



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DEL III AL XII
SEMESTRE DE LA CARRERA DE MEDICINA. UDO BOLÍVAR,
PERÍODO II - 2009. CIUDAD BOLÍVAR.**

Tutor:

Dra. Norma Conquista

Tesis de Grado presentado por:

Br. Latán Marcano José Manuel

C.I.: 17.884.434

Br. Montaña Guerra Ana Laura

C.I.: 17.839.233

Ciudad Bolívar, Marzo de 2010.



AGRADECIMIENTOS

- A DIOS creador del Universo y de nuestras vidas que nos acompañó y guió durante esta linda carrera.
- A nuestros Padres, por el apoyo incondicional que nunca dudaron en brindarnos.
- A la Profesora, Dra. Norma conquista, quien nos asesoró, y orientó durante el desarrollo del trabajo de investigación.
- A todos los estudiantes de medicina, de la Universidad de Oriente del Núcleo Bolívar, por su tiempo y colaboración sin ellos no se hubiera podido realizar este trabajo.

A todos muchísimas gracias.



DEDICATORIA

En primera instancia a Dios todopoderoso quien desde arriba ha guiado mis pasos durante toda mi vida, y me ha permitido alcanzar las metas que me he propuesto.

A mi madre adorada Xiomara y a mi padre amado Cesar quienes religiosamente todos los días dedicaron minutos de sus ocupados días para ayudarme a sobrellevar todos los días de mi carrera.

A mi hermano Cesar que aun lejos de mi siempre tuve su apoyo para todo.

A toda mi familia y amigos quienes me apoyaron incondicionalmente todos estos años de estudios.

A la Dra. Mirna Marcano y la Dra. Milagros Silva quienes durante toda mi carrera estuvieron pendientes de mí y a mi disposición para ayudar.

Y finalmente a mi compañero de tesis, amigo y novio José Manuel, porque luego de tanto esfuerzos y contratiempo logramos realizar nuestro proyecto con éxito y por acompañarme durante estos últimos y maravillosos años de mi carrera.

Ana Laura Montaña Guerra



DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme esta vida llena de bendiciones, donde la primera y más grande ha sido mi familia, mis padres y hermanos quienes toda la vida me han dado protección, cariño, educación, un amor incondicional que es lo que me ha llevado a ser lo que he sido y más aun me dieron las bases de lo que soy y seré, a mi novia que ha sido uno de mis principales soportes estos últimos años y con quien he tenido el honor de hacer este trabajo de grado tan importante para ambos; les agradezco a ellos y a todos los que constantemente ó intermitentemente me dieron apoyo y aprendizaje con unas palabras, gestos o simplemente ejemplos; por ultimo y no menos importante a la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar con todos y cada uno de sus componentes porque de una manera difícil pero constante formaron al profesional que soy, de lo cual estoy plenamente orgulloso y estaré en deuda y agradecido toda la vida.

José Manuel Latan Marcano



INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1

Distribución según sexo y grupo etario de estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 26

TABLA N° 2

Distribución según sexo y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 27

TABLA N° 3

Distribución según grupo etario y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 28

TABLA N° 4

Distribución según semestre y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 29

TABLA N° 5

Distribución según área preclínica y clínica y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 30

TABLA N° 6

Distribución según hábitos alcohólicos en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 31



TABLA N° 7

Distribución según hábitos tabáquicos en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 32

TABLA N° 8

Distribución según hábitos cafeicos en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 33

TABLA N° 9

Distribución según uso de drogas en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 34

TABLA N° 10

Distribución según procedencia y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 35

TABLA N° 11

Distribución según convivencia y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 36

TABLA N° 12

Distribución según dependencia económica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 37



TABLA N° 13

Distribución según trabajo y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina.
Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 38

TABLA N° 14

Distribución según tenencia de hijos y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 39

TABLA N° 15

Distribución según satisfacción académica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 40

TABLA N°16

Distribución según necesidad subjetiva de atención psicológica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 41

GRÁFICO N° 1

Distribución según uso de drogas en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 34

GRÁFICO N° 2

Distribución según necesidad subjetiva de atención psicológica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009 42



RESUMEN

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DEL III AL XII SEMESTRE
DE LA CARRERA DE MEDICINA. UDO BOLÍVAR, PERÍODO II - 2009.
CIUDAD BOLÍVAR.**

AUTOR: 1. Latan, José 2. Montaña, Ana

La Salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Por lo tanto, de acuerdo a ésta definición la salud mental es importante para todos los individuos independientemente del lugar en el que se desenvuelva y la actividad que realice. Los estudiantes y en especial los de medicina, son sometidos a un estrés constante, que implica el desconocimiento del área, el enfrentamiento a eventos inesperados que ameritan un buen equilibrio de los aspectos antes mencionados que aseguren la capacidad de el estudiante a enfrentarse a éstas situaciones. En esta oportunidad se realizó un estudio de tipo transversal en que se evaluó la salud mental en estudiantes de medicina de la Universidad de Oriente, del Núcleo Bolívar, la muestra estuvo conformada por 291 estudiantes, a los que se les aplicó una encuesta para recolectar datos demográficos y el test de salud general de Goldberg, en su versión de 28 preguntas tomándose como punto de cohorte 5/6 para no caso/caso. La muestra estuvo conformada en un 75,6% por estudiantes de sexo femenino, con una edad promedio de 20,5 años. Se encontró que el 43,3% de la población estudiada presentan alteración del test de Goldberg, de los que el 83,3% corresponde al sexo femenino. No se encontró relación entre los hábitos tabáquicos, alcohólicos, cafeicos, consumo de drogas ilícitas con la alteración de la salud mental.

Palabras claves: Salud mental, estudiantes, test de Goldberg



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
DEDICATORIA	iv
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	v
RESUMEN.....	viii
ÍNDICE	ix
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACION	22
OBJETIVOS	24
Objetivos Generales.....	24
Objetivos Específicos	24
METODOLOGIA	26
Diseño y muestra	26
Métodos.	26
Cuestionario de salud general de Goldberg.....	27
Análisis estadístico.	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS	69



INTRODUCCIÓN

La salud como bien lo define la OMS es el bienestar biológico, físico, psíquico y social del hombre. Debe existir un equilibrio entre estos aspectos para poder decir que alguien goza de salud, y cualquier alteración del mismo conllevaría a la enfermedad (OMS, 2003). Por lo tanto, enfermedad no es solo la ausencia de salud sino el desequilibrio de estos factores. Este estado de salud es lo que permite un adecuado funcionamiento tanto en la vida cotidiana como en el desenvolvimiento en el entorno (Informe mundial de salud, 2001).

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la manera en la que afronta sus propias tensiones, relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental (Informe mundial de salud, 2001).

Así mismo la Salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones, para alcanzar un bienestar y calidad de vida (Informe mundial de salud, 2001). Se dice que salud mental es una analogía de lo que se conoce como salud, sin embargo, en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo (OMS 2003).

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la



autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental (Myers y cols., 2000).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede definirse de la siguiente manera:

“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2003).

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Informe mundial de salud, 2001).

Por lo tanto, de acuerdo a ésta definición la salud mental es importante para todos los individuos independientemente del lugar en el que se desenvuelva y la actividad que realice. Los estudiantes y en especial los del área de la Salud y específicamente en medicina, son sometidos a un estrés constante, que implica el



desconocimiento del área, el enfrentamiento a eventos como accidentes, traumatismos, cirugías, consultas en general que ameritan un buen equilibrio de los aspectos antes mencionados que aseguren la capacidad de el estudiante a enfrentarse a éstas situaciones (Alonso, C., 2000). No sólo estos eventos son influyentes sino que además se sabe que la edad universitaria coincide en gran parte de la adolescencia, y la adultez joven por lo que no se debe olvidar la gran cantidad de cambios que experimenta el individuo durante la adolescencia y el estrés que genera por sí sola en el mismo (Wheare, K., 2000).

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud (Wheare, K., 2000).

La preocupación respecto a salud mental no sólo involucra a los expertos en el tema, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general (Lage, A., 1995)

Es necesario no separar la realidad de la salud mental de la salud física, que se corresponde a la perfección con la sentencia "mente sana en cuerpo sano". La relación que existe entre las enfermedades biológicas y las enfermedades mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Saraceno: "Los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarían mucho mejor atendidos en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al



paciente y a la comunidad. Los expertos tienen que comunicarse porque es evidente que la comorbilidad entre lo físico y lo mental exige una intervención vertical, no horizontal. La comorbilidad clínica es la regla, no la excepción" (Simposio salud mental y física, 2005)

El consenso científico acerca de las condiciones de la salud mental contempla desórdenes neurobiológicos y muy particularmente neuroquímicos. Otras funciones del cerebro identificadas como contribuyentes a las condiciones de la salud mental incluyen el reloj circadiano, la neuroplasticidad, el canal iónico, la transducción de señal, la cognición, las redes cerebrales (Honea et al, 2005), entre muchos otros. Imágenes del cerebro demuestran cambios físicos en la neuroanatomía de desordenes como la esquizofrenia (Acuña, A., 2006), el autismo y los llamados desordenes bipolares (NICE, 2006)

Diferentes estudios que se han realizado al respecto incluyen la observación de factores ambientales, del desarrollo y el nivel de relaciones interpersonales del individuo (Wheare, K., 2000). Como por ejemplo un estudio en el que se evaluó el estado de salud mental en estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid demostró que existían ciertos factores que se han relacionado significativamente con alteraciones de la salud mental como son la sobrecarga académica, en un 55%, la relaciones superficiales y falta de comunicación entre los miembros de la facultad, un 25%, compaginación de trabajo y estudios, un 21.7%, maltrato y mala relación con los profesores, entre otros (Al Nakeeb y cols, 1999).

Así mismo en Perú se realizó un estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas encontrándose que, la edad media de la población fue 24 años en ambas; se relacionaron problemas de salud mental en ambas poblaciones con altos niveles de estrés, prevalencia de vida de uso y abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disociales y violentas; además de



hábitos de vida afectados por las exigencias de los estudios médicos con disminuidas oportunidades de disfrute de entretenimiento social (Perales, A., 2001).

La prevalencia de serios problemas en las condiciones de salud mental en la juventud es doble que en el general de la población sumado a que forma el grupo que menos busca ayuda en este sentido. Los jóvenes tienen un alto potencial de minimizar futuras deshabilitades si la aceptación social es amplia y reciben la ayuda precisa y los servicios oportunos (Crockett, M., 1999).

La recuperación se da ante todo dentro del ámbito de la aceptación social. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedades mentales en lo que se refiere a conservar su empleo, obtener un seguro de salud y encontrar un tratamiento (Rodríguez, O., 2003).

El modelo holístico de salud mental en general incluye conceptos basados en perspectivas de antropología, educación, psicología, religión y sociología, así como en conceptos teóricos como el de psicología de la persona, sociología, psicología clínica, psicología de la salud y la psicología del desarrollo (Witner, J., 1998).

Numerosos profesionales de la salud mental han comenzado a entender la importancia de la diversidad religiosa y espiritual en lo que compete a la salud mental. La Asociación Estadounidense de Psicología explícitamente expresa que la religión debe ser respetada, mientras que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría dice que la educación en asuntos religiosos y espirituales es también una necesidad (Rochards, P., 2000)

Myers, Sweeny y Witmer incluían cinco áreas vitales en la salud mental: Esencia o espiritualidad, trabajo y ocio, amistad, amor y finalmente autodominio; además doce sub-áreas: sentido del valor, sentido del control, sentido realista,



conciencia emocional, capacidad de lucha, solución de problemas y creatividad, sentido del humor, nutrición, ejercicio, sentido de autoprotección, control de las propias tensiones, identidad sexual e identidad cultural (Witner, J., 1998). Todos estos puntos son identificados como las principales características de una funcionalidad sana y los principales componentes del bienestar mental. Los componentes proveen un medio de respuesta a las circunstancias de la vida en una manera que proporciona un funcionamiento saludable (Myers y cols., 2000).

