]. 2008 Jan;8(1):46.

Myers M, Watkins T, Microys G. (eds.) *Guide to Physician Health and Well-Being. Facts, advice and resources for Canadian doctors*. 1ªed.Ottawa: Canadian Medical Association 2003.

Nagyova I, Krol B, Szilasiova A, Stewart RE, Dijk JP Van, Heuvel WJA Van Den. *General Health Questionnaire-28: psychometric evaluation of the Slovak version*. Studia Psychologica. 2000;42(4):351–61.

National Health and Medical Research Council. *Promoting the health of Indigenous Australians. A review of infrastructure support for Aboriginal and Torres Strait Islander health advancement. Final report and recommendations*. Canberra: NHMRC, 1996: part 2: 4.

Navarro V (ed.), *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing, 2004.

- NHS, *Practitioner Health Programme: Report on the two year prototype service October 2008 – September 2010*. London, UK; 2010. Disponible en: www.php.nhs.uk
- NHS Chief MO. *Good doctors, safer patients: Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients*. Informe del Department of Health, London. 2006.
- Nuzzarello A, Goldberg JH. *How perceived risk and personal and clinical experience affect medical students' decisions to seek treatment for major depression*. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2004 Sep;79(9):876–81.
- O'Neil MK, Lancee WJ, Freeman SJ. *Psychosocial factors and depressive symptoms*. *The Journal of nervous and mental disease*. 1986 Jan;174(1):15–23.
- Oliver K, Collin P, Burns J, Nicholas J. *Building resilience in young people through meaningful participation*. *Advances in Mental Health*. 2006;5(1):34–40.
- Omaña P, Ricardo. *Estudio sobre la Depresión según la encuesta nacional de salud 1995-2003*. Tesis doctoral, Dpto Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid. 2008. Pags 25-29
- OMC. *Código de deontología médica* [Internet]. Sede Madrid; 2011 p. 1–58. Accesible en: www.cgcom.es
- OMC. *Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)* Disponible en: <http://www.fphomc.es/print/37>
- Omigbodun OO, Odukogbe A-TA, Omigdobun AO, Yusuf OB, Bella TT, Olayemi O. *Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(5):415–21.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization 1986. WHO/HPR/HEP/95.1.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Sundswall Statement on Supportive Environments for Health*. Sundswall: Organización Mundial de la Salud; 1991. WHO/HPR/HEP/95.3.p. 3–4.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Adelaide, Australia; 1998. WHO/HPR/HEP/95.2; p. 5–9.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. 6th Global Conference on Health Promotion. 2005. WHO/HPR/HEP/95.5.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *The Nairobi Call to Action for closing the implementation gap in Health Promotion*. 2009. WHO/HPR/HEP 95.6
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *A snapshot of the health of young people in Europe*. Copenhagen: WHO (Europa) 2009.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Mental Health Atlas*. 2011. ISBN: 9799241564359. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/

Padrós Selma, J. *El programa PAIME*. SEMERGEN 2003;29(supl.1):20-24.

Pastor V., Poveda J, López, MR, Santa-María A, Rodríguez MI. *Cuestionario patentado con el título "Encuesta sobre el estado de salud mental en estudiantes universitarios"*, número de asiento registral 16/2003/3286.

Pastor y Aldeguer, V.; López Giménez, M.R ; Rodríguez Fernández, M.I.; Santa-María Morales, A.; Poveda de Agustín, J.; García Fernández de Villalta, M.; Alonso Fraile S. *"Relación entre la percepción subjetiva de la Salud Mental y la valoración cuantitativa en estudiantes de Medicina de la U.A.M."* Educación Médica. 2001;4(3):118.

Pastor y Aldeguer V, López Giménez MR, Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI, Santa María Morales A. *"Expectations and Motives relating to medical studies reported by U.A.M. students"*. Abstracts of the Association for Medical Education in Europe (AMEE) Conference, Linköping, Sweden, 29 August - 1 September 1999: part 3. Medical Teacher 2000, Vol. 22, No. 3 , Pages 301-313

Pastor y Aldeguer, V.; Poveda de Agustín, J.; Rodríguez Fernández, M.I.; Santa-María Morales, A.; López Giménez MR. *"Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid"*. Educación Médica. 2000;3(3):122-9.

Patterson P, Yealy D. *Resident fatigue, distress, and medical errors*. JAMA. 2010; 303(4):329.

Pearls F. *El enfoque Gestáltico*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile 1976.

Peñacoba C y Moreno B. *La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos poblacionales específicos*. Ansiedad y Estrés 1999; 5(1):61-78.

Peñarrubia F. *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial 1998, pag 83-84.

Pinkerton RS, Rockwell WJ. *Very brief psychological interventions with university students*. Journal of American college health: J of ACH [Internet]. 1994 Jan [cited 2012 Jan 24];42(4):156-62.

