

PERFIL PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN UNIVERSIDAD DEL CUSCO

PSYCHOLOGICAL PROFILE IN MEDICINE STUDENTS AT UNIVERSITY IN CUSCO

Américo Muñiz Álvarez^{a,b,c,d}

Resumen. Se realiza un estudio transversal en estudiantes de medicina de 5to ciclo de Medicina Humana en la Universidad Andina del Cusco, estudiando el perfil psicológico. Se aplican, previo consentimiento informado, los test de Gaston Berger, Impulsividad de Barratt, Agresividad de Buss y Perry, Habilidades Sociales de la OMS y SQR-18 del MINSa y se realiza un análisis de correlaciones entre las distintas variables con el sexo. Los resultados obtenidos más relevantes son que hay un nivel promedio de impulsividad y agresividad. Nivel Promedio-alto y alto en habilidades sociales. Nivel de ansiedad - depresión de 22%; 54.4% de síntomas psicóticos, 10.3% de problemas graves con el consumo de alcohol. Hay escasos niveles de correlación entre las variables. Se recomienda hacer estudios con mayor población y análisis factorial e implementar medidas de soporte emocional y consejería para los estudiantes.

Palabras clave: impulsividad, agresividad, habilidades sociales, síntomas psicológicos

Abstract. A transversal study is carried out in medical students of the 5th cycle of Human Medicine at the Universidad Andina del Cusco, studying the psychological profile. The Gaston Berger, Barratt Impulsivity, Buss and Perry Aggression, WHO Social Skills and SQR-18 MINSa tests are applied with prior informed consent and a correlation analysis between the different variables with sex is performed. The most relevant results obtained are that there is an average level of impulsivity and aggressiveness. Average-high and high in social skills. Level of anxiety - depression of 22%; 54.4% of psychotic symptoms, 10.3% of serious problems with alcohol consumption. There are few levels of correlation between the variables. It is recommended to conduct studies with a larger population and factor analysis and implement measures of emotional support and counseling for students.

Key words: impulsivity, aggressiveness, social skills, psychological symptoms

- a. Médico Cirujano. Ex docente universitario de Universidad Andina del Cusco
- b. Comunicaciones: amunizalvarez@hotmail.com
- c. UAC. Urbanización Ingeniería Larapa Grande A-7 - San Jerónimo.
- d. El autor declara no tener conflictos de interés

INTRODUCCIÓN

La carrera profesional de Medicina Humana demanda de los estudiantes y de los médicos graduados, determinadas características psicológicas que ponderen de mejor manera su desempeño como profesionales. En el caso particular de la profesión médica, es deseable que los profesionales tengan altos niveles de habilidades sociales y bajos índices de agresividad física, por citar algunas^{1,2,5}.

Delimitamos así el problema a un estudio situacional de qué perfil psicológico tienen los estudiantes del 5to ciclo de la Escuela profesional de Medicina Humana y qué correlación hay entre estos factores, para lo cual se realizó una serie de evaluaciones tipo test estandarizados de autollenado y se analizaron los resultados.

OBJETIVOS

Establecer el perfil psicológico de los alumnos de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco de 5to ciclo, del semestre 2019-1. Así se estudia el tipo caracterológico de personalidad, los niveles de impulsividad, de agresividad, las habilidades sociales y se evalúa la sintomatología en salud mental como depresión, ansiedad, psicoticismo, convulsiones y problemas con el consumo de alcohol de los estudiantes de 5to ciclo de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco. Se examina además los distintos niveles de correlación entre estas variables en nuestra muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio transversal, correlacional. Se evaluó a los alumnos de los cursos de Microbiología y Laboratorio Clínico, que forman parte del 5to semestre de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco, durante el semestre académico 2019-I, siguiendo el siguiente procedimiento: Se les reunió en distintas ocasiones, de manera que puedan ser evaluados todos los alumnos de dichos cursos. Se les explicó y se dieron los alcances del estudio y se admitió en la investigación a los alumnos que aceptaron participar, firmando el Consentimiento Informado respectivo. Se les proporcionó una carpeta con los test a evaluar, que fueron los siguientes: Caracterológico de Gaston Berger, Test de impulsividad de Barratt, Test de Agresividad de Buss y Perry, Test de Habilidades Sociales de la OMS para adolescentes y adultos, Cuestionario SQR-18 de la OMS utilizado por el MINSA (Ministerio de Salud).

Los criterios de inclusión: a) Participaron en la evaluación de las carpetas todos los alumnos que firmaron voluntariamente el Consentimiento Informado. b) Se consideraron como válidas las carpetas que estuvieran correcta y completamente llenadas, de manera que no hubiera fichas incompletas o dudosas.

Los criterios de exclusión: a) No se consideraron en el estudio las carpetas incompletas o con datos insuficientes. b) Los alumnos que no fueron a la evaluación en las fechas programadas o los que no aceptaron participar en el estudio.

Posteriormente, se procedió a la calificación de los test y se completó una tabla de resultados con los datos obtenidos del estudio en el programa MICROSOFT EXCEL 2016. El análisis estadístico se hizo con el programa IBM SPSS Statistics 24. Los parámetros estadísticos utilizados fueron Frecuencias y Porcentajes y la función de chi cuadrado de Pearson. Además, se utilizó el índice de correlación de Spearman para variables ordinales. Se analizó el nivel de correlación entre el Caracterológico de Gaston Berger y las otras variables y además el nivel de correlación entre las distintas variables entre sí.