La salud mental, como todo estado de bienestar o enfermedad del ser humano, puede ser modificada. Cuando se produce algún cambio negativo el estado de salud se deteriora (Castro, H., 1996).

Los trastornos de salud mental muchas veces se inician en edades que interfieren en la educación y el empleo, dañando por completo un futuro, por lo demás, feliz y productivo (Cheghion, J., 1999). En el peor de los casos, se asocian a problemáticas actuales como el suicidio, cuyas cifras ascendieron en el año 2000 a un millón alrededor del mundo, según datos de la OMS (Nieto, A., 2001). Se señala, sin embargo que con frecuencia hasta 50 % de estos trastornos pasan inadvertidos para el diagnóstico en la atención primaria (APS), y esto trae consigo un peor pronóstico para el paciente (Araya, R., 2001). A grandes rasgos estas alteraciones se pueden dividir en dos grandes grupos que son las neurosis y la psicosis.

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada (Coyle, J., 2003). Son trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad; en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa (Vidal, G.,



1977). La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés. Se pueden clasificar en: neurosis de angustia, fóbicas, obsesivo compulsivas, depresivas, neurasténicas, hipocondriacas y de despersonalización (Coyle, J., 2003).

La psicosis es un término que se refiere a todos los trastornos mentales en los que existe una pérdida de contacto con la realidad, puede afectar en cualquier edad de la vida; sin embargo es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes (Fischhoff, B., 2003).

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (Lobo, A., 1995).

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica. Esto ha llevado a la creencia que la psicosis es como la fiebre de las enfermedades mentales, un indicador serio pero no específico. Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o ni siquiera angustiadas por estas experiencias (Fischhoff, B., 2003).

Existen históricamente muchas clasificaciones, algunas de las cuales se establecían en función de ser cuadros delirante-alucinatorios (por ejemplo, las



esquizofrenias) o no alucinatorios (por ejemplo la paranoia), en psicosis delirantes verosímiles o inverosímiles, bien o mal sistematizadas, en relación a su irrupción como proceso o desarrollo (Fischhoff, B., 2003).

En la actualidad, mundialmente se acepta como sistema de clasificación nosológica al DSM-IV, y como descripción clínico-psiquiátrica sigue teniendo peso la escuela alemana de Bleuler, Kraepelin y Kleist, y en cuanto a la descripción de delirios, la reseñada por la escuela francesa (CIE-10, 2007).

Por lo general el sujeto carece de introspección acerca de la naturaleza extraña o extravagante que puede adoptar su conducta o sus pensamientos, los que terminan por provocar una grave disfunción social (Lobo, A., 1995).

El Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense reconoce varios tipos de psicosis: dentro de las que se encuentra; la esquizofrenia, paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado, esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico compartido, debido a enfermedad médica asociada, inducido por sustancias, no especificado (CIE-10, 2007).

La adolescencia y adultez joven

Es necesario definir la adolescencia y la adultez joven ya que son precisamente estas etapas las que coinciden con la época universitaria.

La adolescencia es una etapa, periodo o estado que se presenta con características bien definidas en el gradual desarrollo del hombre, aparece como un salto importante entre la infancia y la adultez; para algunos autores, la adolescencia se considera como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los



problemas de ser en función de sí mismos y en relación a su grupo familiar (Aberasturyn, A., 1976).

Mientras que la adultez joven comienza con el término de la adolescencia alrededor de los 20 años de edad y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presenten (Papalia, D., 1999).

La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la adolescencia e inicio de la etapa adulta concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos (Aberasturyn, A., 1976).

Durante esta época el desarrollo de las facultades cognoscitivas del adolescente le permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo. A esta edad se encuentra más preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres (Golman, H., 1989).

La pubertad es una etapa muy inestable y por eso los trastornos de ansiedad aparecen con más frecuencia. Si acabó la infancia, el adolescente empieza a ser cobrado por la familia y la sociedad a asumir responsabilidades de la vida adulta y eso genera miedos en el joven. En la adolescencia también se empieza a tener conciencia de que no es inmortal, de que la muerte nos espera a todos (March, J., 1999).



Sin embargo, de acuerdo a las creencias familiares que aprendió en el hogar enfrentará la frustración de diferentes maneras y recurre a diversos mecanismos de defensa, pudiendo mostrar una reacción afectiva inicial ante las frustraciones o a la pérdida de bienestar. Se produce entonces la consolidación de los procesos adaptativos, de modo que el niño reacciona a la tensión de una manera característica y reiterativa (Golman, H., 1989).

El crecimiento cognoscitivo de la pubertad permite que el adolescente se evalúe desde el punto de vista moral. En vista de las demandas impuestas por la vida puede sentirse indigno o faltarle valores, siendo frecuente la disminución de la autoestima. El estado afectivo deja de ser una evaluación lógica y personal. Solo hacia el final de la niñez es posible observar en la práctica clínica episodios depresivos comparados con el adulto (Fredman, M., 1986).

Existen muchos problemas de salud mental que afectan a los adolescentes, que requieren el cuidado clínico de un médico o de otro profesional de la salud. Existen infinidad de trastornos psiquiátricos que pueden considerarse alteración de la salud mental (Rodríguez, O., 2003).

En esta oportunidad se evaluaron cuatro aspectos considerados por mucho no sólo los más importantes sino además predictivos ya que la detección temprana de alguno de estos permitirá brindar la pronta y adecuada ayuda al afectado. Dentro de estas se encuentra: ansiedad, depresión, inadaptación social y síntomas somáticos dentro de los que se incluye la hipocondría.

Trastornos de Ansiedad

Los Trastornos de Ansiedad, que incluyen las fobias: generalizada, social, específicas y los ataques de pánico, son de observación frecuente en la adolescencia



(Ovarschel, H., 1986). En las últimas décadas se ha detectado un incremento en la presentación de estos trastornos, que según un estudio de meta-análisis efectuado en USA significó un aumento del 20% entre 1952 y 1993 (Cia, A., 2000).

Los miedos constituyen una emoción de observación frecuente entre los adolescentes y jóvenes. Es por este motivo que muchos investigadores han puesto un especial énfasis en distinguir entre los miedos transitorios que forman parte del desarrollo normal del adolescente, de las entidades psicopatológicas definidas como Trastornos de Ansiedad (Ovarschel, H., 1986).

El sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) define a los Trastornos de Ansiedad como aquellos con síntomas psicológicos, de conducta o autonómicos, debidos primariamente a manifestaciones de ansiedad, no debiendo ser secundarios a otros síntomas, como trastornos perceptivos o síntomas obsesivos. La ansiedad debe estar restringida o ser predominante en situaciones sociales y las situaciones fóbicas ocasionar conductas de evitación (CIE-10, 2007).

Los síntomas que ayudan a detectar los trastornos de ansiedad en los adolescentes son: la inseguridad, el temor, la preocupación, pensamientos negativos y el temor anticipado ante hechos que se viven como de "difícil tránsito". A veces se acompañan de síntomas somáticos: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial; sensaciones de falta de aire y dificultades respiratorias; gastrointestinales tales como dolores abdominales, cólicos; sequedad de boca, transpiración profusa, cefaleas y contracturas musculares (Cia, A., 2000).

Hoy, los trastornos de ansiedad se empiezan a diagnosticar a los 14 años y en algunos casos aun más temprano. Sin embargo el rango de edad en que más frecuentemente se afectan esta entre los 18 y 24 años, y que precisamente coincide con la etapa universitaria (Ovarschel, H., 1986). Los síntomas tienden a ser crónicos,



pero tienen buen pronóstico si la familia del adolescente o el propio joven identifican síntomas de que está empezando a sufrir problemas con la ansiedad (March, J., 1999).

La presencia de los trastornos de ansiedad además se asocia con personalidades obsesivas relacionándose también con los estudiantes universitarios en general y más específicamente los de medicina ya que el régimen y las exigencia de los mismos lo requiere, personalidades dedicadas, ordenadas, responsables con rasgos obsesivos que predisponen los trastornos de ansiedad que anteriormente se han mencionado sino también los trastornos depresivos luego de las frustraciones cuando no se logren las metas planteadas.

Así mismo, al hablar de trastornos de ansiedad no se puede olvidar otros factores que influyen como los antecedentes familiares de trastornos que predisponen al individuo, situaciones de estrés, aspectos socio-ambientales como hostilidad en el ámbito universitario, la estancia fuera del hogar, alejarse del núcleo familiar, aspectos económicos, entre otros (Cia, A., 2000).

Depresión

La depresión es uno de los conceptos dinámicos que tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, pero que ha crecido a lo largo del tiempo y que todavía hoy está en proceso de desarrollo, es importante definir el concepto de duelo como la reacción normal ante una pérdida real en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, siendo el sentimiento predominante el de abatimiento y tristeza (Anthony, L., 1981).

Edward Bibring propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalidamiento e impotencia del yó, siendo característica de las personas que padecen de depresión: primero el deseo de ser valioso, amado y apreciado, segundo el deseo de ser fuerte y tener seguridad y



tercero el deseo de ser bueno y amable. Este autor creía que lo que llevaba a la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yo tiene de su desvalidamiento (Bibring, E., 1953).

Para Burton "la depresión es la más universal de las aflicciones humanas" y duda que exista algún individuo que deje de experimentarla a lo largo de su existencia, por lo tanto, es un fenómeno muy frecuente en los jóvenes, ya que se sabe que la angustia los afecta tanto como al adulto (Robert, B., 2002).

La depresión de la juventud iguala a la de la edad adulta en severidad, la sobrepasan en autodestructividad y muestran el sello característico del proceso de desarrollo. El adolescente y adulto joven piensa constantemente en el futuro, la idea del tiempo sobresale en el pensamiento. Para estos todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que la provocan (Llaberia, D., 1990). Este exagerado énfasis entre el hoy y el mañana escapa a la seguridad del niño y esta mitigado por la mayor experiencia del adulto. El adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse en consecuencia se deprime.

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida reaccionando de una manera dramática y terminable. Todos estos factores expuestos es lo que llevó a Anna Freud a plantear de que todos los adolescentes se encontraban en un estado de duelo y que en realidad añoraban los períodos de la niñez en donde las soluciones eran relativamente simples (Freud, A., 1965).

Dentro de los síntomas de la depresión se pueden incluir: alteraciones del sueño ya sea hipersomnio o insomnio, alteraciones del apetito aumento o disminución del



mismo, cambios de conducta, irritabilidad, agresión, cambio en actividades cotidianas, pérdida del interés, cambio de hábitos, abuso de drogas y alcohol, e incluso ideación o intentos suicidas (Anthony, L., 1981).

La depresión parece presentarse con mayor frecuencia en familias con problemas maritales, en las que el adolescente tiene más dificultad de establecer su identidad. La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Por lo general manifiesta aburrimiento, pérdida de interés, desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía. Así mismo se asocia con intentos suicidas, consumo de drogas y bebidas alcohólicas (Cobo, O., 2006).

Desadaptación social

La adaptación es entendida como un fenómeno por el cual un individuo se relaciona con el medio y para el ser humano es esencialmente la adaptación a un medio humano.

Por tanto, se parte de un modelo interactivo para comprender los fenómenos de adaptación y de inadaptación. Este modelo interactivo, parte de una concepción del sujeto como ser activo e intencional como un polo de la interacción pues construye significados en un contexto interactivo, tiene intenciones, interpreta las situaciones y les asigna un significado activo (Alarcon, P., 2001).

Los aspectos cognitivo-afectivos tienen una importancia fundamental en la consideración del sujeto puesto que en realidad el predominio de éstos depende de la historia, la cultura, los soportes que ha tenido en su entorno. Por tanto será más fácil para una persona que tiene un nivel cultural alto efectúe análisis objetivos considerando las consecuencias de sus actos, puesto que a lo largo de su historia se



han trabajado los procesos de desciframiento, elaboración e interpretación cognitivos. En la mayoría de los casos de inadaptación se produce una carencia de elementos materiales y/o inmateriales (Hama, M., 1976).