Pitts FN, Winokur G, Stewart MA. *Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students*. American Journal of Psychiatry. 1961 Oct 1;118(4):333-40.

Poveda JM (director). *Chamanismo: El arte natural de curar*. Ed. Temas de Hoy.

Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI, SantaMaría Morales A, López Giménez MR, Pastor y Aldeguer V. *"El cuidado de la Salud Mental de los futuros médicos"*. V European IUHPE Conference, Santander, 10 -13 de Mayo de 2000.

Price EG, Beach MC, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, Smarth C, Jenckes M, Feuerstein C, Bass EB, Powe NR. *A Systematic Review of the Methodological Rigor of Studies Evaluating Cultural Competence Training of Health Professionals*. Academic Medicine. 2005;80(6):578-86.

Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. *Mistreatment of university students most common during medical studies*. BMC medical education. 2005 Jan;5:36.

Reed D a, Shanafelt TD, Satele DW, Power D V, Eacker A, Harper W, et al. *Relationship of pass/fail grading and curriculum structure with well-being among preclinical medical students: a multi-institutional study*. Academic medicine. 2011 Nov;86(11):1367-73

Retolaza Balsategui A, Mostajo A, Rica JRDELA, Garramiola AODE, De JP. *Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993;13(46):5-6.

Rigol A, Honrubia M, Sabater P. *Estudio epidemiológico de factores de riesgo de psicopatología en mujeres estudiantes de enfermería*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis [Internet]. 2007. p. 1-7. Available from: www.psiquiatría.com

Rodríguez Fernández MI, Santa-María Morales A, López Giménez MR, Pastor y Aldeguer V, Poveda de Agustín J. *Factores académicos asociados a la salud mental de los futuros médicos*". V Congreso Nacional de Psiquiatría. Zaragoza, 18-21, Octubre de 2000.

Roff S, McAleer S, M Harden R, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H, et al. *Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)*. Medical Teacher; 1997 Jul 3 [cited 2012 Oct 26];19(4):295-9.

Rose G. *Sick Individuals and Sick Populations*. International journal of epidemiology. 1985;14(1):32-38.

Rose, Geoffrey. *La Estrategia de la Medicina Preventiva*. Barcelona, Masson. 1994. ISBN: 84-458-0149-X

Rosta E, Almási Z, Karácsony I, Konkoly Thege B, Hegedűs K. *Health behavior of medical students. Introduction of mental hygienic skills in the medical education in Hungary*. Orvosi hetilap. 2012 Jul 22;153(29):1153-7.

Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. Philadelphia Lippincot-Williams & Wilkinson 3rd Ed. 2008.

Salanova M, Schaufeli W, Martinez I, Bresó E. *How obstacles and facilitators predict academic performance: the mediating role of study burnout and engagement*. Anxiety, stress, and coping. 2010 Jan;23(1):53-70.

Sánchez LG. *Fundamentos psiquiatría de enlace*. Sesión formativa para MIR, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Juan - Alicante, España; 2011.

Santa-María Morales A, López Giménez MR, Pastor y Aldeguer V, Poveda de Agustín J, Rodríguez Fernández MI. *Salud mental y hábitos tóxicos en estudiantes universitarios de la U.A.M.*".V Congreso Nacional de Psiquiatría. Zaragoza, 18-21, Octubre de 2000.

Santamarina Vaccari C, Conde F. *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños : segunda monografía del Sistema de Información de Indicadores de Salud de carácter Sociocultural*. C.I.M.O.P. para Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. 1997, p.46. ISBN: 84-451-1345-3.