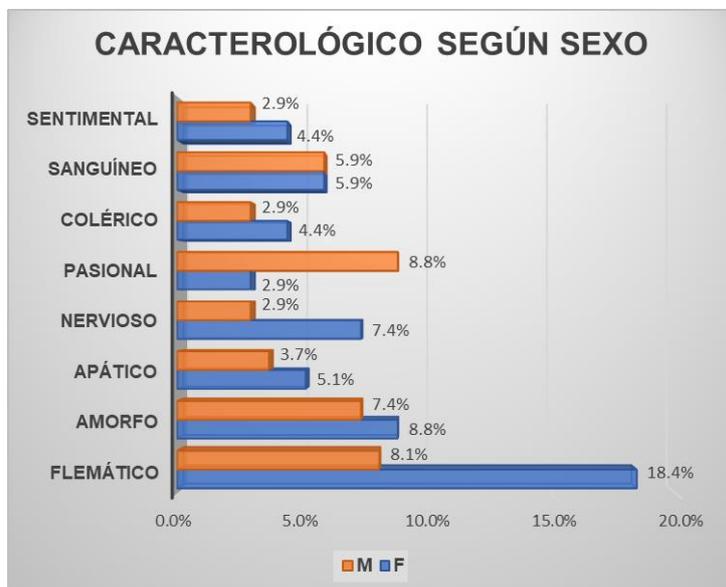
El muestreo se realizó considerando que en el semestre en el que se encuentran los alumnos de los mencionados cursos existe una población de 161 individuos, que corresponde al 13.9% de todo el Universo de alumnos de la Escuela Profesional de Medicina Humana que son 1160 en el semestre 2019- I. Considerando que los alumnos de 5to semestre son una zona muestral representativa media de la carrera, se evalúa esta población y se determina el tamaño de la muestra. Consideramos un intervalo de confianza de 95%, es decir Z es igual a 1.9. Consideramos el error muestral o precisión en 0.05 ó 5%. Nuestro tamaño muestral es de 136 individuos evaluados; por lo tanto, cumple con el tamaño requerido para evaluar los alumnos de 5to semestre.

RESULTADOS

De la muestra estudiada, de un total de 136 alumnos, 78 (57.4%) son mujeres y 58 (42.6%) son varones. El tipo Caracterológico¹⁹ con mayor presencia en la muestra es el flemático (26.5%), luego el amorfo (16.2%), después el pasional y sanguíneo (ambos con 11.8%), el nervioso (10.3%), después el apático (8.8%) y finalmente el colérico y sentimental (7.4% cada uno). De manera general podríamos decir que los alumnos con tipos caracterológicos

más frecuentes son en este orden: Flemático–Mujer, Amorfo–Mujer, Pasional–varón, Flemático–Varón, Nervioso–Mujer, Amorfo–Varón, Sanguíneo–Mujer, Sanguíneo–Varón, Sentimental–Mujer, Colérico–Mujer, Sentimental–Mujer, Apático–Varón, Nervioso–Varón, Colérico–Varón, Sentimental–Varón.

Gráfico 1. Caracterológico de Gaston Berger según sexo



Con respecto a la variable Impulsividad no Planeada, los alumnos que tienen esta impulsividad con valores más altos no difieren mucho en el sexo y son los varones ligeramente más impulsivos (11% vs 10.3%). Los niveles de Impulsividad no Planeada promedio son mayores en mujeres que en varones (41.2% vs 27.9%) y las mujeres tienen ligeramente más altos niveles de Impulsividad no Planeada baja (5.9% vs 3.7%). En relación a la variable Impulsividad Motora, los alumnos que tienen esta impulsividad con valores más altos no difieren mucho en el sexo y son las mujeres, ligeramente más impulsivas (4.4% vs 3.7%). Los niveles de impulsividad Motora promedio son mayores en mujeres que en varones (38.2% vs 36.0%) y las mujeres tienen mucho más altos niveles de Impulsividad Motora baja en comparación con los varones (14.7% vs 2.9%). Con respecto a la variable Impulsividad Cognitiva, los alumnos que tienen esta impulsividad con valores más altos son similares en el sexo y son las mujeres, ligeramente más impulsivas (4.4% vs 3.7%). Los niveles de Impulsividad Cognitiva promedio son mayores en mujeres que en varones (51.5% vs 38.2%) y las mujeres tienen más altos niveles de Impulsividad Cognitiva baja en comparación con los varones (1.5% vs 0.7%)¹⁵.

Gráfico 2. Test de Barratt.

Impulsividad No Planeada/sexo

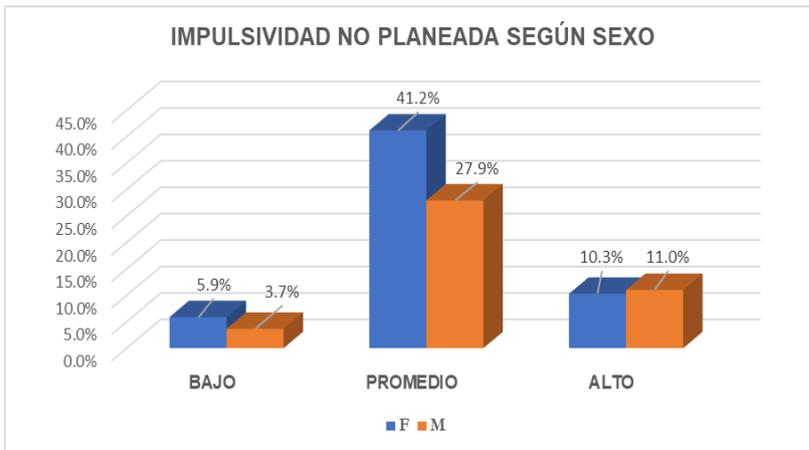


Gráfico 3. Test de Barratt..