VILLARS considera que los casos graves de inadaptación recorren un itinerario escalonado de sucesivos fracasos: 1. Familiar: nivel socioeconómico débil, ambiente familiar perturbado, numerosas carencias educativas, poca o inadecuada estimulación intelectual y afectiva del niño. 2. Escuela: Las carencias familiares en un ambiente escolar negativo, impulsan una inadaptación social más fundamental. 3. Trabajo: la mayoría de las personas que se encuentran en situación de inadaptación sólo pueden acceder a empleos menos calificados, lo que les lleva a una gran insatisfacción laboral, alternando la ocupación con la desocupación. La inadaptación laboral viene precedida por la escolar (Avila, A., 1996).

En cada periodo de la evolución, la organización de la personalidad se opera en función de los principales esquemas de actividad del sujeto, los cuales están en función del medio en el que se desarrollan. El joven que no se inserta adecuadamente en esos medios deriva hacia una situación marginal, generadora de frustraciones e inseguridad (Cashel, M., 2000).

Se puede hablar de dos fases en el proceso de inadaptación social:

1. Inadaptación objetiva. El sujeto comienza a desarrollar conductas inadaptadas, pretendiendo conseguir bienes proclamados, como el dinero, mediante medios conflictivos, se trata de un comportamiento inadaptado de tipo utilitario. Ante este medio carencial puede utilizar diferentes tipos de adaptación. Como: Conformismo pasivo: se trata de una adaptación no constructiva de las relaciones entre persona y sociedad, chocando de esta manera con los valores de individualización, libertad. La retirada que es el refugio en conductas y estilos de vida



que tienden tanto a evitar el enfrentamiento como una participación en la sociedad. Y la conducta antisocial: se expresa en conductas y actitudes de enfrentamiento, violencia, ruptura con las normas (Valverde, J., 1988).

2. Inadaptación subjetiva. Se manifiesta cuando las instituciones correctoras y protectoras intervienen, puesto que no responden de forma adecuada a las necesidades del sujeto, profundizándose el conflicto, produciendo alteraciones en el comportamiento y la personalidad del inadaptado, como consecuencia del proceso (Valverde, J., 1988).

Síntomas Psicosomáticos

La preocupación por el cuerpo: su aspecto, la imagen corporal, el poseer un cuerpo sano y fuerte, versus tener alguna enfermedad o defecto, son temas de una gran sensibilidad en la adolescencia. Estos temas clínicamente tienen dos formas clínicas de presentación fundamentales: temores hipocondriacos y el narcisismo del adolescente. La queja somática, por lo tanto, no es extraña en esta etapa y sus contenidos psicopatológicos son múltiples (Ansani, F., 1999).

La presentación somatizada en la adolescencia no solo traduce un síntoma o un grupo de ellos, sino que remite a una forma de reaccionar y es una forma de expresión de los trastornos psicopatológicos en esta etapa de la vida. Ello es lo que hace que hayamos defendido la existencia de una organización psicosomática como forma de expresión del funcionamiento psicológico y psicopatológico en la adolescencia. Así mismo varios trabajos hablan acerca del impacto del estrés sobre la aparición de la clínica psicosomática en patologías como el asma bronquial (James, L., 2006).

Las focalizaciones corporales maternas realizadas en la primera infancia se manifiestan, de forma prioritaria, en las descompensaciones psicosomáticas del bebé



y a lo largo de la infancia y la adolescencia. En los trastornos asmáticos y alérgicos se detecta un tipo de vínculo simbiótico madrebebé, con dificultades en los procesos de separación-individuación (Ansani, F., 1999). En otras ocasiones la demanda excesiva de una función hace que se altere el valor funcional, caso de la anorexia, los cólicos del primer trimestre, abdominalgias y las incontinencias esfinterianas. También puede ocurrir una incoherencia y/o irregularidad de tipo cualitativo y temporal, tal y como ocurre en los vómitos o en los trastornos del sueño (Sheffield, D., 1996).

González de Rivera ha formulado la "Ley General del Estrés", según la cual "cuando el grado de estimulación ambiental supera o no llega a los niveles en que el organismo responde con eficacia idónea, el individuo percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecrección de catecolaminas y cortisol" (Gonzales, J., 2004).

Se destacan cuatro tipos fundamentales de presentación: las somatizaciones, las formas clínicas emparentadas con el síndrome de Munchausen y, quizá el más frecuente de los problemas: el acné juvenil y la gran estrella actual: los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).

1. Las somatizaciones en la adolescencia: Las quejas corporizadas en sus diversas formas son corriente moneda de cambio ante determinadas situaciones emocionales o de estrés. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran: los síntomas de ahogo ("se me pone como un nudo en la garganta que parece que no me deja respirar", es la forma en que lo expresan la mayoría de los y las adolescentes), se suele acompañar de síntomas cardio-circulatorios como sensación de taquicardia o de "vuelco" del corazón o de "sentir los latidos". Otra forma de presentación es el dolor, sobre todo las abdominalgias, las cafales y las artralgias; no es extraño que se



acompañen de signos clínicos de tipo neurovegetativo como: sudoración, palidez, sensación de escalofríos, sensación nauseosa con o sin vómitos acompañantes. Pero, sin lugar a dudas, la somatización más sensible consiste en la alteración del sueño: dificultad para conciliar el sueño, despertarse a media noche, pesadillas, temores y miedos nocturnos (Garrido, A., 1992).

2. Acné juvenil y otras afecciones dermatológicas: La piel es el más relacionado de todos los sistemas del organismo humano. Carta de presentación y de identidad hacia el exterior. El acné traduce una parte de expulsión de algún residuo almacenado en forma tóxica para el sujeto, también una puerta de entrada al exterior donde reinfectar. Pero lo que evidencia es una alteración de la imagen facial y, por lo tanto, de la comunicación con los otros, motivo de retraimiento comunicacional; lo que originará dolor (Pedreira, 2001).

3. Anorexia versus bulimia: Los trastornos de la alimentación o la más sofisticada denominación de trastornos del comportamiento alimentario, como se les denomina genéricamente en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, no son ni algo nuevo ni algo que solo acontece en esta etapa ni con esta patoplastia. Ya en 1.689 Richard Morton describió un cuadro clínico que denominó "consumpción nerviosa" que coincide básicamente con este tipo de trastornos, algo más de un siglo después fue Lassègue quien describió un cuadro como l'anorexie hysterique que ya es mucho más superponible con el cuadro clínico actual (Roldan, G., 2001).

En 1.874 Sir William Gull describe con gran minuciosidad un cuadro clínico que se caracterizaba porque se presentaba sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años; que cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito sin que existiera una causa



física demostrable y se acompañaba de amenorrea, bradicardia, estreñimiento, astenia e hiperactividad psicomotriz y social (Richards, P., 2000).

Existe, en estas pacientes, un conflicto de identidad entre los aportes del grupo étnico, cultural y las demandas familiares. No están ajenos a estos avatares los medios de comunicación social, con sus reportajes de ensalzar las figuras longilíneas y, un tanto asexuales, de determinadas modelos. (Pedreira, J., 1996)

El adolescente queda atrapado en las relaciones del grupo y la identidad corporal, existiendo una confusión hacia las presiones del grupo y de los fenómenos sociales. Aparecen reacciones negativistas y opositoristas hacia las situaciones vitales. Aparecen reacciones de naturaleza ansiosa, persecutoria o depresiva hacia determinados factores de estrés, como por ejemplo la ruptura familiar, cambio de roles familiares, estrés educativo (Ansani, F., 1999).

La ansiedad y la confusión, expuestas en los apartados precedentes, con la sumación de otros aspectos alteran la percepción corporal del apetito. De esta suerte emergen defensas bastante fuertes y abandonicas frente a las situaciones de querer y ser querido, es decir frente a la elección del objeto de deseo y de amor. El problema del control de los conflictos se desplaza hacia el control de la bulimia, con lo que aparecen fases alternativas de anorexia y de bulimia (Roldan, G., 2001).

Para que la vulnerabilidad se convierta en cuadro clínico de los trastornos de conducta alimentaria se precisan unos factores predisponentes que pueden presentarse de forma aislada o con la concurrencia de varios de ellos: Separaciones, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar; nuevas demandas del entorno a las que previamente estaban "controladas"; baja autoestima; enfermedad personal, sobre todo de tipo crónico o que afectan al esquema corporal; demandas propias del



momento evolutivo (p.e. pubertad, gestación) y, sobre todo, la realización indiscriminada y descontrolada de dietas alimenticias (Ansaniet, F., 1999).

4. **Hipocondría:** es una enfermedad en la que el afectado cree de forma infundada que padece alguna enfermedad grave. Es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica. La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo (Beloch, A., 1996).

La mayoría de los estudios realizados para evaluar la salud mental en estudiantes de medicina se han realizado en Estados Unidos, encontrándose altos niveles de depresión (Muñoz, P., 1979). En el Reino Unido, más de una tercera parte de los estudiantes que cursaban el primer año de esta carrera profesional tenían pobre salud mental cuando se les aplicó el Cuestionario General de Salud en la versión de 12 ítems. Si bien la depresión es una circunstancia que prevalece en muchas investigaciones realizadas, desde la década de 1990 algunos trabajos han buscado si hay otro tipo de entidades mórbidas que también puedan afectar el desempeño académico en estudiantes universitarios (Banks, M., 1980).

Se ha reportado que los estudiantes deprimidos o con altos niveles de estrés, verán afectada su actividad y desempeño académico (Naughton, M., 1993). En México se han realizado algunos estudios en estudiantes universitarios. Un trabajo realizado en 1987 donde se aplicó el Cuestionario y se estudió la diferencia de género, se encontraron mayores porcentajes de síntomas de irritabilidad, ansiedad, ánimo depresivo en el sexo femenino, mientras que en el masculino se observó una mayor prevalencia de estado de ánimo disfórico. En resumen se concluyó que una



tercera parte de la muestra eran casos cuantificados como leves, y la mitad de casos fueron calificados como moderados (Goldberg, D., 1978).



JUSTIFICACION

Este trabajo de investigación denominado “Evaluar el estado de salud mental de los estudiantes de medicina del III al XII semestre de la UDO núcleo bolívar, II semestre 2009. Ciudad bolívar.”, se realiza con la finalidad de conocer el bienestar mental de los estudiantes cursantes de la carrera de medicina, un aspecto muy poco estudiado pero de gran importancia por su correlación con el desempeño de las labores tanto académicas como profesionales. Además de realizar un diagnóstico oportuno de ciertas alteraciones de la salud mental que indiscutiblemente interfieren en el desenvolvimiento personal, familiar, laboral y social. Es importante identificar estos factores para posteriormente corregirlos, ofreciendo programas de atención psicológica eficaces, encaminados sobre todo a la prevención.

Los estudios de medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica que demandan del estudiante esfuerzos de adaptación. A ello se agrega la necesidad de una preparación óptima, fundamental para un futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo. Adicionalmente, la carrera se desarrolla en un periodo del ciclo vital con características que le son propias, la adolescencia y la adultez joven. Como corolario de lo expuesto, se postula que el estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligadamente alto, con riesgo de menoscabo de su salud mental. El tema planteado se describe en diversas Facultades de Medicina del mundo. Algunos autores demandan de éstas mayor atención en el cuidado de la salud mental de sus estudiantes, muchos de los cuales encuentran la carrera médica muy estresante desde el inicio¹. (Toews JA, Lockyer JM ET al)

La correcta formación académica de los futuros profesionales requiere un estado óptimo de salud mental. Sin embargo, esta condición no suele cumplirse, dado



que una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo, o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones formativas, crea una alta prevalencia de malestar psicológico dentro de la población universitaria.

Así mismo se presenta la necesidad de realizar un estudio como se ha hecho en muchas universidades a nivel mundial, más no así en la Universidad de Oriente, con el fin de conocer la población estudiantil que hoy día se prepara para en un futuro ser un profesional de la salud. Consecuentemente determinar esos factores que pueden en algún momento afectar la salud mental del estudiante de medicina en particular para así reflexionar y plantear posibles soluciones y asegurar una mejor persona así como también un mejor profesional.