- Saracci R. *The World Health Organization needs to reconsider its definition of Health*. BMJ 1997;314:1409-10.
- Seligman MEP *Positive Health*. Applied psychology 2008,57, 3-18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x Blackwell Publishing, Oxford UK
- Seritan A, Hunt J, Shy A, Rea M, Worley L. *The state of medical student wellness: a call for culture change*. Academic psychiatry. 2012 Jan 1;36(1):7-10.
- Shapiro SL, Shapiro DE SG. *Stress management in medical education: a review of the literature*. Acad Med. 2000;75(7):748-59.
- Slaikeiu K. *Intervención en crisis*. Editorial Manual Moderno, 1996.
- Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organisation. April 2007.
- Stayte DJ, Goldie La. *Mental health of doctors*. Journal of the Royal Society of Medicine. 1984;77(02):345.
- Storrie K, Ahern K, Tuckett A. *A systematic review: Students with mental health problems--a growing problem*. Int J Nurs Pract. Wiley-Blackwell Publishing Ltd.; 2010;16(1):1-6.
- Talbott G, Gallegos K, Wilson P, Porter T. *The Medical Association of Georgia's impaired physicians program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty*. JAMA 1987;257:2927-30.
- Tartas M, Walkiewicz M, Majkovicz M, Budzinski W. *Psychological factors determining success in a medical career: a 10-year longitudinal study*. Medical teacher . 2011 Jan;33(3): 163-72.
- Taylor C, Graham J, Potts H, Candy J, Richards M, Ramirez A. *Impact of hospital consultants' poor mental health on patient care*. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2007 Mar;190:268-9.
- Teasdale E.L. , Mc Keown S. *Creating Healthy Work Organisations* (p.140) en Cooper C.L. and Williams S (eds.). Chichester, England: Wiley. 1994.
- Thomas CB, Murphy EA. *Further studies on cholesterol levels in the Johns Hopkins medical students: the effect of stress at examinations*. Journal of chronic diseases. 1958 Dec ;8(6):661-8.
- Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan J a, et al. *How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study*. Journal of general internal medicine. 2007 Feb ;22(2):177-83.
- Thomas SE, Haney MK, Pelic CM, Shaw D, Wong JG. *Developing a program to promote stress resilience and self-care in first-year medical students*. Canadian medical education journal. 2011 Jul;2(1):e32-e36.

- Thompson, W.T., Cupples, M.E., Sibbett, C.H., Skan, D.I., & Bradley, T. (2001). *Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study*. British Medical Journal, 323, 728–731.
- Tosevski DL, Milovancevic MP, Gajic SD. *Personality and psychopathology of university students. Current opinion in psychiatry*. 2010 Jan;23(1):48–52.
- Travis, JW et al. *The Wellness Inventory* (Wellness Associates, 1975, 1981, 1988, 2003). Accesible on line en: www.WellPeople.com
- Tsouros AG. In: Tsouros, Dowding G, Thompson J, Dooris M (eds). *Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action*. OMS - Oficina Regional Europea. Copenhagen 1998, pag 11.
- Uhari M, Kokkonen J, Nuutinen M, Vainionpaa L, Rantala H, Lautala P, et al. *Medical student abuse: an international phenomenon*. JAMA 1994 Apr 6;271(13):1049–51.
- Unidad de Igualdad UAM. *"II Diagnóstico de Igualdad de la UAM"*. Universidad Autónoma de Madrid; 2012 p. 113.
- Üstün B., Jakob R. *Calling a spade a spade: meaningful definitions of health conditions*. Bull World Health Organ 2005;83:802.
- Velayudhan A, Gayatrivedi S, Bhattacharjee RR. *"Efficacy of behavioral intervention in reducing anxiety and depression among medical students."* Industrial psychiatry journal. 2010 Jan;19(1):41–6.
- Vitaliano PP, Maiuro RD, Mitchell E RJ. *Perceived stress in medical school: resisters, persistors, adaptors and maladaptors*. Soc Sci Med. 1989;28(12):1321–9.
- Wallace JE. *Mental health and stigma in the medical profession*. Health (London, England : 1997). 2012 Jan;16(1):3–18.
- Waring EM. *Psychiatric illness in physicians: a review*. Comprehensive psychiatry. 1974;15(6):519–30.
- Warr, P. (1994). *A conceptual framework for the study of work and mental health*. *Work and stress*, 8 (2), pp.84–97.
- Wells J. *The impact of stress amongst health professionals*. Journal of mental health (Abingdon, England). 2011 Apr ;20(2):111–4.
- Werneke U, Goldberg Dp, Yalcin I, Üstün Bt. *The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire*. Psychological Medicine. 2000 Jul 1;30(04):823–9.
- West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. JAMA. 2006;296(9):1071-1078.
- West CP, Shanafelt TD. *The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education*. BMC medical education. 2007 Jan;7:29.

West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. *Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors*. JAMA. 2009;302(12):1294–300.

Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, Gorman MLO, et al. *Medical Students' Experiences of Moral Distress : Development of a Web-Based Survey*. Acad Med. 2010;85:111–7.

Williams S, Rogers C, Peel P, Harvey SB, Henderson M, Madan I, et al. *Measuring how well the NHS looks after its own staff: methodology of the first national clinical audits of occupational health services in the NHS*. Journal of evaluation in clinical practice. 2012 Apr ;18(2):283–9.

Worley LLM. *Instilling happiness into medical school: the University of Arkansas College of Medicine's Medical Student Mental Health Program*. J Ark Med Soc 1998; 94:391–393

Yamaguchi N, Shimazaki M, Hori M, Shiraishi H. *Early intervention and treatment of depressive and manic states among university students*. Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine. 1994 May;52(5):1383–7.

Yusoff MSB, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. *The impact of medical education on psychological health of students: A cohort study*. Psychology, health & medicine. 2012 Nov 12; Accessible (ultimo acceso 26 de marzo de 2013) en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23140393>

OTROS ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES

Al-Nime M. *"Measuring mental health following the 6-year American invasion of Iraq. A general health questionnaire analysis of Iraqi medical and dentistry students."* Neurosciences (Riyadh). 2010;15(1):27–32.

Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. *Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. A cross-sectional study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2007; 42(1):57–60.

Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. *"Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários"*. Estudos de Psicologia (Natal, Brazil). 2005 Dec;10(3):413–20.

Cheung P, Spears G. *Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item General Health Questionnaire*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology [Internet]. 1994 Apr [cited 2012 Oct 1];29(2):95–9.

Cleary M, Horsfall J, Baines J, Happell B. *Mental health behaviours among undergraduate nursing students: Issues for consideration*. Nurse education today [Internet]. 2011 Dec 9 [cited 2012 Jan 24]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22154953>

Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. *Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students*. Academic medicine. 2006 Apr;81(4):354–73.

- Elzubeir M a, Elzubeir KE, Magzoub ME. "Stress and coping strategies among Arab medical students: towards a research agenda." *Education for health* (Abingdon, England) . 2010 Apr;23(1):1-16.
- Emami H. *Epidemiological Studies on Mental Health in Tehran -Iran*. Health (San Francisco). Umea University, Sweden; 2008. p. 40.
- Furegato ARF. *Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health*. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2008;16(2):198-204.
- Haglund MEM, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM, et al. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Academic medicine*. 2009 Feb;84(2):258-68.
- Hamilton TK, Schweitzer RD. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000 Oct;34(5):829-35.
- Hayasaka Y, Nakamura K, Yamamoto M, Sasaki S. *Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors*. *Industrial Health* [Internet]. 2007;45(6):781-6.
- Kinoyama M, Nitta H, Ota T, Hatase H, Hara S. *Assessment of stress levels of students centering on the Stressometer and the GHQ28 General Health Questionnaire*. *Neurologic Clinics*. 2007 p. 1-16.
- Lionis C, Thireos E, Antonopoulou M, Rovithis E, Philalithis A, Trelle E. "Assessing university students' health needs: lessons learnt from Crete, Greece." *European journal of public health*. 2006 Feb;16(1):112.
- Loureiro E, McIntyre T, Mota-cardoso R, Ferreira MA. *A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto*. *Acta Med Port*. 2008;21(3):209-14.
- Lúcia V, Facundes D, Ludermir AB, Diphg V, Ghwhuplqh WR, Suhydohqfh WKH, et al. *Common mental disorders among health care students Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde*. *Sciences-New York*. 2005;6375(81):194-200.
- Marshall LL, Allison A, Nykamp D, Lanke S. *Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students*. *American Journal of Pharmaceutical Education*. *American Journal of Pharmaceutical Education*; 2008;72(6):137.
- McMichael a J, Hetzel BS. *An epidemiological study of the mental health of Australian university students*. *International journal of epidemiology*. 1974 Jun;3(2):125-34.
- McMichael AJ, Hetzel BS. *Mental health problems among university students, and their relationship to academic failure and withdrawal*. *The Medical journal of Australia*. 1975 Apr 19;1(16):499-504.

- Miller P, Surtees P. *Psychological symptoms and their course in first-year medical students as assessed by the Interval General Health Questionnaire (I-GHQ)*. Br J Psychiatry. 1991;159:199–207.
- Moshki M, Amiri M, Khosravan S. *Mental health promotion of Iranian university students: the effect of self-esteem and health locus of control*. Journal of psychiatric and mental health nursing [Internet]. 2012 Oct;19(8):715–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22074491>
- Nagyova I, Krol B, Szilasiova A, Stewart RE, Dijk JP Van, Heuvel WJA Van Den. *General Health Questionnaire-28: psychometric evaluation of the Slovak version*. Studia Psychologica. 2000;42(4):351–61.
- Ofilo AN, Oriaifo I, Okungbowa E EE. *Stress and psychological health of medical students in a Nigerian university*. Niger J Clin Pract. 2009;12(2):128–33.
- Omigbodun OO, Odukogbe A-TA, Omigdobun AO, Yusuf OB, Bella TT, Olayemi O. *Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(5):415–21.
- Pereira Colls AC. *“Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situación de alta y baja exigencia académica. Universidad de los Andes. Venezuela”*. Tesis Doctoral UAM; 2011.
- Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. *“Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal.”* BMC medical education. 2007 Jan;7:26.
- Warbah L, Sathiyaseelan M, Vijayakumar C, Vasantharaj B, Russell S, Jacob KS. *Psychological distress, personality, and adjustment among nursing students*. Nurse Education Today [Internet]. 2007;27(6):597–601.