Impulsividad Cognitiva/sexo

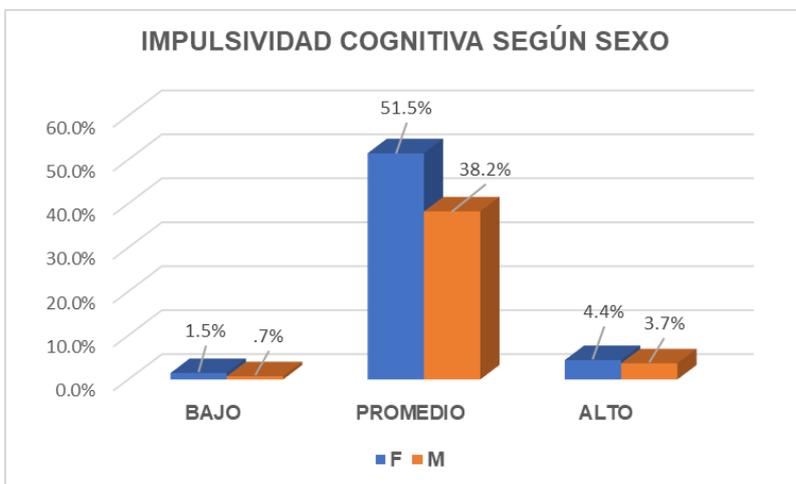
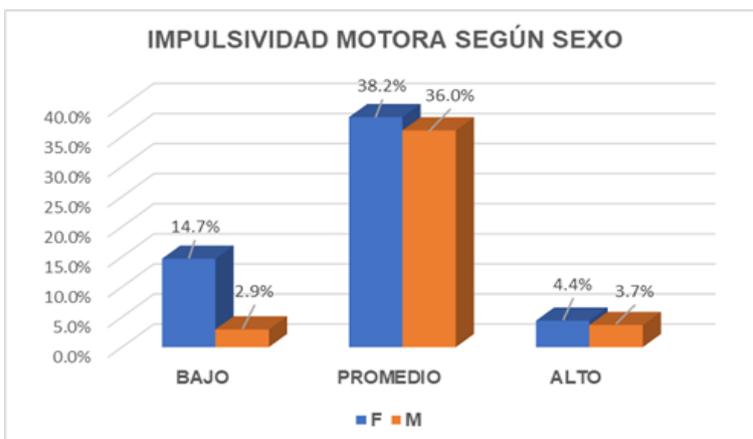


Gráfico 4. Test Barratt.

Impulsividad Motora/sexo



Al evaluar el test de Agresividad de Buss y Perry, se encontraron datos significativos: Existe en la muestra niveles de Agresividad Física altos y muy altos de 19% aproximadamente y con una tendencia marcadamente importante en varones. También, niveles de Agresividad Verbal destacados, tanto en varones como en mujeres. Las respuestas con respecto a la Ira mantienen un nivel más bien tendiente a lo bajo, es decir en nuestra muestra no hay niveles de Ira muy marcados y tiende hacia un promedio o hacia abajo. De manera similar, las frecuencias son en general promedio y bajo o muy bajo con respecto a la Hostilidad y también predomina en el sexo femenino un nivel de Hostilidad bajo. Un dato llamativo es que el 19.1% de nuestra muestra responde a los test de Agresividad Física como alto o muy alto; es decir que 1/5 de la muestra manifiesta niveles altos de Agresividad Física, marcadamente favorable en términos cuantitativos hacia los varones.

Gráfico 5. Test de Buss y Perry.

Agresividad Física/sexo

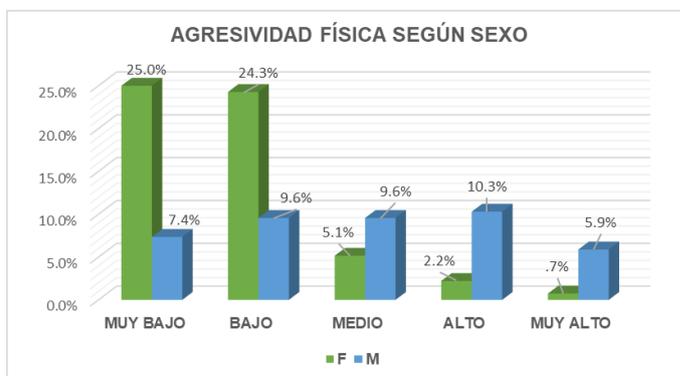


Gráfico 6. Test de Buss y Perry.

Agresividad Verbal/sexo

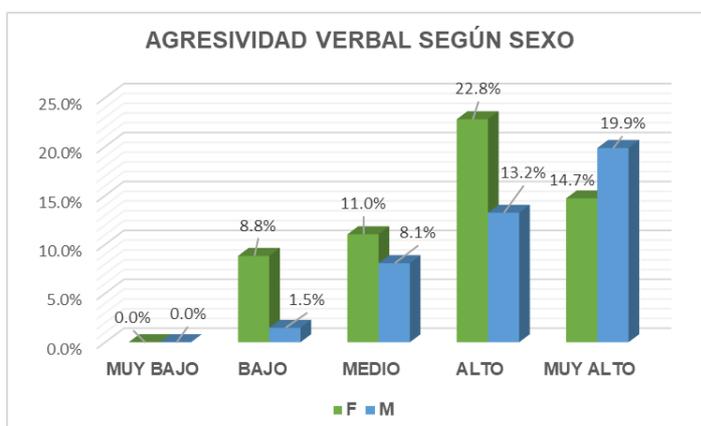


Gráfico 7. Test de Buss y Perry.

Ira/sexo

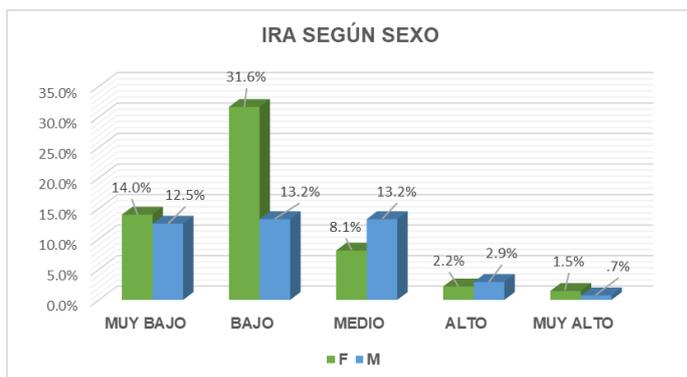
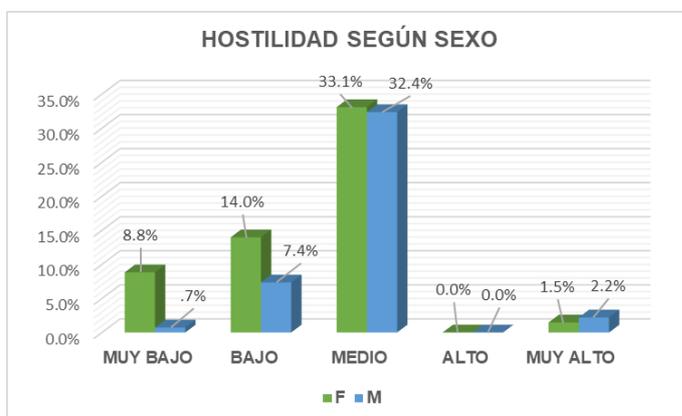