OBJETIVOS

Objetivos Generales

Evaluar el estado de salud mental de los estudiantes de medicina del III al XII semestre de la UDO Núcleo Bolívar, II semestre 2009. Ciudad Bolívar.

Objetivos Específicos

1. Distribuir población según edad y sexo.
2. Identificar los estudiantes con alteración de salud mental según sexo.
3. Señalar los estudiantes con alteración de salud mental según edad.
4. Identificar los estudiantes con alteración de salud mental por semestre.
5. Comparar resultados obtenidos entre estudiantes del área clínica y preclínica.
6. Relacionar el consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas con alteración de la salud mental.
7. Relacionar la procedencia y modo de convivencia con alteraciones de la salud mental.
8. Asociar tiempo de permanencia en la universidad con alteración de la salud mental.



9. Evaluar presencia de factores agravantes para alteración de la salud mental.

10. Evaluar la necesidad objetiva y subjetiva de atención psicológica y/o psiquiátrica en estos grupos.



METODOLOGIA

Diseño y muestra

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el que la muestra estaba compuesta por un grupo homogéneos de estudiantes del tercer al doceavo semestre de Medicina de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar. De un universo de 1238 alumnos se tomara como muestra la cantidad de 291 estudiantes. Obtenida mediante

la fórmula $n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$ donde: n es el tamaño de la muestra; Z es el nivel de confianza (95%); p es la variabilidad positiva; q es la variabilidad negativa; N es el tamaño de la población; E es la precisión o el error (5%). Posteriormente se realizó el método de prorrato y finalmente azar simple para escoger los alumnos por semestre que se entrevistaron.

Métodos.

El método de evaluación del estado de salud mental consistió en una encuesta voluntaria, autoaplicada y anónima, compuesta por: Cuestionario de Goldberg, en su modalidad de 28 preguntas (GHQ-28), Validada para la población española. Determinándose una puntuación ≥ 6 como indicativo de alteración en la salud mental; además una encuesta demográfica que incluyó datos de identificación y factores que pudieran influir en la salud mental, como lo son: Cigarrillo, Alcohol, Café, Drogas, Empleo, Entre otros.



Cuestionario de salud general de Goldberg

El factor más relevante de este formato es que permite la identificación de casos que requieren de la aplicación subsiguiente de medidas diagnósticas más específicas y de estrategias de tratamiento oportuna.

Este instrumento de evaluación fue elaborado en el Hospital Universitario de Manchester Inglaterra en la década de 1970. El cuestionario inicial consistía de 60 preguntas, pero posteriormente se elaboraron versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems que mostraron utilidad en diferentes estudios de validación. La estructuración del cuestionario se realizó con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores. Se considera que en realidad lo que mide es salud mental y no el estado de salud general, a pesar del nombre con que se designa a este instrumento.

Esta herramienta de evaluación fue concebida como un cuestionario auto administrado dirigido a la situación actual de vida del examinado. Integra cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadaptación social e hipocondría.

Esta escala en cualquiera de sus versiones consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas planteadas al sujeto en escala tipo Likert, con valores de 1 a 4 en las categorías de respuesta. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems de las columnas tres y cuatro. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "mejor que antes" toma el valor 1 y la respuesta "mucho peor que antes", toma el valor 4. El instrumento evalúa el desorden psiquiátrico en el momento de su aplicación, por lo que únicamente proporciona información del estado mental actual del entrevistado. En esta forma de calificación se establece un punto de corte por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos. Por debajo del nivel establecido se consideran "no casos".



Considerando todas estas variables, se hace necesario continuar evaluando la salud mental de estudiantes universitarios, ya que éstos se enfrentan habitualmente a fuentes de estrés diversas durante los años de educación académica, lo que puede generar una afectación en su proceso de formación.

Los estudios de validez del CGS, utilizando como criterio externo el juicio clínico psiquiátrico por medio de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward y Sheperd, dan como resultado una sensibilidad entre 72% y 78.7%, con una especificidad entre 72.98% y 78%, lo que demuestra que se trata de un instrumento equilibrado que permite identificar "casos potenciales" en la población general. Las investigaciones sobre prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general, muestran frecuencias que fluctúan entre 25.6% y 51.6%, de las cuales alrededor de un 5% presentan síntomas de suficiente severidad como para requerir atención psiquiátrica hospitalaria.

Las primeras preguntas abarcan síntomas físicos para continuar después con síntomas psiquiátricos cada vez más abiertos; por su forma de contestar las respuestas afirmativas algunas veces indican enfermedad y otras salud. Para los fines de este estudio se optó por utilizar el cuestionario de 28 ítems, determinándose un punto de corte de 5/6 para considerar a un participante como "no caso/caso".

Otro apartado de la encuesta incluyó preguntas para valorar los factores que tienen una influencia negativa en la calidad de vida de estos sujetos. Se valoró en qué grado los estudios universitarios cumplen las expectativas del estudiante, tanto en lo referente a las relaciones con otros estudiantes, y profesores, como en el grado de conocimientos y capacitación profesional adquirida. Por otra parte se analizaron los hábitos y patrones de consumo de tabaco, alcohol y diversas sustancias psicotrópicas de los estudiantes universitarios.



Análisis estadístico.

Previo análisis se realizó un estudio descriptivo para depurar y corregir posibles errores en la introducción de los datos. Éstos fueron incluidos en una base de datos específicamente diseñada, y analizados con el programa informático de análisis estadístico SPSS, versión 17.0. Las variables analizadas son de tipo cualitativo, y los resultados se basan en la presencia o ausencia de dichas variables. Posteriormente se calcularon las frecuencias de las variables, y la significación estadística.

Se considerarán estadísticamente significativos aquellos resultados con $p < 0.05$.



RESULTADOS

La muestra objeto de estudio está formada por 291 estudiantes, que se encuentran estudiando la carrera de medicina, en la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, en el II semestre de 2009, de los cuales el 75,6% es de sexo femenino; a su vez el grupo etario de mayor frecuencia es de 20 a 22 años con un 50,5% del total de la muestra, siguiendo de 17 a 19 años con 32,6%, seguidamente 16,2% de 23 a 25 años, y el restante corresponde a mayor de 25 años. (Ver tabla N°1 y N°2)

El 43,3% presentan alteración del test de Goldberg, de los que el 83,3% corresponde al sexo femenino y el 16,7% restante al sexo masculino. (Ver tabla N° 2). Así mismo el grupo etario mayormente afectado es el de mayores de 25 años en el que su totalidad está afectado, seguido de éste, el grupo de 17 a 19 años con un 49,5% de estudiantes con alteración, seguidamente de 20 a 22 años con 41,5% afectados, el resto corresponde al grupo de 23 a 25 años. (Ver tabla N° 3)

En relación a los semestres incluidos en este estudio que abarcaban desde el III semestre al XII, los que presentan mayor alteración de la salud mental en primer lugar el IV semestre con 56,6% de su población afectada, luego el VII y XII semestre ambos con 53,3% de su población afectada, en tercer lugar III semestre con 52,8% afectado, en cuarto lugar XI semestre con 46,2% afectado, seguido del IX semestre con 42,3% de su población afectada, en sexto lugar VIII semestre con 41,7% de su población afectada, luego VI semestre con 38,2% de su población afectada, en octavo lugar V semestre con 21,4% de su población afectada y finalmente X semestre con 8,3% afectado. (ver tabla N° 4)

Con respecto a la alteración del test de Goldberg en el área preclínica que corresponde al 59,8% de la población estudiada y el área clínica correspondiente al



40,2% restante, se encontró que la población más afectada es la preclínica representando 64,3% del total de los que presentan alteración. (Ver tabla N° 5)

En cuanto a los hábitos alcohólicos el 68% manifestó que consumía alcohol de forma ocasional y se encontró alteración del test de Goldberg en 41,9 % de los mismos, en este mismo orden el 27,8% de los estudiantes nunca consumen alcohol, de estos el 50,6% presenta alteración del test de Goldberg, por último 4,1% de los estudiantes siempre consumen bebidas alcohólicas, de los que el 16,7% presenta alteración del test de Goldberg. (Ver tabla N°6). El 82,5% de los estudiantes nunca consumen cigarrillos, de estos el 42,9% presenta alteración del test de Goldberg, 14,8% consumen cigarrillos de forma ocasional, encontrándose 48,8% de estos con alteración del test de Goldberg y finalmente sólo el 2,7% siempre consumen cigarrillos y 25% de estos presenta alteración del test de Goldberg.(Ver tabla N° 7). En relación a los hábitos cafeicos el 55,7% de los estudiantes consumen café ocasionalmente de los que el 43,2% presenta alteración del test de Goldberg, seguidamente el 30,9% nunca lo hace, entre estos el 38,9% presenta alteración del test de Goldberg y finalmente el 13,4% siempre consume café, y 53,8% de estos presentan alteración del test de Goldberg. (Ver tabla N° 8).

Por otro lado, referente al uso de drogas excluyendo de éstas el uso de medicamentos también conocidos como drogas, y entendiéndose en este caso el uso de drogas ilícitas el 2,7% manifestó usarlas (ver tabla N° 9), de los que el 25% presentó alteración del test de Goldberg. (Ver gráfico N° 1).

Según los datos obtenidos el 42,3% de los estudiantes provienen del estado bolívar excluyendo Ciudad Bolívar, siendo estos los que presentaron mayor alteración del test de Goldberg representando el 54,5% del total de la muestra, 32,3% son de Ciudad Bolívar de los que el 39,4% presentan alteración del test de Goldberg y finalmente el grupo proveniente de fuera de Bolívar, es decir del resto del país esta



representado por el 25,4% del total, de los que el 29,7% presenta alteración del test de Goldberg (ver tabla N° 10). Así mismo se encontró que el 36,4% de los estudiantes viven con sus padre de los cuales el 43,4% presentan alteración del test de Goldberg representando la mayoría de los estudiantes con alteración con el 36,5%, seguidamente el 29,9% de los estudiantes viven con amigos o compañeros, de los que el 42,5% presentan alteración, el 20,3% viven solos y presentan alteración de la salud mental en un 45,8%, finalmente el 13,4% de los estudiantes viven con familiares de los cuales 41% presentan alteración de la salud menta. (Ver tabla N° 11).

En cuanto a la dependencia económica la mayoría de los estudiante en un 87,6% dependen económicamente de los padres y el 43,9% presenta alteración del test de Goldberg, el resto perciben ingresos propios o dependen de becas. Referente a los que dependen exclusivamente de becas que lo representa el 6,9% de la muestra estudiada el 45% de estos presenta alteración del test de Goldberg, por otro lado los que depende de ingresos propios que es el 5,5% restante se evidencia alteración del test de Goldberg en 31,3% de los mismos. (Ver tabla N° 12).

Sólo el 4,8% de los estudiantes trabajan de los que el 35,7% presentaron alteración de la salud mental. (Ver tabla N° 13). Y por otro lado el 3,1% de los estudiantes tienen hijos, dentro de estos el 66,7% presento alteración de la salud mental. (Ver tabla N° 14).

El 73,5% de los estudiantes se encuentran satisfechos con sus logros académicos, de estos el 38,3% presentan alteración, representando el 65,1% del total alterado. Mientras que el 26,5% de los estudiantes se manifestaron insatisfechos con sus logros académicos hasta el momento de la evaluación, entre estos el 57,1% presento alteración de la salud mental. (Ver tabla N° 15)



El 64,6% de los estudiantes manifestó no necesitar atención psicológica, de los que el 34,6% presentan alteración, sin embargo el 35,4% de los estudiantes manifestó la necesidad de recibir ayuda psicológica, se encontró además que el 59,2% de ellos presento alteración de la salud mental. (Ver tabla N°16 y gráfico N° 2)


Tabla 1

Distribución según sexo y grupo etario de estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Grupo etario				
			17 - 19	20 - 22	23- 25	mayor 25	Total
Sexo	Femenino	N	70	110	38	2	220
		%	31,8%	50,0%	17,3%	,9%	100,0%
	Masculino	N	25	37	9	0	71
		%	35,2%	52,1%	12,7%	,0%	100,0%
Total		N	95	147	47	2	291
		%	32,6%	50,5%	16,2%	,7%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 2

Distribución según sexo y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			Normal	Alterado	
Sexo Femenino	N		115	105	220
	% Sexo		52,3%	47,7%	100,0%
	% Goldberg		69,7%	83,3%	75,6%
	% del total		39,5%	36,1%	75,6%
Masculino	N		50	21	71
	% sexo		70,4%	29,6%	100,0%
	% Goldberg		30,3%	16,7%	24,4%
	% del total		17,2%	7,2%	24,4%
Total	N		165	126	291
	% Sexo		56,7%	43,3%	100,0%
	% Goldberg		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina


Tabla 3

Distribución según grupo etario y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			Normal	Alterado	
Grupo etario	17 - 19	N	48	47	95
		%	50,5%	49,5%	100,0%
	20 - 22	N	86	61	147
		%	58,5%	41,5%	100,0%
	23- 25	N	31	16	47
		%	66,0%	34,0%	100,0%
	mayor 25	N	0	2	2
		%	,0%	100,0%	100,0%
Total		N	165	126	291
		%	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 4

Distribución según semestre y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina.

Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Semestre 3	N		17	19	36
	% dentro de semestre		47,2%	52,8%	100,0%
	% dentro de goldberg		10,3%	15,1%	12,4%
4	N		33	43	76
	% dentro de semestre		43,4%	56,6%	100,0%
	% dentro de goldberg		20,0%	34,1%	26,1%
5	N		22	6	28
	% dentro de semestre		78,6%	21,4%	100,0%
	% dentro de goldberg		13,3%	4,8%	9,6%
6	N		21	13	34
	% dentro de semestre		61,8%	38,2%	100,0%
	% dentro de goldberg		12,7%	10,3%	11,7%
7	N		7	8	15
	% dentro de semestre		46,7%	53,3%	100,0%
	% dentro de goldberg		4,2%	6,3%	5,2%
8	N		14	10	24
	% dentro de semestre		58,3%	41,7%	100,0%
	% dentro de goldberg		8,5%	7,9%	8,2%
9	N		15	11	26
	% dentro de semestre		57,7%	42,3%	100,0%
	% dentro de goldberg		9,1%	8,7%	8,9%
10	N		22	2	24
	% dentro de semestre		91,7%	8,3%	100,0%
	% dentro de goldberg		13,3%	1,6%	8,2%
11	N		7	6	13
	% dentro de semestre		53,8%	46,2%	100,0%



		% dentro de goldberg		4,8%	4,5%
			4,2%		
12	N	7	8	15	
		% dentro de semestre	46,7%	53,3%	100,0%
		% dentro de goldberg	4,2%	6,3%	5,2%
Total	N	165	126	291	
		% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina


Tabla 5

Distribución según área preclínica y clínica y test de Goldberg alterado en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

		Goldberg		Total
		Normal	Alterado	
Preclínica	N	93	81	174
	% III al VI	53,4%	46,6%	100,0%
	% en goldberg	56,4%	64,3%	59,8%
	% del total	32,0%	27,8%	59,8%
Clínica	N	72	45	117
	% VII al XII	61,5%	38,5%	100,0%
	% en goldberg	43,6%	35,7%	40,2%
	% del total	24,7%	15,5%	40,2%
Total	N	165	126	291
	% en goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 6

Distribución según hábitos alcohólicos en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Alcohol 1	Siempre	N	10	2	12
		% Alcohol	83,3%	16,7%	100,0%
		% Goldberg	6,1%	1,6%	4,1%
		% del total	3,4%	,7%	4,1%
	Ocasionalmente	N	115	83	198
		% Alcohol	58,1%	41,9%	100,0%
		% Goldberg	69,7%	65,9%	68,0%
		% del total	39,5%	28,5%	68,0%
	Nunca	N	40	41	81
		% Alcohol	49,4%	50,6%	100,0%
		% Goldberg	24,2%	32,5%	27,8%
		% del total	13,7%	14,1%	27,8%
Total		N	165	126	291
		% Alcohol	56,7%	43,3%	100,0%
		% Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 7

Distribución según hábitos tabáquicos en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Cigarrillos Siempre	N		6	2	8
	% Cigarrillos		75,0%	25,0%	100,0%
	% Goldberg		3,6%	1,6%	2,7%
	% del total		2,1%	,7%	2,7%
Ocasional	N		22	21	43
	% Cigarrillos		51,2%	48,8%	100,0%
	% Goldberg		13,3%	16,7%	14,8%
	% del total		7,6%	7,2%	14,8%
Nunca	N		137	103	240
	% Cigarrillos		57,1%	42,9%	100,0%
	% Goldberg		83,0%	81,7%	82,5%
	% del total		47,1%	35,4%	82,5%
Total	N		165	126	291
	% Cigarrillos		56,7%	43,3%	100,0%
	% Goldberg		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina


Tabla 8

Distribución según hábitos cafeicos en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

		Goldberg		Total
		normal	alterado	
Café Siempre	N	18	21	39
	% Café	46,2%	53,8%	100,0%
	% Goldberg	10,9%	16,7%	13,4%
	% del total	6,2%	7,2%	13,4%
Ocasionalmente	N	92	70	162
	% Café	56,8%	43,2%	100,0%
	% Goldberg	55,8%	55,6%	55,7%
	% del total	31,6%	24,1%	55,7%
Nunca	N	55	35	90
	% Café	61,1%	38,9%	100,0%
	% Goldberg	33,3%	27,8%	30,9%
	% del total	18,9%	12,0%	30,9%
Total	N	165	126	291
	% Café	56,7%	43,3%	100,0%
	% Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina

**Tabla 9**

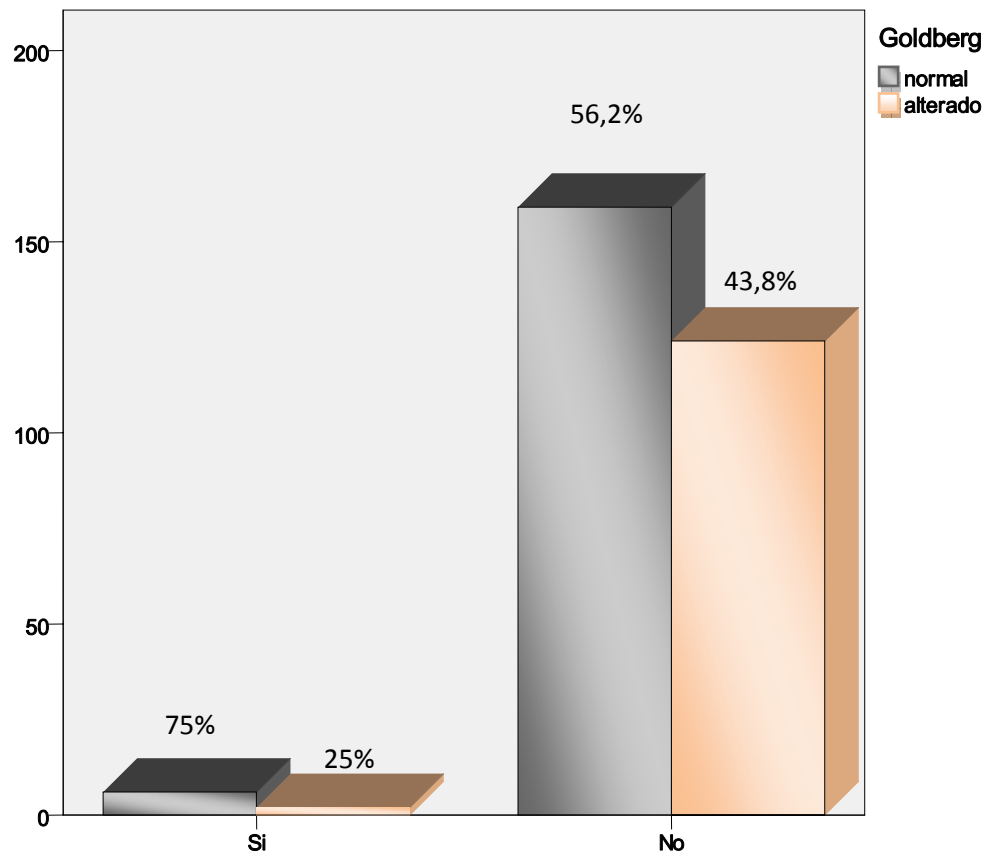
Distribución según uso de drogas en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

Drogas	N	%
Si	8	2,7
No	283	97,3
Total	291	100,0

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina

**Gráfico N° 1**

Distribución según uso de drogas en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009



Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 10

Distribución según procedencia y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			Normal	Alterado	
Procedencia	Cd Bolívar	N	57	37	94
		% procedencia	60,6%	39,4%	100,0%
		% en Goldberg	34,5%	29,4%	32,3%
		% del total	19,6%	12,7%	32,3%
	Resto Edo. Bolívar	N	56	67	123
		% procedencia	45,5%	54,5%	100,0%
		% en Goldberg	33,9%	53,2%	42,3%
		% del total	19,2%	23,0%	42,3%
	Fuera de Bolívar	N	52	22	74
		% procedencia	70,3%	29,7%	100,0%
		% en Goldberg	31,5%	17,5%	25,4%
		% del total	17,9%	7,6%	25,4%
Total	N	165	126	291	
	% procedencia	56,7%	43,3%	100,0%	
	% en Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	56,7%	43,3%	100,0%	

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina


Tabla 11

Distribución según convivencia y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Con quién vives?	Padres	N	60	46	106
		% vives con	56,6%	43,4%	100,0%
		% en Goldberg	36,4%	36,5%	36,4%
		% del total	20,6%	15,8%	36,4%
	Familiares	N	23	16	39
		% vives con	59,0%	41,0%	100,0%
		% en Goldberg	13,9%	12,7%	13,4%
		% del total	7,9%	5,5%	13,4%
	Amigos o compañeros	N	50	37	87
		% vives con	57,5%	42,5%	100,0%
		% en Goldberg	30,3%	29,4%	29,9%
		% del total	17,2%	12,7%	29,9%
	Sólo	N	32	27	59
		% vives con	54,2%	45,8%	100,0%
		% en Goldberg	19,4%	21,4%	20,3%
		% del total	11,0%	9,3%	20,3%
Total		N	165	126	291
		% vives con	56,7%	43,3%	100,0%
		% en Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta **Realizada** en estudiantes de medicina



Tabla 12

Distribución según dependencia económica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Dependencia económica	Propios	N	11	5	16
		% dep. económica	68,8%	31,3%	100,0%
		% en Goldberg	6,7%	4,0%	5,5%
		% del total	3,8%	1,7%	5,5%
	Padres	N	143	112	255
		% dep. económica	56,1%	43,9%	100,0%
		% en Goldberg	86,7%	88,9%	87,6%
		% del total	49,1%	38,5%	87,6%
	Becas	N	11	9	20
		% dep. económica	55,0%	45,0%	100,0%
		% en Goldberg	6,7%	7,1%	6,9%
		% del total	3,8%	3,1%	6,9%
Total	N		165	126	291
	% dep. económica		56,7%	43,3%	100,0%
	% en Goldberg		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina


Tabla 13

**Distribución según trabajo y alteración de la salud mental en
estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo
Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009**

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Trabajo	Si	N	9	5	14
		% trabajo	64,3%	35,7%	100,0%
		% Goldberg	5,5%	4,0%	4,8%
		% del total	3,1%	1,7%	4,8%
	No	N	156	121	277
		% trabajo	56,3%	43,7%	100,0%
		% Goldberg	94,5%	96,0%	95,2%
		% del total	53,6%	41,6%	95,2%
Total		N	165	126	291
		% trabajo	56,7%	43,3%	100,0%
		% Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 14

**Distribución según tenencia de hijos y alteración de la salud mental
en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo
Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009**