Gráfico 8. Test de Buss y Perry.

Hostilidad/sexo



Con respecto al test de Habilidades Sociales: La Asertividad en nuestra muestra es marcadamente alta si evaluamos los ítems promedio-alto, alto y muy alto, sumando entre ellos el 64% de toda la muestra. Es decir, entre los alumnos evaluados existen buenos niveles de Asertividad, característica importante en las relaciones interpersonales, con tendencia favorable a las mujeres. La Comunicación, por su parte, muestra niveles promedio-alto, alto y muy alto de 40.5%. Es importante destacar que el promedio en general al evaluar niveles de Comunicación es de 25% aproximadamente; pero en la muestra analizada, hay un significativo 34.5% de niveles bajos o promedio bajos de esta variable. La Autoestima, a su vez, tiene un comportamiento característico con un 47% de

frecuencias entre promedio-alto, alto y muy alto. El 20% de la muestra tiene niveles promedio de Autoestima y un importante 33.1% tiene niveles promedio-bajo o bajo, donde destaca el 7.4% de baja Autoestima. Al evaluar Toma de Decisiones vemos que el 37.5% tiene niveles de esta variable promedio-alto, alto o muy alto. 30% tiene niveles promedio y 32.3% niveles promedio-bajo o bajo de Toma de Decisiones.