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Hijos	Si	N	3	6	9
		% hijos	33,3%	66,7%	100,0%
		% Goldberg	1,8%	4,8%	3,1%
		% del total	1,0%	2,1%	3,1%
	No	N	162	120	282
		% hijos	57,4%	42,6%	100,0%
		% Goldberg	98,2%	95,2%	96,9%
		% del total	55,7%	41,2%	96,9%
Total		N	165	126	291
		% hijos	56,7%	43,3%	100,0%
		% Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla 15

Distribución según satisfacción académica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

			Goldberg		Total
			normal	alterado	
Satisfacción académica	SI	N	132	82	214
		% Satisf. académica	61,7%	38,3%	100,0%
		% Goldberg	80,0%	65,1%	73,5%
		% del total	45,4%	28,2%	73,5%
	No	N	33	44	77
		% Satisf. académica	42,9%	57,1%	100,0%
		% Goldberg	20,0%	34,9%	26,5%
		% del total	11,3%	15,1%	26,5%
Total		N	165	126	291
		% Satisf. académica	56,7%	43,3%	100,0%
		% Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



Tabla N°16

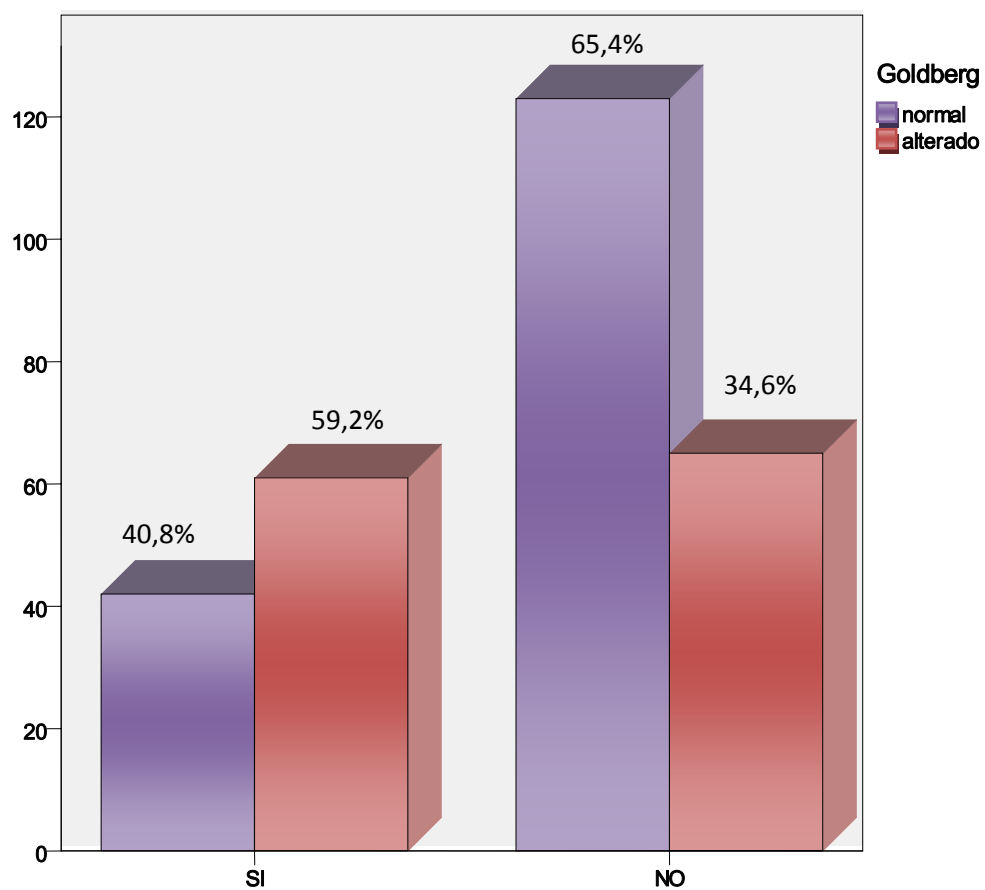
Distribución según necesidad subjetiva de atención psicológica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009

		Goldberg		Total
		normal	alterado	
SI	N	42	61	103
	% Atención	40,8%	59,2%	100,0%
	% Goldberg	25,5%	48,4%	35,4%
	% del total	14,4%	21,0%	35,4%
NO	N	123	65	188
	% Atención	65,4%	34,6%	100,0%
	% Goldberg	74,5%	51,6%	64,6%
	% del total	42,3%	22,3%	64,6%
Total	N	165	126	291
	% Atención	56,7%	43,3%	100,0%
	% Goldberg	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina

**Gráfico N° 2**

Distribución según necesidad subjetiva de atención psicológica y alteración de la salud mental en estudiantes de Medicina. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar. II semestre 2009



Fuente: Datos de encuesta realizada en estudiantes de medicina



DISCUSIÓN

La muestra estudiada estuvo conformada por 291 estudiantes del III al XII semestre de medicina de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, se excluyeron alumnos de la unidad de cursos básicos ya que aún no han tenido contacto con la carrera propiamente tal y los estudiantes del XII y XIV semestre (internado rotatorio) por la dificultad en la obtención de la información de los mismo debido a que en su mayoría se encontraban en otras ciudades rotando, por lo que se consideró que podría alterar los resultados finales.

Del total de la población estudiada la mayoría de los estudiantes eran del sexo femenino en un 75,6% lo cual coincide con estudios anteriores como es el caso de Guavita y Sanabria en el 2006 que realizaron un estudio en la Universidad de Nueva Granada en Bogotá donde se proponía determinar la severidad y prevalencia de la alteración de la salud mental en estudiantes de medicina, en el que el 58,1% de la población estudiada era de sexo femenino.

La edad promedio fue de 20,5 años, con una edad mínima de 17 años y máxima de 26 años, el grupo etario más frecuente fue de 20 a 22 años con un 50,5% de la población estudiada, estos datos coinciden con el estudio mencionado anteriormente de Guavita y Sanabria encontrándose estos mismos resultados.

Datos obtenidos en este estudio indican que un 43,4% de los estudiantes presentan alteración del Test de Goldberg, resultado mayor al encontrado en otros estudios como es el de Joffre, García et al en 2007 realizado en la ciudad de Tamaulipas, México donde el 27,6% presentó alteraciones de la salud mental dado por un test de Goldberg positivo; de estos en su mayoría corresponden al sexo femenino en 83,3%, al analizar estadísticamente esta variable se obtuvo $p=0,007$



siendo estadísticamente significativo, coincidiendo con otros estudios realizados en Venezuela, tal es el caso de Cabrera y Sanchez en Abril de 2009 en la Universidad Bolivariana de Venezuela en el que el 66,6% de los alumnos con alteración de la salud mental eran de sexo femenino.

Como se expuso anteriormente se evaluaron estudiantes del III al XII semestre ubicándose en el IV semestre el mayor número de estudiantes con alteración de la salud mental con un 56,6% de su total, representando el 34,1% del total de los estudiantes con alteración, estos resultados fueron estadísticamente significativos con $p=0,002$; estos resultados podrían explicarse por el hecho de que en este semestre es donde se cursan materias exigentes y con alto índice de reprobación, aunado al hecho de haber estado cercano a la realización de exámenes parciales en el momento de aplicar el test. Esto difiere del estudio realizado por Nakeeb y Palomares en el año 2003 en el que refieren que hubo una menor incidencia de alteración de la salud mental respecto a otros estudios debido a que estaban cercanas las fechas de vacaciones intrasemestrales.

Por otro lado los semestres se agruparon en dos categorías el área preclínica y el área clínica, encontrándose una diferencia significativa entre ambas ya que del área preclínica conformado por semestres del III al VI, el 46,6% de los alumnos estudiados presentan alteración del test de Goldberg, siendo esto representado en el 64,3% del total con alteración de la salud mental, al analizar se encontró $p=0.172$ no teniendo significado estadístico, sin embargo no se encontró en la bibliografía investigada datos referentes a los antes descritos.

En lo referente a los hábitos alcohólicos se evidenció que el 68% de los estudiantes mantienen éste de forma ocasional, de los que el 41,9% presentaron alteración de la salud mental estos representan el 65,9% del total de alumnos que presentaron alteración del test de Goldberg, al analizarlo se encontró que no es



estadísticamente significativo ya que $p=0,068$. Por otro lado en cuanto a los hábitos tabáquicos, no se evidenció influencia de los mismos en la alteración de la salud mental ya que a pesar de que el 14,8% lo consumen de forma ocasional y el 48,8% de estos tienen alteración de la salud mental, sólo representa el 16,7% de todos los estudiantes que presentaron alteración del test de Goldberg, además se observó que el 82,5% de los estudiantes nunca han tenido hábitos tabáquicos, sin embargo el 42,9% tienen alteración de la salud mental y representa la mayoría del total de los estudiantes con alteración de la salud mental con un 81,7%; se analizó estadísticamente y se obtuvo $p=0,440$ siendo no significativo. Finalmente en cuanto a los hábitos cafeicos el 55,7% de estudiantes consumen ocasionalmente café, de los que el 43,2% presento alteración del test de Goldberg, representando el 55,6% de total de estudiantes con alteración del test de Goldberg, todo esto coincide con trabajos anteriores como el de Camacho, Cortez et. al, en el año 2005, realizado en la Universidad Central de Venezuela quienes refieren no haber encontrado relación entre la presencia de estos hábitos y la alteración de la salud mental. Al igual que no se encontró relación entre el consumo de drogas ilícitas presente en el 2,1% de la población estudiada y la presencia de alteración de la salud mental.

En cuanto a la procedencia se encontró que existe mayor alteración del test de Goldberg en estudiantes provenientes del Edo. Bolívar excluyéndose Ciudad Bolívar que son 42,3% de la población estudiada, el 54,5% de este grupo tiene alteración de la salud mental que corresponden al 53,2% del total con alteración, al analizarse estadísticamente se obtuvo $p=0,002$ resultando significativo, aunque no se puede establecer una explicación que justifique esta relación entre la procedencia y la alteración del test de Goldberg se encontró que los estudiantes del Edo. Bolívar excluyendo los de Ciudad Bolívar presentan mayor alteración que los procedentes de otros estados, infiriéndose así que son los estudiantes que se desplazan con mayor frecuencia hacia sus hogares, incluso algunos lo hacen diariamente, presentando un nivel de estrés y preocupación mayor que los otros grupos, por lo que genera el



desplazamiento en sí. Pese a que no se encontró bibliografía que haga referencia a esta relación, este factor fue incluido dado que la procedencia lejana puede ser un factor predisponente para los estudiantes de sufrir de trastornos depresivos que consecuentemente llevan a una alteración de la salud mental.

Referente a las personas con las que viven los estudiantes considerándose esta una variable importante dado que el ambiente y las personas con las que se convive diariamente pueden repercutir tanto positiva como negativamente en el bienestar y salud del estudiante, el 36,4% viven con sus padres de los que el 43,4% presentaron alteración de la salud mental que se corresponde con un 36,5% del total de estudiantes con alteración de la salud mental, sin embargo no encontramos relación entre estas variables ya que al ser evaluadas estadísticamente se encontró insignificante con $p=0,964$.

Otro de los factores evaluados para relacionar como un agravante en la alteración de la salud mental se incluyeron la dependencia económica, el 87,6% dependen de los padres, estos representan la mayoría de los estudiantes con alteración de salud mental con 88,9%, se analizó estadísticamente obteniendo $p=0,604$, el hecho de que el estudiante deba dividir su tiempo entre el estudio y el trabajo, solo el 4,8% de los estudiantes trabaja, se analizó estadísticamente obteniendo $p=0,557$, así mismo la responsabilidad de tener alguien a cargo como sería el hecho de un hijo, sin embargo solo el 3,1% de los estudiantes tienen hijos, se analizó estadísticamente obteniendo $p=0,151$, estas variables resultaron no ser estadísticamente significativas, por lo que no se puede establecer una asociación entre estos factores y la alteración del test de Goldberg. No se encontraron estudios o referencia donde se evaluaran estos factores.

Los resultados muestran que el 73,5% de los estudiantes se encuentran satisfechos con sus logros académicos, de estos el 38,3% presentan alteración, estos



representando la mayoría de los estudiantes con alteración con el 65,1% del total. Mientras que el 26,5% de los estudiantes se manifestaron insatisfechos con sus logros académicos hasta el momento de la evaluación, entre estos el 57,1% presento alteración de la salud mental, esto no pudo ser evidenciado en otros estudios ya que no existen datos al respecto.

Finalmente el 64,6% de los estudiantes manifestó no necesitar atención psicológica, de los que el 34,6% presentan alteración, estos representan el 51,6% del total con alteración, por otro lado el 35,4% de los estudiantes manifiesta tener la necesidad de recibir ayuda psicológica, de ellos el 59,2% tienen alteración del test de Goldberg, ellos representan el 48,4% del total de estudiantes con alteración de la salud mental; visto de otra forma el 43,3% de la población estudiada presenta alteración de la salud mental y sólo el 48,4% manifestó la necesidad de recibir ayuda psicológica evidenciándose una gran discordancia, lo cual podría explicarse de dos formas, primero que los estudiantes desconocen las diferentes manifestaciones de las alteraciones de la salud mental, segundo, que solo el 48,4% de los estudiantes con alteraciones de la salud mental son capaces de reconocerlo, posterior al análisis estadístico se encontró que $p=0,000$ siendo significativo. Por lo tanto esto hace plantearse la falta de ayuda psicológica ya sea facilitada por parte de la universidad para los estudiantes y también debido a que un 25,5% de los que estudiantes que no presentan alteración del test de Goldberg, manifiestan la necesidad de recibir ayuda psicológica, y además se debe plantear si la población estudiantil tiene los suficientes conocimientos acerca de la salud mental como para reconocer cuando puedan presentar algún problema y necesitar la ayuda psicológica, además encontramos que esto coincide con otros estudios como es el caso del estudio realizado por Rosenthal y Okie en 2005 realizado en Inglaterra en el que evaluaban depresión en estudiantes de medicina en el que se encontró que la necesidad de ayuda psicológica subjetiva frente a la objetiva es significativamente menor.



CONCLUSIONES

Se realizó un estudio transversal donde se evaluó alteración de la salud mental en estudiantes de medicina de la Universidad de Oriente del Núcleo Bolívar en el semestre II – 2009, luego de evaluar los resultados, se llega a las siguientes conclusiones:

- ✓ El 75,6% de la población estudiada es del sexo femenino.
- ✓ La edad promedio de los estudiantes fue de 20,5 años, con una edad mínima de 17 años, y edad máxima de 26 años.
- ✓ Los datos obtenidos muestran que 43,4% de los estudiantes de medicina presentan alteración de la salud mental con un test de Goldberg positivo del que el 83,3% fue de sexo femenino con $p=0,007$.
- ✓ En el IV semestre de la carrera de medicina, se ubica el mayor número de estudiantes con alteración del test de Goldberg con un 56,6%, con $p=0,002$.
- ✓ El 64,3% de los alumnos con alteración de la salud mental, se ubico en la categoría de preclínica, siendo mayor al área clínica
- ✓ En cuanto a los hábitos tabáquicos, alcohólicos, cafeicos y el consumo de drogas ilícitas no se encontró relación con la alteración de la salud mental.
- ✓ Se evidenció alteración de la salud mental en un 42,3% de los estudiantes procedentes del estado Bolívar con exclusión de Ciudad Bolívar sede de la escuela de medicina ya que fue evaluado aparte, sin embargo no se encontró explicación para la relación que existe entre este factor y la salud mental ya que resultó estadísticamente significativo con $p=0,02$
- ✓ Al evaluar la dependencia económica, carga o responsabilidad familiar, no se encontró relación entre estos factores y la alteración de la salud mental.
- ✓ El 73,5% de los estudiantes se encuentran satisfechos con los logros académicos alcanzados hasta el momento de realizar el estudio sin embargo el



65,1% de ellos presenta alteración del test de Goldberg, con $p=0,04$ siendo estadísticamente significativo

- ✓ El 35,4% de los estudiantes manifiestan la necesidad de recibir ayuda psicológica y el 59,2% tienen alteración de la salud mental, con $p=0,000$.



RECOMENDACIONES

En países de Europa, América latina y Venezuela, se han realizado estudios para evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios y específicamente en estudiantes de medicina, que permitan implementar medidas para realizar un diagnóstico precoz de estos trastornos y así mismo la aplicación del tratamiento oportuno. Debido a esto se recomienda que las Universidades tomen en consideración este y otros estudios donde se plantee y desarrollen estrategias a fin de integrar el rendimiento académico, con actividades de índole cultural, intelectual y físico, con el propósito de lograr un equilibrio de los diferentes aspectos que conforman la salud mental.

A pesar de no encontrarse diferencias significativas entre los hábitos tóxicos y la alteración de la salud mental, se evidencio que gran parte de la población estudiantil mantiene este tipo de hábitos por lo que se recomienda se deriven los mismo a otras áreas fuera del ámbito académico, para así disminuir las tendencias de los mismos.

Se propone además se continúen realizando investigaciones en la materia para averiguar en que grado influyen estos factores, así como la susceptibilidad individual del estudiante, para producir estas alteraciones psicológicas, y establecer las medidas preventivas oportunas.

Así como también investigar las causas que influyen en la percepción ineficiente del estado de salud mental de los estudiantes, ya que resulta alarmante la discordancia entre la percepción subjetiva y la evaluación objetiva de la misma, siendo que los estudiantes de medicina en un futuro tendrán la responsabilidad de detectar este tipo de problemas en sus pacientes y no solo en ellos mismos. Y por otra



parte evaluar las razones por las que los estudiantes creen necesitar ayuda psicológica y no la están recibiendo.

Tomar en consideración que una mejor formación en cuanto a la salud mental incrementaría el nivel de percepción de la salud mental en los estudiantes, facilitando el conocimiento de sus alteraciones, y además la búsqueda oportuna de la ayuda necesaria, para finalmente incrementar la enseñanza universitaria, no solo en su aspecto académico sino de manera integral.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberasturyn, A.; Knorel, H.; La adolescencia normal. Editorial paidos Buenos Aires 1976.
- Acuña, A.; Avances en imágenes RMN para la evaluación de desordenes bipolares. Espectro CNS. Abril de 2006; 11(4): 206 – 280.
- Ajuria, J.; Marcell, D.; Trastornos Psicósomáticos. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona. Edit Massos 1987 pag 315-329.
- Al Nakeeb, et al. Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. 2002
- Alarcon, P.; (2001) Evaluación psicológica de adolescente de desadaptación social Tesis de Magister en Evaluación psicología clínica y forense, Universidad de Salamanca España.
- Alonso, C.; Delgado, V.; Escudier V.;l <<Evaluación del estado de Salud mental en estudiantes de medicina y su relación con factores académicos >> XIII Jornadas de Medicina y Salud Pública, Publicación del dpto. de Med. Preventiva y Salud pública, VAM 2000.
- Ansaniet, F.; Modelos psicopatológicos de los fenómenos psicósomáticos en la infancia. Neurosiquiatría, Enface Adolescence, 1999,47,3, 161-168.
- Anthony, L.; Benedeck, T.; Depresión y Existencia humana. Salvat España 1981.
- Araya, R.; Lewis, G.; Rojas, G.; Mann, A.; “Patient Knows best” detection of commun mental disorders in santiago, Chile. Cross sectional study, BMJ 2001; 322-79-81.
- Avila, A.; Jimenez, L.; Gómez, F.; Gonzalez, R., (1996) Aproximacion Psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento de estrés en



adolescencia.; Perspectivas teóricas y técnicas de evaluación. Evaluación psicológica en el campo de la Salud (pp. 267 – 325) Barcelona Paidós.

Banks, M.; Clegg, C.; The use of GHQ as an indicator of mental health in occupational studies. J Occup Psychol 1980;53:187-294

Belloch, A., Sandín, B.(1996): Manual de psicopatología. McGraw-Hill Interamericana. España.

Bibring, E.; (1953). The mechanism of depression in Affective Disorders. P. Greenacre (Ed) pp 13-48 New York; international University Press.

Cabrera, G.; Sánchez, L. (2009) Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela. MEDISAN 2009, 13 (4).

Camacho, L.; Cortés, M.; et. al (2005) incidencia de patología psiquiátrica menor en estudiantes del primer al cuarto año de medicina de la escuela Jose María Vargas, Universidad Central de Venezuela. Sociedad científica de estudiantes de Medicina de la UCV.

Cashel, M.; Oraet, L.; Holeiman, N. (2000) Evaluating PTSD incarcerated Juvenils with RPPI A: An explorary analysis. Journal of clinical psychology 56 (12), 1535 – 1549.

Castro, H.; Definición y límites de la psiquiatría y de la Salud Mental: Tendencias actuales en psiquiatría Experiencia Cubana 2da Edición La Habana. Ed. Científico Técnica; 1999 p 8-18.

Cheghion, J.; Lou Lu, B.; Una introducción a las enfermedades mentales. México DF: Manual Moderno 1993; 2-6.

Cia, A.; Trastornos de Ansiedad en la adolescencia en Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Edit, Panamericana 2000. 718-734.

Cobo Ocejo Revista Mexicana de Orientación Educativa. N° 8, Marzo-Junio de 2006. La Depresión en los Adolescentes. *



- Coyle, J.; Duman, R.; Finding the intracellular singnaling pathways affected by smood disorder treatments. *Newton* 38:157,2003
- Crockett M.; Couter, A.; (1999) Pathways though adolescence.. Individual development in relation to social contexts. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaunm Associates Publishers.
- Ezoe, S.; Morimoto, K.; Quantitative assessment of stresors and stress reaction: a review. *Sangyo Igaku* 1994;36(6):397-405.
- Fischhoff, B.; Managing patient with inexplicable health problems *JMJ* 326:595, 2003
- Fredman, M.; Kaplan, H. *Tratado de Psiquiatría*. Edit Salvat España 1986.
- Freud, A.; (1965) *Normality and pathology in childhood* New York. International University of Press.
- Garrido, A.; *Consecuencias psicosociales de las transiciones de los jóvenes a la vida activa*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense, 1992.
- Goldberg, D.; Hiller, V.; A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979;(1): 139-45.
- Goldberg, D.; *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing, 1978.
- Goldberg, D.; *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing, 1978.
- Golman, H.; *Psiquiatría General*. Editorial manual moderno. Mexico D.F. 1989.
- Gonzales – Rivero, J.; “*Medicina Psicomática*” Editorial Ades. 1º Edición pag 80 – 95. 2004
- Guavita, S.; García, R. (2007) Prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad militar de Nueva Granada. Bogotá, Colombia. *Revista de la facultad de Medicina UNAL*, vol. 54, N°2. Bogotá. Junio 2006.



- Hama, W.; Vincet, L.; Juvenil Delinquency & Development: across – national study. Berverly Hills; Calif: Sage Publications 1976.
- Honea, et al. Deficiencia en el volumen del cerebro en esquizofrenia: un meta-análisis basado en esbozos morfométrico. AMJ. Pyshiatry. Diciembre 2005; 162 (12) 2233 – 2245.
- Informe mundial de salud, 2001: "Salud Mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza", Organización Mundial de la Salud.
- Jacobsen, B.; Hasvold, T.; Hoyer, G.; Hansen, V.; The general health questionnaire. How many items are really necessary in population surveys. Psychol Med 1995;25(5):957-61.
- James, L.; Tratado de Medicina Psicosomática; año 2006. Editorial Ades. 1160 pag.
- Joffre, G.; et al. (2007) Evaluacion del estado de salud mental en estudiantes universitarios. Revista Argentina clínica de neuropsiquiatría, año 16, vol. 13, N°4. Marzo 2007. Pag 40 – 47.
- Johnson, C.; Abuse and neglect of children in: Kliegman, R.; Behrman, R.; Jensm H.; Stanton, B.; Nelson text book of pediatrics. 18th Ed Philadelphia Pg: Saunders Elsevier, 2007: drap 36.
- Lage, A.; Los desafíos del desarrollo. La actividad científica como eje de la formación del personal de salud. Educación Medica Salud 1995: 29 (3-4): 243 – 256.
- Llaberia, D.; Lorente, P.; Epidemiología de la depresióin infantil y adolescente. Edit Espaxis, España 1990.
- Lobo, A.; Morton, C.; Campayo, G.; Pérez, E.; Detección de la habilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG España: Luzan – 5; 1995: 1-20.
- March, J.; et al. Assessment of anxiety in children and adolescent. Review of Pychiatry, American Psiquiatric Press 1999, 15-405 – 27.