Gráfico 9. Test de habilidades sociales de la OMS

Asertividad/sexo

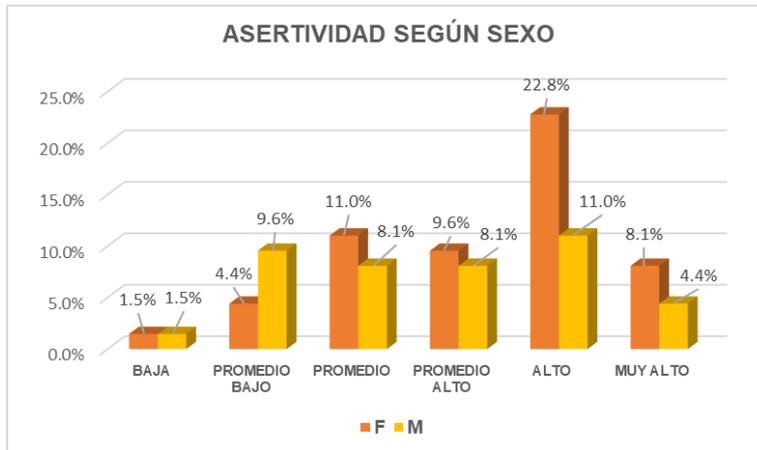


Gráfico 10. Test de habilidades sociales de la OMS

Autoestima/sexo

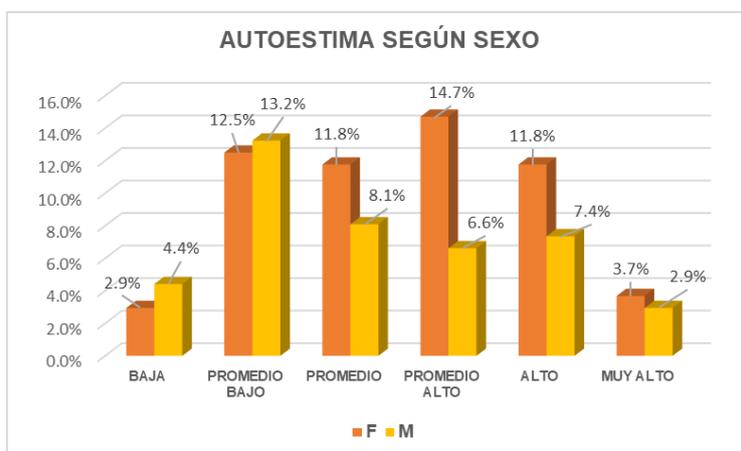


Gráfico 11. Test de habilidades sociales de la OMS

Toma de Decisiones/sexo

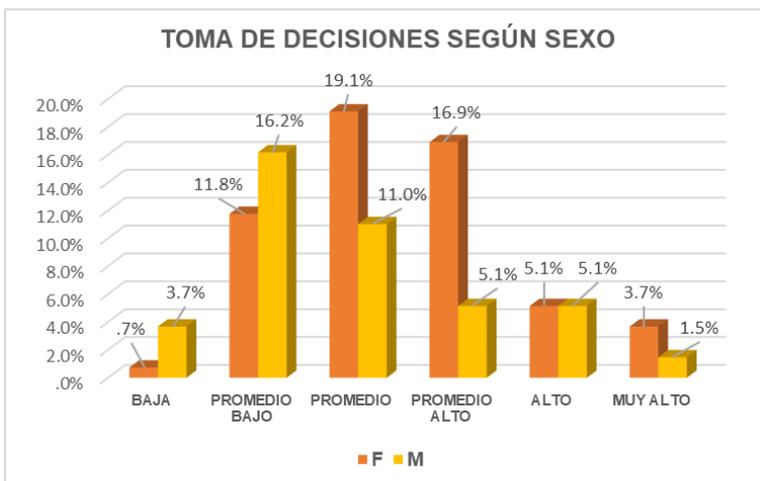
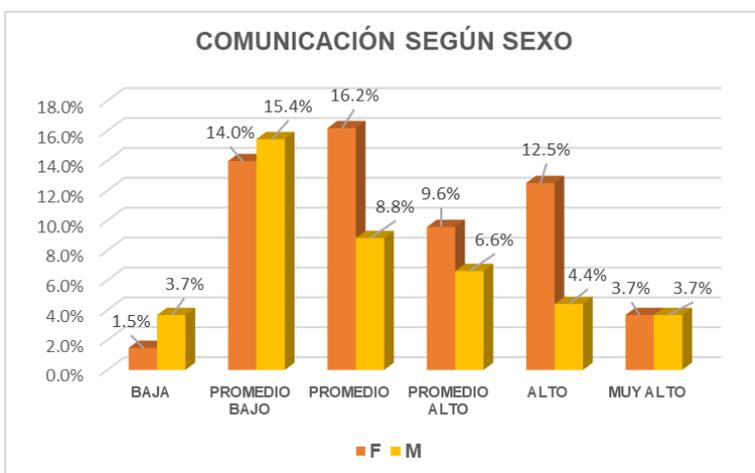


Gráfico 12. Test de habilidades sociales de la OMS

Comunicación/sexo



Ahora, analicemos el SQR-18 en esta investigación. La tercera parte de nuestros alumnos manifiestan en el test, resultados positivos para Ansiedad (32.4%), muy favorable cuantitativamente hacia las mujeres con 25% en este grupo. Con respecto al diagnóstico probable de Depresión: la cuarta parte (25%) de la muestra analizada, responde en sus test, positivo para Depresión - con la salvedad de nuestras adaptaciones al Formato SQR-18 para fines de esta investigación. Lo que mide el SQR son los casos probables de trastornos de Ansiedad y/o Depresión, en ese sentido nuestra investigación arroja que el 22.8% de los alumnos responden a su test de SQR-18 como caso probable de Ansiedad y/o Depresión. El 16.9% de estos alumnos con Ansiedad + Depresión son mujeres.

Llama la atención que el 54.4% (más de la mitad) marcan en sus test de SQR-18, positivo para Síntomas Psicóticos. De los cuales 29% son mujeres y 25.4% son varones. De esto hay varias cosas que analizar, en primer lugar, que la distribución de los Síntomas Psicóticos es similar en ambos sexos. En segundo lugar, que puede ser que el test no sea muy sensible ni específico para este diagnóstico y que este test sobrevalore este diagnóstico, lo cual - sin embargo - no debería desanimarnos sino más bien alentarnos a una exploración más exhaustiva. Y finalmente, que la edad de los alumnos evaluados, es decir entre los 18 y los 24 años en promedio, es justamente el momento en que se empiezan a manifestar algunos trastornos psicóticos, del ánimo, etc., y se pueden acentuar rasgos de algunos trastornos de la personalidad. Sin ninguna intención de patologizar, sino ceñirnos a los datos obtenidos: las Esquizofrenias en sus distintas manifestaciones tienen por lo común un inicio de síntomas en ese rango de edad. Lo mismo pasa con El Trastorno Bipolar, Los Trastornos Obsesivos Compulsivos, las personalidades Esquizoides, Esquizotípicas, Paranoides; etc⁹.

Por otra parte, no se han encontrado casos positivos para trastornos convulsivos en nuestra muestra; de esto podríamos afirmar que, si bien entre los alumnos evaluados no hay casos de trastornos convulsivos, es posible que en otras muestras si puedan encontrarse.

Con respecto al tema de consumo de alcohol, también se hicieron modificaciones a la forma de evaluación de este aspecto en el test de SQR-18. En concreto, cerca del 70% manifiesta no beber, es decir no tener ningún problema con el consumo de alcohol. Nosotros además hemos hallado que el 8.8% de las mujeres tiene problemas leves con el Consumo de Alcohol. 21.3% de los varones tiene problemas leves con el Consumo de Alcohol. Pero un significativo 10.3%, que son en nuestra muestra exclusivamente varones, manifiestan en el test de SQR-18 tener problemas graves de alcohol. Esta situación debe llamar la atención de las autoridades para seguir evaluando y eventualmente intervenir. Debe manifestarse que en otros estudios ya se ha encontrado niveles de alcoholismo en estudiantes de medicina de cerca del 30% (Gil-Rodríguez, Muñoz-Álvarez, 2006)¹⁰, lo cual es similar a otras fuentes. De todas maneras, en nuestro estudio, el 30.2% manifiestan algún problema con el Consumo de Alcohol.