- Multiaxial classification of child and adolescence psychiatric disorders (ICD 10)
University of Cambridge Press 2007
- Muñoz, P.; Vázquez, J.; Rodríguez, F.; Adaptación española de genera health questionnaire (GHQ) de Goldberg. Arch Neurobiol 1979;42:139-58.
- Myers, J.; Sweeny, T.; Witmer, J. (2000) The wheel of wellness counseling for wellness: A horistic model for treatmenplaning. Jannal of counseling and development (tr.es “La rued del bienestar y la consigna rol. 18 pp: 251-266.
- Nakeeb, A.; et al. (2003) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. Facultad de Medicina de la Universidad Autonoma de Madrid.
- Naughton, M.; Wiklund, J.; A critical review of dimension -specific measures of healthy related quality of life incross - cultural research. Qual Life Res 1993;2(6):397-432.
- NICE; Guía Clínica NICE: El manejo de desordenes bipolares en adultos, niños y adolescentes en atenciones de primer y segundo nivel; 2006.
- Nieto, A.; Boletin Temas de Salud. Suplemento del Diario mundo hospitalario 2001 – Marzo; 8 (65)
- Organización Mundial de la Salud, 2003
- Ovarschel, H.; Weissman, M.; The epidemiology of auxiety disorders in clidren & adolescente in childhood Anxiety Disorders, GiHelman Ed. Guildford 1986. N. York: 58-72.
- Papalia, D.; Wendkos, O.; Desarrollo Humano México: Mc Graw Hill, 9ª edición, 1999.
- Pedreira y Cols. Revisión psicología del niño y adolescente.2001.3(1):26-51
- Pedreira, J.; Palanca, M.; Los trastornos somatomorfes en la infancia y adolescencia 3º Congreso Español de Psiquiatría, Genova 1998.



- Pedreira, J.; Sardinero, E.; Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en atención primaria pediátrica. *Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatría*, 1996, 24, 4, 173-190.
- Pedreira, J.; Trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva desde la sicopatología del desarrollo. Barcelona: Olalla, 1999
- Perales, A., Sogi, C., Morales, R., Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas.. Unidad de Investigación, Facultad de Medicina-UNMSM. 2Sección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Trujillo. 2001
- Politi, P.; Piccinelli, M.; Rehability validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90(6):432-7
- Richards, P.; Bergin, A.; (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity* (tr.es. "Manual de psicoterapia y diversidad religiosa"). Washington D.C.: Asociación estadounidense de psicología, pp. 4. ISBN 978-1-55798-624-5.
- Richards, P.; Bugin, A.; (2000) *Handbook of psychotherapy anda religions diversity*. Washintong D.C. Asiociación Estadounidense de psicología pp. 4 15 BN 978-1-55798-624-5.
- Robert, B.; Anatomía de la melancolía. Editado por la Asociación Española de neuropsiquioatría (2002) vol. 3, SBN 849216311 (1997), ISBN 84 -921633-6-4 (1998) ISBN 84-95-28713-7 (2002).
- Rodriguez, O.; Apolinaire, J.; Alonso, J.; Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. *Rev Cub. de Medicina General Integral* 2003;19 (4).
- Roldan, M.; Factores de riesgo en la mujer que predisponen a los trastornos emocionales. *Psicología Clínica y de Salud: Simposio y Mesas Temáticas* (1997).



- Rosenthal, J.; Okie, S. (2005) Depression in medical school. *New England Journal of Medicine* 2005; 353: 1085 – 1088.
- Samuels, J.; Nestadt, G.; Anthony, J.; The detection of mental disorders in the community using a 20-item interview version of the general health questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1994,89(1):14-20
- Sheffield, D.; et al: Daily events and somatic symptoms: evidence of a lagged relationship. *Br J Med psychol.* 1996, 69, 267-269.
- Simposio “Salud mental y física durante toda la vida” 11 de Octubre de 2005, sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washintong, D.C.
- Valverde, J.; (1988). *El proceso de inadaptación social* 3º Edicion. Madrid: Popular (4º Edición 2002).
- Vidal, G.; Blichmar, H.; Usandivaras, R.; *Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires, el Ateneo, 1977.
- Wheare, K.; (2000) *Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach* (tr. Es. Promocionando la salud mental, emocional y social: todo un acercamiento intelectual): Lonches: Routledge Falmer, pp 12. ISBN 978-0-415-16875-5
- Witner, J.; Sweery, T.; (1998) “ Holistic model for wellness and precaution over the lifespan. *Jounnal of counseling and Development*. Vol 71 pp 140 – 148.
- Www.psicoarea.org/dsm-iv.htm. (CIE.10 y DSM IB Contenido de la página)



ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

DATOS DEMOGRAFICOS:

2.- EDAD:

3.- SEMESTRE:

4.- LUGAR DE PROCEDENCIA:

5.- AÑO DE INGRESO A LA UNIVERSIDAD: _____

6.- CIGARRILLOS:

a) SIEMPRE b) OCASIONALMENTE c) NUNCA

7.- BEBIDAS ALCOHOLICAS:

a) SIEMPRE b) OCASIONALMENTE c) NUNCA

8.- CAFÉ:

a) SIEMPRE b) OCASIONALMENTE c) NUNCA

9.- HA CONSUMIDO OTRO TIPO DE DROGA: Si No ¿cuál? _____

10.-TIENES HIJOS: Si No

11.- VIVES CON:

a)Padres	b)Familiares	c)Amigos	o	compañeros
d)Solo				

12.- ECONOMICAMENTE DEPENDES DE INGRESOS:

a) Propios b) Padres c) Becas

13.- TRABAJAS:	Si	No
----------------	----	----

14.- PERSONAS A CARGO: Si No

15.- TE SIENTES SATISFECHO CON LO LOGRADO ACADEMICAMENTE HASTA AHORA:

Si No

16.- TE SIENTES AGOBIADO POR LAS ACTIVIDADES ACADEMICAS: Si No

17.- CALIFICARIAS TU RELACION CON LOS PROFESORES COMO:

a) Buena b) Regular c) Mala

18.- CALIFICARIAS TU RELACION CON LOS COMPAÑEROS COMO:

a) Buena b) Regular c) Mala

19.- HAS RECIBIDO EN ALGUN MOMENTO AYUDA PSICOLÓGICA: Si No

20.- CONSIDERAS QUE DEBAS RECIBIRLA: Si No

ANEXO 2

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos que lo habitual____ Mucho
menos que lo habitual ____

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más que lo habitual____

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más que lo habitual____

A.4.¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más que lo habitual____

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más que lo habitual____

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más que lo habitual____

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más que lo habitual____

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual ____ Igual que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____

Mucho más que lo habitual ____

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Menos tiempo que lo habitual ____ Igual que lo habitual ____ Más tiempo que lo habitual ____
Mucho más tiempo que lo habitual ____

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual ____ Igual que lo habitual ____ Peor que lo habitual ____ Mucho peor que lo habitual ____

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual ____ Igual que lo habitual ____ Menos satisfecho que lo habitual ____
Mucho menos satisfecho que lo habitual ____

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más útil de lo habitual ____ Igual de útil de lo habitual ____ Menos útil de lo habitual ____
Mucho menos útil de lo habitual ____

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más de lo habitual ____ Igual de lo habitual ____ Menos de lo habitual ____ Mucho menos de lo habitual ____

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más de lo habitual ____ Igual de lo habitual ____ Menos de lo habitual ____ Mucho menos de lo habitual ____

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____ Mucho más que lo habitual ____

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual ____
Mucho más que lo habitual ____

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____

Mucho más que lo habitual____

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____

Mucho más que lo habitual____

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____

Mucho más que lo habitual____

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y

lejos de todo?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____

Mucho más que lo habitual____

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

Claramente, no____ Me parece que no____ Se me ha cruzado por la mente____

Claramente, lo he pensado____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TITULO	SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DEL III AL XII SEMESTRE DELA CARRERA DE MEDICINA. UDO BOLÍVAR, PERÍODO II - 2009. CIUDAD BOLÍVAR.
SUBTITULO	

Autor (es):

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail
Latan M. José M.	CVLAC: 17.884.434 e-mail: jm_latan@hotmail.com
Montaño G. Ana L.	CVLAC: 17.839.233 e-mail: andavale_2@hotmail.com

PALABRAS O FRASES CLAVES:

SALUD MENTAL

ESTUDIANTES

MEDICINA

TEST DE GOLDBERG

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

AREA	SUBAREA
MEDICINA	SALUD MENTAL.
	PSIQUIATRIA.
	PSICOLOGIA MEDICA.

RESUMEN (ABSTRACT):

La Salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Por lo tanto, de acuerdo a ésta definición la salud mental es importante para todos los individuos independientemente del lugar en el que se desenvuelva y la actividad que realice. Los estudiantes y en especial los de medicina, son sometidos a un estrés constante, que implica el desconocimiento del área, el enfrentamiento a eventos inesperados que ameritan un buen equilibrio de los aspectos antes mencionados que aseguren la capacidad de el estudiante a enfrentarse a éstas situaciones. En esta oportunidad se realizo un estudio de tipo transversal en que se evaluó la salud mental en estudiantes de medicina de la Universidad de Oriente, del Núcleo Bolívar, la muestra estuvo conformada por 291 estudiantes, a los que se les aplicó una encuesta para recolectar datos demográficos y el test de salud general de Goldberg, en su versión de 28 preguntas tomándose como punto de cohorte 5/6 para no caso/caso. La muestra estuvo conformada en un 75,6% por estudiantes de sexo femenino, con una edad promedio de 20,5 años. Se encontró que el 43,3% de la población estudiada presentan alteración del test de Goldberg, de los que el 83,3% corresponde al sexo femenino. No se encontró relación entre los hábitos tabáquicos, alcohólicos, cafeicos, consumo de drogas ilícitas con la alteración de la salud mental.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL/CODIGO CVLAC/e-mail.				
Conquista L., Norma J.	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC	8.365.727			
	e-mail	nconquistalira3@cantv.net			
Vera F., Lismar J	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC	10.063.395			
	e-mail	lismarvera@gmail.com			
Ramos, Felix M.	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC	5.076.178			
	e-mail	psiquiatra@hotmail.es			

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	03	02
Año	Mes	Día

LENGUAJE: SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Salud Mental En Estudiantes Del Iii Al Xii Semestre De La Carrera De Medicina. Udo Bolívar, Período Ii - 2009. Ciudad Bolívar.	Application/msword

ALCANCE

ESPACIAL: PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA.

TEMPORAL: 10 AÑOS.

TITULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

MÉDICO CIRUJANO.

ÁREA DE ESTUDIO:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.

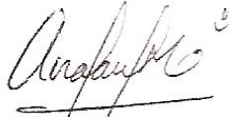
INSTITUCIÓN:

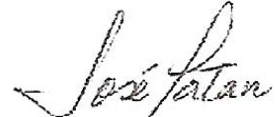
UNIVERSIDAD DE ORIENTE.

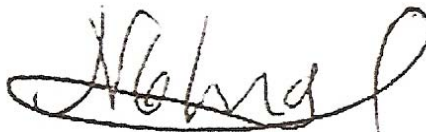
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

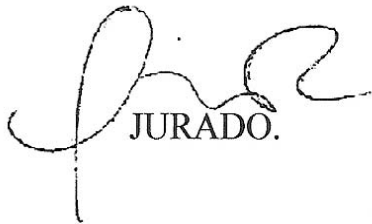
DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado “Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario.


AUTOR.


AUTOR.


TUTOR.


JURADO.


JURADO.

POR LA COMISION DE TESIS