Gráfico 13. Cuestionario SQR- 18. MINSA

Ansiedad-Depresión/sexo

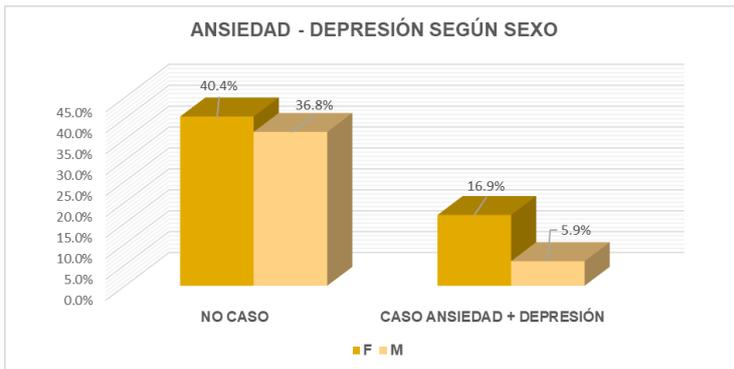


Gráfico 14. Cuestionario SQR- 18. MINSA

Psicoticismo/sexo

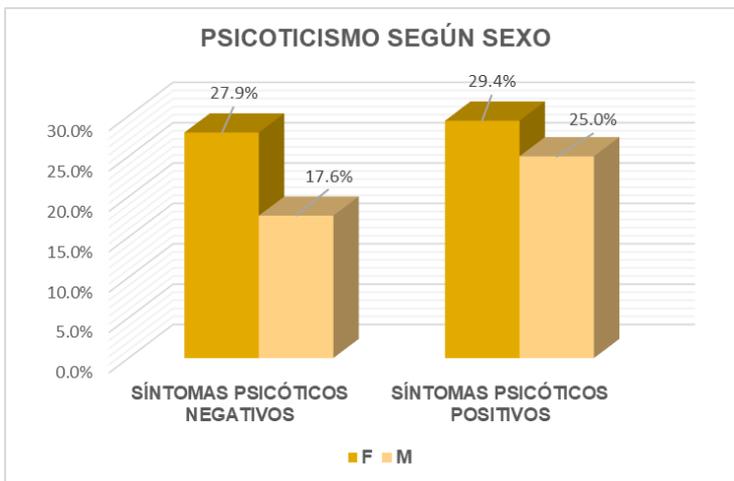


Gráfico 15. Cuestionario SQR- 18. MINSA

Problemas con el consumo de Alcohol/sexo



Se realiza una correlación entre las distintas manifestaciones del Caracterológico de Gaston Berger, y se encuentra que no hay ningún nivel de correlación estadísticamente significativa entre los tipos caracterológicos y los diagnósticos en salud mental, las variables de Impulsividad, Agresividad, ni Habilidades Sociales. Así tenemos que los niveles de correlación al cruzar el caracterológico de Gaston Berger con las otras variables dan valores de correlación que son estadísticamente no significativas es decir con una R de Spearman menor de 0.5.

Se realiza, además, un análisis de correlación entre las distintas variables en mención, encontrándose escasos niveles de correlación entre ellas, que sean estadísticamente significativas. Sin embargo, mencionamos las que sí llegaron a tener niveles de correlación de Spearman importantes (véase Tabla. 1, matriz de correlaciones): Existe en nuestra muestra un nivel de correlación estadísticamente significativo entre las variables Ira y Agresión Física, es decir que las personas que tienen índices altos de la variable Ira en los test de Agresividad de Buss y Perry, tienen valores también altos de la variable Agresión Física estadísticamente significativos.

También, existe en nuestra muestra un nivel de correlación estadísticamente significativo entre las variables Asertividad y Comunicación. Existe en nuestra muestra un nivel de correlación estadísticamente significativo entre las variables Asertividad y Autoestima. Además, existe en nuestra muestra un nivel de correlación estadísticamente significativo entre las variables Autoestima y Toma de Decisiones. Existe también en nuestro estudio, un nivel de correlación estadísticamente significativo entre las variables Depresión y Ansiedad por separados con el binomio Depresión + Ansiedad, es decir que las personas que tienen índices altos de las variables Depresión o Ansiedad en el test SQR-18, tienen valores similares de la variable Depresión/Ansiedad (juntos) estadísticamente significativos^{4,5}.

Tabla 1. Matriz de correlaciones

		Matriz de correlaciones																	
		CARACTEROLÓGICO	INP	IM	IC	AF	AV	I	H	A	C	AU	TD	ANS	DEP	ANSDEP	PSICO	ALCOHOL	
Correlación	CARACTEROLÓGICO	1.000	.106	-.017	.180	.098	.168	.277	.216	-.188	-.251	-.214	-.225	.197	.235	.317	.302	.042	
	INP	.106	1.000	.232	.260	.240	.025	.191	.158	-.204	-.375	-.253	-.291	.024	.306	.173	.171	.132	
	IM	-.017	.232	1.000	.176	.224	.096	.103	.291	-.061	-.116	-.209	-.243	.070	.147	.034	.121	.182	
	IC	.180	.260	.176	1.000	.207	.106	.202	.195	-.107	-.128	-.118	-.032	.120	.263	.232	.171	.027	
	AF	.098	.240	.224	.207	1.000	.488	.514	.425	-.186	-.227	-.212	-.171	.039	.199	.109	.349	.352	
	AV	.168	.025	.096	.106	.488	1.000	.445	.368	-.049	-.136	-.071	-.169	.134	.221	.191	.316	.156	
	I	.277	.191	.103	.202	.514	.445	1.000	.330	-.130	-.293	-.125	-.151	.267	.359	.345	.337	.136	
	H	.216	.158	.291	.195	.425	.368	.330	1.000	-.215	-.238	-.345	-.259	.149	.372	.270	.287	.155	
	A	-.188	-.204	-.061	-.107	-.186	-.049	-.130	-.215	1.000	.497	.529	.423	.020	-.210	-.141	-.121	-.078	
	C	-.251	-.375	-.116	-.128	-.227	-.136	-.293	-.238	.497	1.000	.418	.477	-.197	-.346	-.319	-.171	-.182	
	AU	-.214	-.253	-.209	-.118	-.212	-.071	-.125	-.345	.529	.418	1.000	.506	-.158	-.343	-.313	-.061	-.090	
	TD	-.225	-.291	-.243	-.032	-.171	-.169	-.151	-.259	.423	.477	.506	1.000	-.095	-.322	-.237	-.082	-.195	
	ANS	.197	.024	.070	.120	.039	.134	.267	.149	.020	-.197	-.158	-.095	1.000	.456	.673	.286	-.042	
	DEP	.235	.306	.147	.263	.199	.221	.359	.372	-.210	-.346	-.343	-.322	.456	1.000	.763	.269	.072	
	ANSDEP	.317	.173	.034	.232	.109	.191	.345	.270	-.141	-.319	-.313	-.237	.673	.763	1.000	.251	-.040	
	PSICO	.302	.171	.121	.171	.349	.316	.337	.287	-.121	-.171	-.061	-.082	.286	.269	.251	1.000	.134	
ALCOHOL	.042	.132	.182	.027	.352	.156	.136	.155	-.078	-.182	-.090	-.195	-.042	.072	-.040	.134	1.000		

DISCUSIÓN

Debe manifestarse que no existen niveles de correlación entre las variables estudiadas al cruzarlas con los distintos tipos caracterológicos, lo cual se explica tal vez porque no necesariamente la Agresividad, la Impulsividad, las Habilidades Sociales o los diagnósticos de Ansiedad, Depresión, Psicoticismo, ni problemas con el Alcohol, estén influenciados por el Tipo Caracterológico. Están los datos para analizar y ver con qué frecuencias se da más alguna de estas manifestaciones en relación al Tipo Caracterológico. Lo que sí podemos afirmar de nuestro estudio es que entre estas variables no existe nivel de correlación estadísticamente significativa, es decir no influye el Tipo de Caracterológico sobre las otras variables, ni al revés.

Lo que sí vemos es que existen niveles de correlación estadísticamente significativos entre los ítems que evalúan Habilidades Sociales, lo cual habla bien del grado de Validez de Constructo del test de Habilidades Sociales. Por ejemplo, existe correlación estadísticamente significativa entre las variables: Asertividad-Comunicación, Asertividad-Autoestima y Autoestima-Toma de Decisiones. No es una verdad de Perogrullo, más bien, da como decía anteriormente muestra de los correctos parámetros de Validez. Sería interesante realizar en nuestra población este estudio y someterlo a la rigurosidad de un análisis factorial. De todas maneras, es válida la interpretación de sus resultados: es deseable que estas correlaciones sean evidenciadas en la práctica clínica, es decir que se

demuestre a través de exploraciones tipo entrevista a los alumnos, de manera que se tenga una visión más personal y entablando un vínculo efectivo, promoviendo la salud integral de los alumnos y reincidente en esto: Considerar la salud mental como un baluarte de las grandes aspiraciones de la Humanidad¹⁶.

Debo destacar la correlación con significancia estadística que tienen las variables Ira y Agresión Física. También habla de la Validez de Constructo que tiene el Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry, pero ya se ha hecho en estudios previos el análisis factorial de este Cuestionario encontrándose que tiene buenas garantías psicométricas y que mide los distintos niveles de la Agresividad como son los componentes cognitivo, emocional, afectivo e instrumental en población española (Lopez del Pino et al. 2009)¹⁴.

Con respecto al SQR-18, como mencionamos durante el texto, me he tomado la libertad metodológica para dividir las preguntas de este cuestionario (utilizado frecuentemente en la consulta de psicología en distintos Centros de Salud de Perú). El SQR-18 se evalúa de manera que las 18 preguntas iniciales indagan sobre la presencia de síntomas de Ansiedad y/o Depresión. Lo que he hecho es dividir las 8 primeras preguntas como de Ansiedad y las 10 restantes, de Depresión. Debe destacarse que esta salvedad no se aplica en la valoración original del test, sino que de esta manera con un solo test se midan parámetros similares a otros test de Ansiedad y Depresión como los muy usados Hamilton y Zung, que hay versiones adaptadas al español y validados en Perú^{10,24}. Lo que se halló fue que esta correlación entre las variables Ansiedad y Depresión por separado y la variable (que sí mide el SQR-18) Depresión/Ansiedad, es estadísticamente significativa. Lo cual podría evaluarse en otros estudios en una mayor población y utilizando, tal vez, otras estrategias metodológicas.

Además, en el test SQR-18, los síntomas psicóticos se valoran desde una respuesta positiva, en este estudio se consideraron a partir de dos respuestas afirmativas en el test como caso probable. Aun así, se obtiene 54% de casos probables de síntomas psicóticos. Como se menciona antes, es plausible que el SQR-18 sobrevalore estos síntomas y debe revisarse su utilidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

A partir de este trabajo, me permito hacer algunas recomendaciones y sugerencias para futuros trabajos de investigación y para los intereses académicos y de salud de los alumnos de la Universidad Andina del Cusco y de otras comunidades educativas.

Deben realizarse estudios similares a éste, con una población mayor, que abarque a una muestra que sea más representativa de toda la facultad. No obstante, los resultados obtenidos tienen relevancia y deben ser considerados y ponderados con la respectiva seriedad^{3,4,5}.

Debe considerarse hacer estudios de análisis factorial de los test en mención, esto abundaría en su afianzamiento como pruebas (muy difundidas en nuestro medio de salud comunitaria), para ayudar en el diagnóstico y tamizaje de pacientes con riesgo en la salud mental. Debe guardarse obviamente el rigor científico y ético para esos posibles estudios y, por lo tanto, tener evidencias científicas y estadísticas de la potencia diagnóstica de estos test, contribuiría sobremanera a futuros trabajos^{6,7}.

Sería muy bueno también realizar estudios similares en poblaciones mayores que indiquen una relación causal de alguna eventual situación en salud mental. Por ejemplo, analizar: aspectos familiares, de pareja, de vocación, de convivencia, de antecedentes, del entorno social en que se desempeñan, coeficiente intelectual, rasgos de personalidad^{21,22}. Algunos se han diseñado y menciono uno que, utilizando la t de student en 230 estudiantes de 1er año de médico cirujano en México, analiza rendimiento académico, inteligencia y personalidad (Sánchez de Tagle-Herrera et al., 2009)²². Un estudio así sería muy explicativo de las razones por las cuales los alumnos estudiados muestran estos rasgos de personalidad, situacionales, emocionales y cognitivos. Esto sin duda implica una gran inversión de tiempo y de organización, pero sí es posible en la medida de que se tome a la salud mental, no como un estigma, sino como fuente primordial de equilibrio, funcionalidad, y armonía. Condiciones necesarias para la formación y desempeño de todo ciudadano, especialmente de profesionales de la salud^{8,11}.

Finalmente, la Universidad Andina (en donde se realizó el estudio) y otras Universidades, deben considerar que hay un buen porcentaje de alumnos que pasan dificultades de la esfera de la salud mental y que ejercen influencia, ya sea positiva o negativa, en su rendimiento académico y la formación integral como profesionales^{3,4,6,8,13}. Tener una

política de exploración y apoyo en temas de salud integral (que incluye la Salud Mental) a los alumnos y sus familias, sería una labor complementaria importante de toda institución académica⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bitran.M., Zúñiga.D., Lafuente G.M., Viviani.P., y Mena C. B. (2003) Tipos psicológicos y estilos de aprendizaje de los estudiantes que ingresan a Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile.* 131: 1067-1078.
2. C Díaz-Vélez Cristian, J Cabrera-Enríquez, P Puentes-Sánchez, O Vera-Romero Oscar, F León-Jiménez, R Peña-Sánchez (2011). Salud mental en estudiantes de Medicina de Universidades de Lambayeque. Carta al editor. *Revista del cuerpo Médico.* HNAAA 4(2), p. 127-128.
3. Cardona-Arias. J., Pérez-Restrepo. D., Rivera-Ocampo. S., Gómez-Martínez. J., y Reyes. A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 11, No. 1,* p. 79-89.
4. Chauca Valqui. P. (2018). Prevalencia de los trastornos de enfermedades mentales en estudiantes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, 2016. *Revista de Investigación Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades* 1(1), p 28-32.
5. Coll. P. (2011). Perfil valórico de estudiantes de medicina de 1º a 5º año de la sede Viña del Mar Universidad Andrés Bello. *Revista de educación en Ciencias de la Salud.* 8 (1), p 38-44.
6. Cova Solar, F., Alvial S, W., Aro D, M., Bonifetti D, A., Hernández M, M., & Rodríguez C, C. (2007). Mental Health Problems in Students from the University of Concepción. *Terapia psicológica,* 25(2), 105-112.
7. De La Rosa-Rojas. G., Chang-Grozo. S., Delgado-Flores. L., Oliveros-Lijap. L., Murillo-Pérez. D., Ortiz-Lozada. R., Vela-Ulloa. G., y Yhuri Carreazo. N. Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de Medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gaceta Médica - México.*151, p. 443-449.
8. Erazo. M, y Jimenez. M. (2012). Dimensiones Psicopatológicas en estudiantes Universitarios. *Revista CES Psicología.* 5(1), p.65-67.

9. Esbec. E. (2012). Trastornos psicóticos. En H. González-Ordí, P. Santamaría y P. Capilla (Eds.), Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar (pp. 637-675). Madrid: Ediciones TEA.
10. Gil-Rodríguez. B.K. y Muñiz-Álvarez. A. (2006) Rendimiento Académico asociado a Depresión y Alcoholismo en Estudiantes de Medicina y Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Facultad de Medicina.
11. Gilaberte.I., Failde.I., Salazar. A., y Caballero. L. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. Educación Médica. 15 (4): 227-233.
12. Heinze. G., Vargas. B.E., y Cortés Sotres. J.F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Salud Mental 2008;31 p.343-350.
13. Lemos. M., Henao-Pérez. M., y López-Medina. D.C. (2018). Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. Archivos de Medicina. Vol. 14 No. 2:3 doi: 10.3823/1385.
14. López del Pino. M.C., Sánchez Burón. A., Rodríguez Tapia.L.T., y Fernández Martín. M.P. (2009). Propiedades Psicométricas del Cuestionario AQ aplicado a población Adolescente. EduPsykhé. Vol. 8, No. 1, p. 79-94
15. Loyola Álvarez. N. (2011). Validez y Confiabilidad de la Escala de Impulsividad de Barratt versión 11 (BIS - 11) en mujeres encarceladas. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad La Católica del Perú.
16. Mamani Condori. J.B. (2017) Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolares de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, Juliaca. Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería.
17. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV). Barcelona: Masson. Aramburu, B. (1996).
18. Reyes Carmona. C., Monterrosas Rojas. A.M., Navarrete Martínez. A., Acosta Martínez. E.P., y Torruco García. U. (2016). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. Investigación en Educación Médica. 6(21), p.42-46.
19. Roca Calderón. S., Sinche Zambrano. S. (2017). Adaptación del cuestionario Caracterológico de Gaston Berger dirigido a personas de 14 a 25 años en Huancayo. Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología. Universidad Continental. Huancayo. Perú.

20. Rodríguez Garza. M., Sanmiguel Salazar. M.F., Muñoz Muñoz. A., y Rodríguez Rodríguez. C.E. (2014). El estrés en estudiantes de Medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista Iberoamericana de Educación*. N.º 66, pp. 105-122.
21. Rosas Aguirre. A., Llanos Zavalaga. L.F., Mendoza Requena. D., Contreras Ríos. C., y Huayta Zacarías. E. (2001) Perfil de personalidad de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 64, p. 51-70.
22. Sánchez de Tagle-Herrera. R., Osornio-Castillo. L., Valadez-Nava. S., Heshiki-Nakandakari. L., García-Monroy. L., y Zárate-Gutiérrez. Z.Y. (2010). Rasgos de Personalidad, Inteligencia y rendimiento Académico en estudiantes de la Carrera de Médico Cirujano. *Archivos en Medicina Familiar* Vol. 12 Núm. 1, p, 25-31.
23. Soria Trujano. R., Ávila Ramos. E., y Morales Pérez. A. K. (2015). Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVIII. Número 31*.
24. Torres-Acosta. N.D., Rodríguez-Gómez. J., y Acosta-Vargas. M. (2013). Personalidad, aprendizaje y rendimiento académico en medicina. *Investigación en Educación Médica*. 2(8), p. 193-201.
25. Tuárez Macías. K.E. (2013). Influencia de la disfuncionalidad Familiar y los síntomas depresivos sobre el Rendimiento Académico en los estudiantes de 1er a 8vo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Américas en la ciudad de Quito. Borrador de disertación. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina.