

CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA EN ALUMNOS DE MEDICINA DE UNA MACROUNIVERSIDAD PÚBLICA

ANGÉLICA RIVEROS ROSAS*, EDUARDO GONZÁLEZ QUINTANILLA**, JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ***
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Recibido: 15 de agosto de 2011

Aprobado: 3 de diciembre de 2011

Resumen

En la profesión médica se han identificado problemáticas que repercuten en habilidades y actitudes esenciales en el ejercicio de la medicina, como desarrollo de adicciones, falta de concentración, ansiedad y agresividad. Algunos factores que llevan al desarrollo de estos problemas incluyen la naturaleza de los cursos así como a las cargas académicas típicas del entrenamiento médico. El propósito del presente estudio fue evaluar el bienestar de 2033 alumnos de nuevo ingreso a la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en dos generaciones sucesivas. Los datos se recolectaron a través de la aplicación del Cuestionario de Bienestar y Conducta Cotidiana y del Inventario de Depresión de Beck (BDI) dirigidos a identificar signos de malestar. Un segundo propósito fue identificar de aquellas áreas que requieren atención preventiva como consejería y atención psicológica en áreas como impulsividad, agresividad, y ansiedad, entre otras. Se observó que las mujeres mostraron niveles más altos de malestar en prácticamente todas las áreas. Baja tolerancia a la frustración escolar fue, por mucho, el área de mayor malestar para ambos géneros.
Palabras clave: salud mental, factores de riesgo, estudiantes universitarios.

MEDICINE STUDENTS' PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN A LARGE UNIVERSITY

Abstract

Several problems occurring during medical education and training have been detected as affecting the acquisition of skills and attitudes considered key for any health professional. Some of the most frequent conditions tend to include concentration difficulties, anxiety, aggressiveness and addictions. Some factors conducive to these problems frequently include the nature and pressures associated with heavy academic workloads typical of medical training. The purpose of the present study was to examine the psychological stability and wellbeing of 2,033 first-year medical students from two successive admission periods at the School of Medicine of Mexico's national University. Data on signs of distress were collected through the Wellbeing and Everyday Behavior Questionnaire and the Beck Depression Inventory. A secondary purpose of the study was to identify specific areas requiring preventive attention such as counseling in order to address such problems as impulsivity, aggressiveness and anxiety, among many others. While women showed higher levels of anxiety in practically all areas of both instruments, both sexes showed very high levels of poor tolerance to academic-induced frustration.

Key words: Mental health, risk factors, university students.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la carrera de medicina ha sido objeto de análisis debido a los efectos que puede tener en el bienestar de los alumnos y en su futura práctica profesional. Destacan el desarrollo de adicciones, como el consumo de alcohol y tabaco, (Martínez-Lanz, Medina-

Mora, & Rivera, 2004; Ozen, Ari, Goren, Palanci, & Sir, 2005), conducta disocial, depresión, ansiedad, ideación suicida (Perales, Sogi, & Morales, 2003), y abandono de la carrera (Lazin & Newmann, 1991; Quinn, Thomas, Slack, Casey, Thexton, & Noble, 2005).

Estudios recientes han señalado que algunas de las situaciones que suelen ser especialmente estresan-

* Psicóloga. División de Investigación de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, ariveros@aprender.fca.unam.mx; arotge@yahoo.com.mx; vercige52@gmail.com

** Médico. Facultad de Medicina, Jefe de Evaluación Educativa, Universidad Nacional Autónoma de México.

*** Médico. Facultad de Medicina, Secretario de Educación, Universidad Nacional Autónoma de México.

tes en el tránsito de la profesión son: la disección de cuerpos (Casado, Castano, & Arraez, 2005; Hancock, Williams, Taylor, & Dawson, 2004), exámenes (De Pablo, Subira, Martin, De Flores, & Valdés, 1990), falta de tiempo y situación financiera (Cohen & Patten, 2005).

En Latinoamérica, los factores relacionados con el impacto del estrés en esta población son principalmente de tipo académico, en especial los relacionados con su desempeño en exámenes como: prepararlos, esperar los resultados, reprobarlos, así como falta de tiempo y exceso de material para estudiar. En género, son las mujeres las que más resienten el estrés, y en cuanto a edad hay resultados contradictorios, como más estrés en los de más edad (Román, Ortiz, & Hernández, 2008) y menos estrés en los mismos (Feldman et al., 2008). De entre los tipos de estrés evaluados, el estrés autopercebido fue el más intenso seguido de las manifestaciones cognitivo-afectivas, las manifestaciones fisiológicas y conductuales estuvieron en prácticamente el mismo nivel. Los estresores académicos son los que desencadenan mayor intensidad en la reacción, especialmente en ausencia de redes de apoyo, de amigos para las mujeres, y de conocidos para los hombres. Sin embargo la mayor intensidad del estrés, en todos los casos, se relacionó con mejor rendimiento académico (Feldman et al., 2008).

Hay un reconocimiento de la dificultad inherente a la profesión, tanto por la naturaleza de los cursos como por las cargas académicas que implica. El manejo inadecuado de estrés provoca falta de concentración, fatiga y ansiedad, que se han relacionado con el consumo de drogas entre los alumnos de medicina (Mouret, 2002; Tennant, 2002).

Se ha referido aumento en el consumo de alcohol y tabaco en los alumnos, del 17% al 35% y del 19% al 57% respectivamente en alumnos de 1^a y 6^a año de la carrera (Ozen et al., 2005). También se ha encontrado mayor consumo de benzodiacepinas, marihuana, cocaína, tranquilizantes y opiáceos entre los estudiantes de medicina en comparación con otros grupos de la misma edad (Ariseiguieta, 1998; Baldwin, Hughes, Conard, Storr, & Sheehan 1991). En México se ha documentado una alta prevalencia de tabaquismo en hombres (52.4%) en comparación con las mujeres (26.7%) éstas últimas, sin embargo mostraron menor interés en dejar de fumar (Rivas & Cardaci, 1997). Entre los médicos de un hospital de la Ciudad de México, se reportó consumo de alcohol en el 65%, de los cuales el 41.2% eran bebedores frecuentes; las drogas médicas de mayor consumo fueron los analgésicos, tranquilizantes,

y estimulantes; y las no médicas marihuana y cocaína; en otro sentido, casi la mitad de los encuestados presentaron signos depresivos (Martínez-Lanz et al., 2004).

En México otra forma de propensión adictiva que se ha identificado entre los alumnos de medicina son las actitudes disfuncionales hacia la alimentación, en particular a la conducta de "atracción" e imposibilidad para dejar de comer (Trujillo & Yager, 2008).

Al parecer las demandas específicas y cambiantes durante el tránsito de la carrera se relacionan con diferentes problemáticas como el periodo de residencia. Del inicio a la fase media se han referido alteraciones del estado de ánimo como depresión, rechazo, fatiga e inercia, con los valores más altos en estrés personal y un decremento en preocupaciones empáticas. Después del internado algunos de los valores regresaron a los observados inicialmente, excepto depresión y empatía (Bellini & Shea, 2005). Estudios que compararon los niveles de ansiedad y depresión en alumnos de medicina de 2^o y 5^o año, revelaron que los alumnos de 2^o año mostraron mayores niveles de depresión y ansiedad, además de que estos niveles afectan el rendimiento escolar de manera estadísticamente significativa (Lugo, Lara, González, & Granadillo, 2004).

La Asociación Médica Americana (AMA) ha identificado circunstancias discapacitantes entre los residentes para la práctica de la medicina que implican la afectación de las habilidades de razonamiento y seguridad en el manejo del paciente. Las adicciones, los problemas afectivos y conductuales dan indicadores de dicho riesgo, destacan: abandono de la familia, conducta hostil o abusiva, humor errático, llegar tarde e irse temprano, respuestas inapropiadas al teléfono y aun órdenes inadecuadas en el manejo del paciente (Winter & Birnberg, 2002).

Estos indicadores coinciden con el síndrome de agotamiento, agobio laboral o burnout, en México se ha detectado afectación en el 13% de una muestra de médicos de atención primaria. Esta afectación fue diferencial por género en sus dimensiones, las mujeres presentan más agotamiento emocional, mientras que en los hombres presentan más despersonalización. Vivir en pareja se identificó como factor protector a menos que exista una mala relación, en cuyo caso constituye un factor de riesgo (Dickinson-Bannack et al., 2007).

Otros estudios se han enfocado en las razones que los estudiantes aducen para abandonar la carrera. En la Universidad de Stanford se encontró que las principales razones para abandonar los estudios universi-

tarios fueron en orden de importancia: una elección mal informada de la carrera, poca preparación para el ritmo de trabajo en facultad, y falta de apoyo y guía para los problemas que pudieran surgir durante sus estudios (Quinn et al., 2005). En alumnos de medicina en particular, se ha encontrado en países como Israel que la tasa de abandono de la carrera es relativamente alta (12.6%) y la razón principal reside en fallas académicas (Lazin & Newmann, 1991). Algunos autores sugieren que es posible que el perfil de la profesión favorezca la selección de alumnos con rasgos de personalidad como mayor perfeccionismo en comparación con estudiantes de otras profesiones (Trujillo & Yager, 2008). Entre alumnos de primer ingreso a medicina también se identificaron en hombres y mujeres otros rasgos como: menor auto confianza y sensibilidad, y más aprensión, que en grupos normativos. Por otra parte también se observó mayor calidez, razonamiento y apertura al cambio (Meit, Borges, & Early, 2007).

Sin embargo, contrario a lo esperado, también se ha encontrado que los alumnos de medicina experimentan menos preocupaciones por la salud (Singh, Hankins, & Weinman, 2004), menores niveles de ansiedad e ira entre médicos residentes en comparación con otros adultos en los que se estandarizaron las pruebas (Michels, Probst, Godenick, & Palesch, 2003).

Debido a que se trata de una carrera cuyo ejercicio profesional tiene componentes o implicaciones especialmente delicadas para el bienestar de la sociedad, y a lo contradictorio de los resultados encontrados, el propósito del presente estudio fue evaluar el bienestar de los alumnos de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como buscar la identificación de aquellas áreas que requieren atención preventiva, antes de convertirse en posibles problemas con el desempeño durante la carrera como trastornos emocionales, malestar, e incluso abandono o mala praxis.

Método

Participantes

Alumnos de dos generaciones de primer ingreso de las generaciones 2006 y 2007. En el año 2006 participaron 1029 alumnos de primer ingreso a la carrera de medicina, 682 (66.3%) mujeres y 347 (33.6%) hombres. La edad promedio fue de 18 años (DS 1.965) con variación de 16 a 51 años. En cuanto a estado civil, 678 (99.4%) de las mujeres eran solteras, 2 (.4%) vivían en pareja y una era viuda (.1%). De los hombres, 345 (99.7%) eran solteros, y uno vivía en unión libre (.3%). La mayoría de los alumnos(as), 508 (49.2%) se

percibió como de clase media, 461 (46.5%) fueron primogénitos y 316 (31.9%) segundos. En cuanto a la escolaridad de los padres, la mayoría tenían padres, 504 (49.4%) con educación profesional o superior, la mayoría de las madres, 516 (66.2%) tenían estudios de primaria a bachillerato.

En el año 2007 participaron 1004 alumnos de primer ingreso a la carrera de medicina, con 664 (65.5%) mujeres y 340 (33.6%) hombres. La edad promedio fue de 18 años (desviación estándar de 2.25) con variación de 16 a 50 años. En cuanto a estado civil, 994 (98.1%) fueron solteros, 8 (.8%) vivían en pareja, y uno era viudo (.1%). La mayoría de los alumnos(as), 511 (50.4%) se percibió como de clase media, 429 (42.3%) fueron primogénitos y 307 (30.3%) segundos. Al igual que en la generación anterior, la mayoría tenían padres, 470 (47.7%) con educación profesional o superior, principalmente los padres, la mayoría de las madres, 671 (66.7%) de primaria a bachillerato.

Instrumentos

Se aplicó a los participantes, a principio del semestre, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en su versión adaptada y calibrada para población mexicana (Jurado et al., 1998). Este instrumento tiene valores adecuados de consistencia interna y validez (alfa de Cronbach de .87 y validez concurrente $r=.70$ con la Escala de Depresión de Zung); y el Cuestionario de Bienestar y Conducta Cotidiana, adaptado del Inventario de Salud Estilos de Vida y Crianza (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992) diseñado en México y que tiene adecuada consistencia interna (coeficientes alfa de Cronbach total que oscilan entre .73 y .83). El objetivo de este instrumento modificado es identificar, por una parte, signos de malestar y posible necesidad de atención psicológica en áreas como interacción interpersonal, impulsividad y agresividad, o sintomatología ansiosa. Un segundo propósito, consiste en el reconocimiento de aquellos factores de crianza que sugieran situaciones que expliquen o añadan información, en su caso, a la problemática presente. Finalmente, el instrumento también permite identificar la percepción del alumno(a) sobre sus recursos personales para hacer frente a problemas relacionados con su desempeño escolar y detección de posibles fuentes de malestar en el medio académico. A fin de obtener información más precisa se añadieron nuevos reactivos respecto a las condiciones y preocupaciones específicas de los alumnos, se eliminaron los reactivos que no mostraron discriminabilidad y sensibilidad en las respuestas en alumnos de medicina en un estudio previo.

Los reactivos se agruparon en trece áreas que mostraron niveles aceptables de consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach) de entre .5034 y .8613 e incluyeron indicadores: cognitivos de ansiedad, somatización, sintomatología ansiosa, depresión, impulsividad y agresividad, baja tolerancia a la frustración

escolar, relación de pareja, sexualidad, relación con el padre, relación con la madre, prácticas de crianza protectoras, factores de crianza vulnerantes e interacción con compañeros (ver la tabla 1). Se incluyeron también reactivos que permiten calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) y características sociodemográficas.

Tabla 1

Áreas del Cuestionario de Bienestar y Conducta Cotidiana

Área (Alfa)	Definición y reactivo ejemplo
Indicadores cognitivos de ansiedad (.7228)	Mide el grado en que se presentan algunas de las consecuencias más comunes de la ansiedad en los procesos de pensamiento y la percepción de cronicidad de ansiedad <i>"No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente"</i> .
Indicadores de somatización (.6664)	Mide la presencia de sintomatología física atribuible a procesos de ansiedad. <i>"Cuando estoy preocupado(a) o nervioso(a), siento náuseas o ganas de vomitar"</i> .
Sintomatología ansiosa (.7097)	Explora la presencia de efectos comportamentales inmediatos asociados a procesos de ansiedad. <i>"Tartamudeo al hablar o tengo muletillas (repito o estiro sonidos o sílabas al hablar)"</i> .
Indicadores de depresión (.7341)	Explora la presencia de síntomas y pensamientos asociados con depresión. <i>"Me siento triste sin razón"</i> .
Indicadores de impulsividad agresividad (.7504)	Evalúa el uso de estrategias relacionadas con el uso de reacciones de descontrol durante el enojo, incluyendo la percepción de otros cercanos. <i>"Cuando me enojo me desquito sin fijarme con quién (los ignoro, les grito)"</i> .
Indicadores de baja tolerancia a la frustración escolar (.5027)	Evalúa aspectos relacionados con descontrol o catastrofización relacionado con actividades académicas. <i>"Actualmente, sacar una mala calificación o no entender algo, representa un gran conflicto"</i> .
Relación de pareja (.5921)	En el caso en que se cuente con una relación de pareja, mide el nivel de satisfacción y conflicto con que se vive dicha relación. <i>"Siento que mi pareja me ignora o me maltrata"</i> .
Sexualidad (.6016)	Contiene ítems que miden aspectos relacionados con la responsividad sexual y el ejercicio funcional y placentero de ésta. <i>"Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado(a) sexualmente, aunque tenga ganas de estarlo"</i> .
Relación con el padre (.8613)	Mide aspectos de interacción cotidiana con el padre durante la infancia <i>"Cuando yo era chico (como de 5 a 14 años), mi padre mostraba interés en mis opiniones"</i> .
Relación con la madre (.8606)	Mide aspectos de interacción cotidiana con la madre durante la infancia <i>"Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre me apoyaba o me reconfortaba"</i> .
Prácticas de crianza protectoras (.5482)	Evalúa la frecuencia con que se presentaban durante la infancia situaciones relacionadas con el bienestar del niño(a) y la familia <i>"Cuando yo hacía un esfuerzo especial por hacer algo bien, me lo reconocían"</i> .
Factores de crianza vulnerable (.8023)	Evalúa la frecuencias de situaciones tendientes a provocar inestabilidad emocional durante la infancia. <i>"Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos"</i> .
Interacción con pares (.5034)	Mide la percepción sobre la calidad de la interacción con otras personas así como la capacidad para desarrollar relaciones de amistad. <i>"Actualmente, ¿tiene amigos o amigas que considere cercanos(as) o íntimos(as)?"</i>

Procedimiento

Se evaluó a todos los alumnos de primer ingreso de la Facultad de Medicina por grupos de acuerdo a sus horarios, matutino o vespertino. A fin de promover que el cuestionario fuera contestado con la mayor seriedad y honestidad posible, se les explicó el objetivo de aplicar este cuestionario haciendo énfasis en aspectos tales como: 1) El bienestar físico y mental de los médicos es especialmente importante durante la formación y ejercicio de la profesión, 2) se han detectado factores que pueden relacionarse con el desempeño y bienestar de los alumnos de medicina en investigación internacional, 3) el actual estudio constituye un esfuerzo para detectar aspectos que podrían dificultar su tránsito por la carrera, 4) a partir de los resultados sería posible diseñar medidas preventivas o de corrección que puedan coadyuvar en su formación como médicos y 5) énfasis en lo crucial que es el cuidado y honestidad en sus respuestas, mismas que se mantendrían en la más estricta confidencialidad, y que de ser necesario, se discutirían sólo con ellos, en lo individual, si así lo desearan.

El cuestionario se respondía en una sola hoja de respuestas con diseño especial para lectura óptica con las cinco opciones de respuesta del instrumento. Un sistema automatizado capturaba las respuestas a fin de garantizar el correcto registro.

Resultados

Una vez revisada la correcta captura de los datos en la base, éstos se agruparon en áreas a fin de mostrar las condiciones generales que reveló el inventario en esta población. Se presentan en los títulos de las figuras el número de participantes que respondieron los reactivos en cuestión.

Las figuras 1 y 2 presentan en histograma en porcentaje de frecuencia de doble ordenada, el índice de masa corporal así como la percepción subjetiva de los alumnos acerca de su propio peso. La ordenada izquierda representa la frecuencia con que se presentaron las respuestas desde “muy por debajo de mi peso” hasta “muy por arriba de mi peso”. Estos valores se representan en líneas gruesas para hombres y mujeres. La ordenada derecha muestra la frecuencia del Índice de Masa Corporal (IMC) calculados a partir del peso y estatura que refirieron los alumnos en el cuestionario, estos últimos están representados con líneas punteadas. La abscisa muestra las opciones de respuesta tanto de su complexión como del IMC para México (Secretaría de Salud, SSA, 2002) cuyos cortes se refieren a los valores “Bajo peso”, “Normal”, “Sobrepeso” y “Obesidad”.

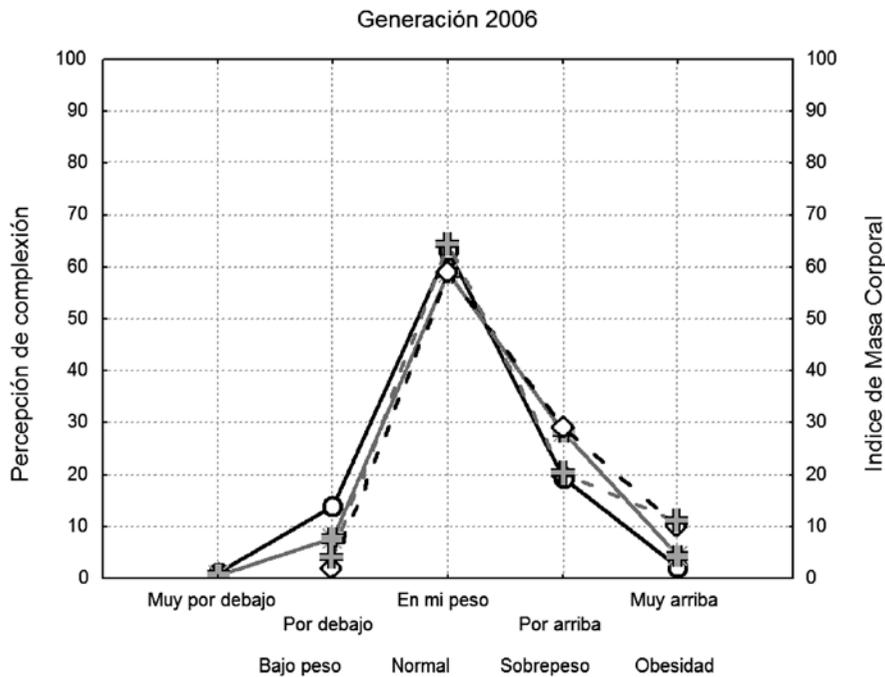


Figura 1. Complexión percibida e Índice de Masa Corporal por Género (N 346H y 680M)

Para el grupo que ingresó en 2006, dentro de las franjas de bajo peso y peso normal, prácticamente no se observó discrepancia entre la percepción y el IMC calculado. Sin embargo, las mujeres que se perciben con peso “por arriba” del normal muestran un porcentaje más alto del que se observó del índice de sobrepeso IMC, es decir tienden a sobreestimarlo (la línea continua aparece por arriba de la punteada). Caso contrario al de los hombres, donde la línea punteada muestra un porcentaje mayor de IMC que de percepción de peso “por arriba” y “muy por arriba” del normal (la línea punteada está por arriba de la continua) así, los varones tienden a subestimar su sobrepeso. En el caso de las mujeres la tendencia se invierte para la percepción “muy por arriba” de su peso, que mostró menor frecuencia de sujetos al de IMC de obesidad (la línea continua aparece por debajo de la punteada) al igual que los varones, tienden a subestimarlo.

En la generación 2007 el mejor ajuste entre complejión percibida e índice de masa corporal se dio en los hombres con normopeso. La mayor discrepancia se observó en los extremos, mujeres y hombres tienden a sobreestimar el bajo peso (un mayor porcentaje se percibe con un peso muy por debajo que los que arrojó el IMC) mientras que subestiman la obesidad (el mayor porcentaje de frecuencia se observa en el IMC).

El consumo de sustancias como marihuana y/o pastillas para dormir o “los nervios”, mostró una frecuencia de 15 (4.4%) y 11 (3.2%) alumnos(as) en el

grupo que ingresó en 2006 y de 22 (2.2%) y 35 (3.5%) alumnos(as) en el que ingresó en 2007, respectivamente. El consumo de cocaína fue nulo para los de 2006 y de sólo tres alumnos en los de 2007 en muy bajo consumo (casi nunca y pocas veces). En cuanto al consumo de drogas lícitas, se observó el consumo de estimulantes para mantenerse despierto y mejorar eficiencia (bebidas energizantes y/o con cafeína, etc.) y de tabaco.

La figura 3 muestra las frecuencias en barras acumuladas para hombres y mujeres en consumo de estimulantes y hábito tabáquico. Los bloques en cada columna se refieren a los porcentajes de respuestas en cada una de las seis opciones (de “nunca” a “siempre”).

En consumo de estimulantes en las mujeres que ingresaron en 2006, correspondió el 1.6% que se refiere a 11 alumnas en las categorías de “Frecuentemente” a “Siempre” al incluir la categoría “Pocas veces” se añadieron 50 casos más. En el caso de los hombres, de entre las categorías de alta ocurrencia, sólo se presentó “Frecuentemente” en un 3.5%, correspondiente a 10 casos en consumo de estimulantes; con la categoría “Pocas veces” se añadirían 12 casos más. En los que ingresaron en 2007, el consumo de estimulantes, en las mujeres, correspondió al 0.8% que se refiere a cinco alumnas en las categorías de “Siempre”; al incluir la categoría “Frecuentemente” se añadieron 11 casos más, y 67 con “Pocas veces”. En el caso de los hombres, de entre las categorías de alta ocurrencia,

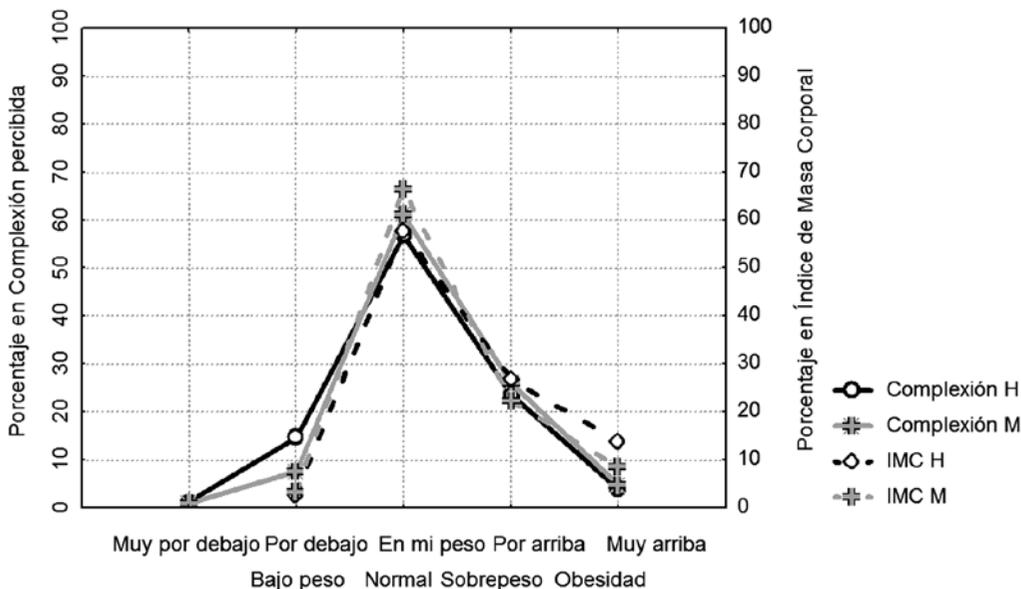


Figura 2. Complejión percibida e Índice de Masa Corporal por Género (664M y 340H)

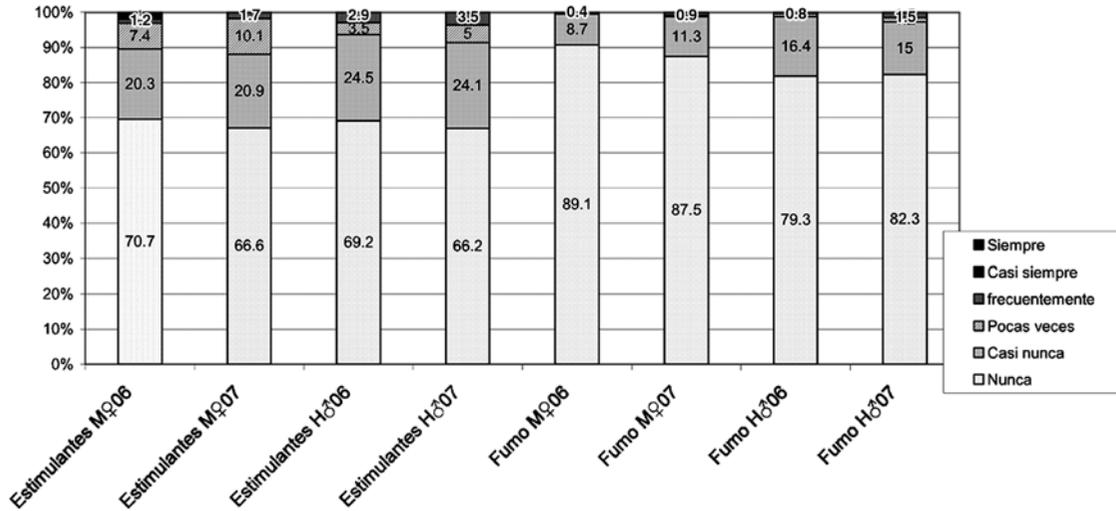
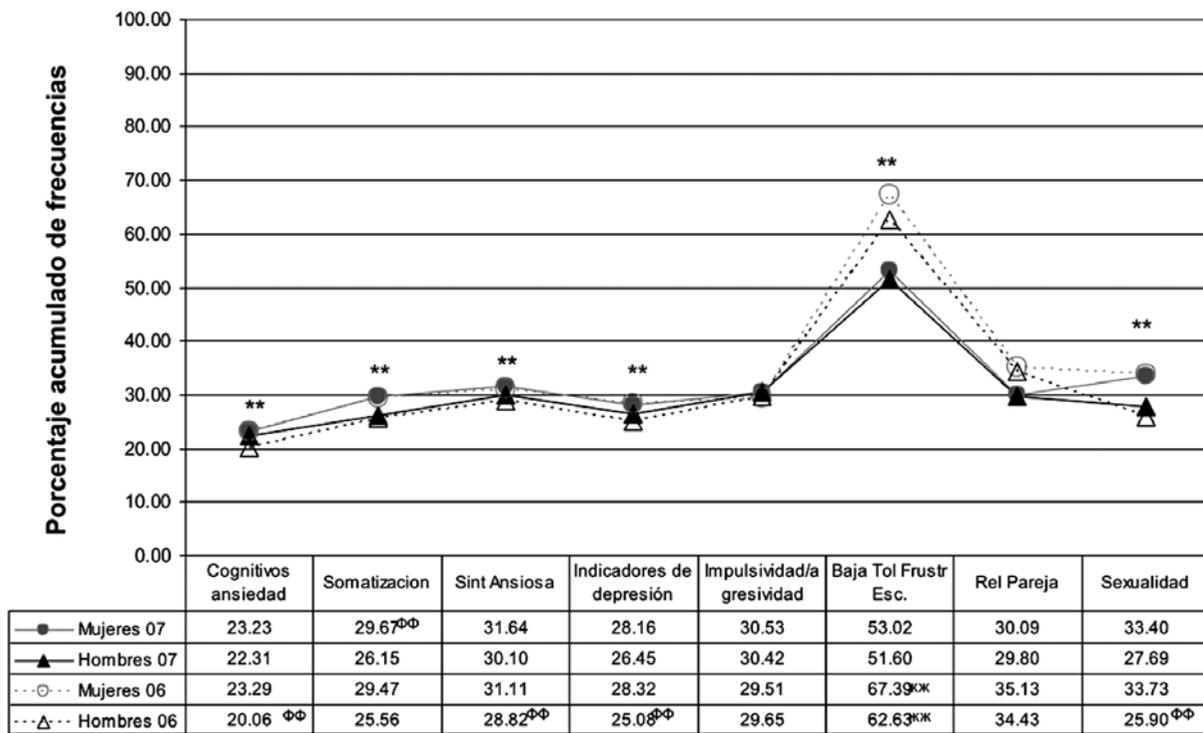


Figura 3. Consumo de estimulantes y hábito tabáquico por género por generación (N=682M♀ y 347H♂ 2006 y N= 664M♀ y 340H♂ 2007)

sólo se presentaron en “Casi siempre” y “Siempre” tres casos (1.2%), en “Frecuentemente” 12 casos (3.5%) y 17 en “Pocas veces”.

En el caso de tabaquismo, en el grupo que ingresó en 2006, si bien la mayoría de los alumnos no fuma, entre las mujeres 74 (10.9%) sí lo hacen en alguna medida, con 12 (1.8%) de ellas refirieron fumar dos

cajetillas o más al día. Entre los hombres, 72 (20.3%) fuman, 11 (3.2%) refirieron fumar dos cajetillas o más al día. En el grupo que ingresó en 2007 el consumo de tabaco fue también mínimo, el mayor porcentaje de fumadores fueron varones, aunque ninguno cayó en la categoría de consumo de “dos o más cajetillas al día”. En general se observa una clara similitud entre grupos



**p>.01, *p>.05, ANOVA; $\Phi\Phi$ p<.01Games-Howell, $\times\kappa\kappa$ Tukey HSD

Área

Figura 4. Comparativo entre generaciones en indicadores de patología Generaciones 2006 y 2007

en el bajo consumo de sustancias al ingresar a la carrera. La figura 4 muestra los porcentajes acumulados de frecuencia para las áreas indicativas de problemática, incluye el puntaje total referido de cada área por todos los casos, considerando la posible distribución de malestar convertido en porcentaje. Se presenta de esta manera a fin de no ocultar valores extremos como podría suceder con el uso de valores promedio. La significancia estadística de las diferencias entre hombres, mujeres y sus respectivas generaciones, se evaluó con el análisis de varianza de una vía (ANOVA) para cuatro grupos independientes. Se seleccionó esta prueba por tratarse de una comparación entre medias, además de tratarse de una prueba robusta a las diferencias de tamaño entre grupos. Dado a que el valor de F depende de la diferencia de medias y las varianzas de cada uno de los grupos, se utilizó la prueba de Levene para determinar la homocedasticidad (igualdad de varianzas) de las distribuciones y decidir la prueba post hoc más adecuada para las comparaciones por pares. La prueba de Levene mostró que este supuesto se cumplió para las áreas de Impulsividad/agresividad, Indicadores de baja tolerancia a la frustración escolar, y Relación de pareja, en las que se utilizó la prueba de Tukey para diferencia honestamente significativa (HSD) y la prueba de Games-Howell para las áreas que no mostraron homocedasticidad, por ser la más rigurosa.

Entre los cuatro grupos, mujeres y hombres que ingresaron en 2006 y mujeres y hombres del 2007, hubo diferencias significativas en todas las áreas excepto "Relación de pareja" e "Impulsividad/agresividad". En general las mujeres mostraron un mayor índice de problemática, especialmente ansiosa y depresiva. El porcentaje más alto de probable patología en ambos sexos y generaciones, fue para el área "Baja tolerancia a la frustración escolar" que ocupó más del 50% posible de patología. Sin embargo se observa un decremento notable de la generación 2006 a la 2007 que también coincide con menor frecuencia y magnitud de consumo de sustancias.

Las diferencias por pares de comparaciones fueron: Intra generación intergénero, 2006 y 2007 mujeres vs. hombres; e intergeneración intra género, 2006 vs 2007 Mujeres y Hombres. En el grupo que ingresó en 2006 las diferencias entre hombres y mujeres ocurrieron en la mitad de las áreas evaluadas, en todo el espectro de ansiedad y en baja tolerancia a la frustración escolar. El grupo 2007 no arrojó diferencias importantes en ninguna de las áreas entre hombres y mujeres. Entre generaciones, hubo diferencias en las áreas de "Baja tolerancia a la frustración escolar", en ambos géneros pero especialmente marcada en las mujeres de la generación 2007.

La figura 5, muestra en porcentaje acumulado de frecuencias, la presencia de factores predisponentes al

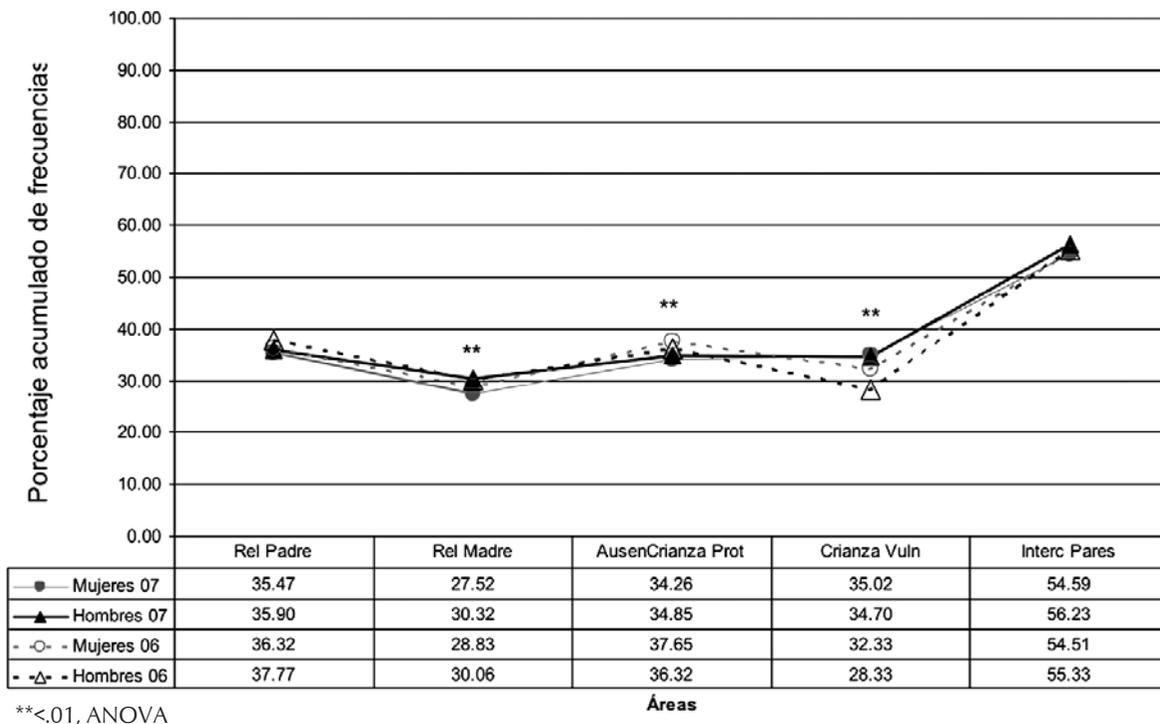


Figura 5. Comparativo entre generaciones en antecedentes de riesgo. Generaciones 2006 y 2007

desarrollo de patología durante la crianza, todos los reactivos se codificaron de manera tal que a mayor puntuación, mayor frecuencia de situaciones vulnerantes. Los resultados también se analizaron con el Análisis de Varianza.

Dentro de los antecedentes predisponentes al desarrollo de patología se observó que las áreas de más deterioro fueron “Interacción con pares”, “Relación con el padre” y “Ausencia de factores protectores”. Las diferencias entre los cuatro grupos se dieron en las áreas de “Relación con la madre”, “Ausencia de factores protectores” y “Crianza vulnerante”.

La comparación por pares entre géneros y año de ingreso se hizo con las pruebas post hoc de Tukey HSD en las áreas de Relación con ambos padres y Games-Howell en el resto de las áreas, en virtud de la homocedasticidad de sus distribuciones.

En las comparaciones por género hombres vs mujeres de la misma generación, 2006 o 2007, en general las mujeres tuvieron una mejor relación con los padres, sin que esta diferencia fuera significativa entre generaciones, sólo en cuanto a la relación con la madre, los varones del 2007 mostraron mayor deterioro estadísticamente significativo por la prueba de Tukey HSD. Por otra parte, “Prácticas de crianza vulneran-

tes” mostró valores más altos y estadísticamente significativos en el caso de las alumnas y de la generación 2007, es posible que las mujeres notaran más o dieran más peso a los aspectos de violencia doméstica que explora el área. La “Ausencia de prácticas de crianza protectoras”, que explora aspectos de reconocimiento y de expresión del afecto mostró valores de mayor deterioro en la generación 2007, la cual refiere más violencia y menos reconocimiento familiar. Cabe mencionar que se trata de áreas que no cubrieron el supuesto de igualdad de varianzas y en las que el valor de F denota una dispersión importante de los datos.

La tabla 2 muestra los resultados de comparaciones por grupos contrastados, se analizaron sólo aquellos casos que mostraron valores extremos (altos y bajos) en variables indicadoras de autorregulación: Indicadores de agresividad, Sintomatología ansiosa, y Baja tolerancia a la frustración. Para separar los grupos se emplearon los percentiles 10 y 90. Los valores extremos en aquellas variables permitieron ponderar su relación con variables de convivencia cotidiana y crianza (Relación de pareja, Sexualidad, Interacción con pares, Relación con el padre, Relación con la madre, Prácticas de crianza protectoras, y Prácticas de crianza vulnerantes). Dado que la relación entre los extremos

Tabla 2

Diferencias por grupos contrastados en variables de autorregulación sobre variables de convivencia y crianza.

Áreas de interacción y crianza		Indicadores de impulsividad/agresividad				Sintomatología ansiosa				Baja tolerancia a la frustración			
		Media Altos	Media Bajos	Valor de t	p asociada	Media Altos	Media Bajos	Valor de t	p asociada	Media Altos	Media Bajos	Valor de t	p asociada
Relación de pareja	2006	12.01	9.5	-4.36	.000**	12.05	9.56	-2.93	.005**	11.3	9.3	-3.56	.001**
	2007	12.4	9.9	-3.05	.001**	12.11	10.4	-1.95	.055NS	11.3	9.8	-2.35	.002*
Sexualidad	2006	7.9	6.5	-2.84	.006**	8.52	5.91	-4.26	.000**	8.2	6.3	-2.93	.005**
	2007	8.9	6.8	-3.55	.001**	10.24	5.8	-6.312	.000**	8.6	6.4	-4.25	.000**
Interacción con pares	2006	6.3	5.9	-2.08	.039*	6.48	5.57	-4.22	.000**	6.3	5.85	-2.61	.009**
	2007	6.3	5.6	-1.847	.066NS	6.6	5.7	-3.75	.000**	6.4	6	-2.19	.029*
Relación con el padre	2006	17.3	12.62	-6.3	.000**	18.52	12.38	-6.84	.000**	16.48	13.84	-3.37	.001**
	2007	18.1	12.6	-6.39	.000**	19	10.9	-8.27	.000**	19.9	12.9	-4.56	.000**
Relación con la madre	2006	17.3	13.7	-5.15	.000**	18.65	14.48	-4.07	.000**	16.59	15.25	-1.71	.089NS
	2007	19.1	13.1	-6.79	.000**	19.5	12.2	-7.24	.000**	18	13.3	-5.38	.000**
Ausencia de crianza protectora	2006	5	4	-4.21	.000**	5.36	3.7	-5.3	.000**	4.6	4.15	-1.93	.054NS
	2007	8.8	6.8	-4.82	.000**	9.3	6.2	-7.19	.000**	8.7	6.8	-5.44	.000**
Prácticas de crianza vulnerantes	2006	6.6	4.6	-6.61	.000**	6.67	4.82	-4.58	.000**	6.48	4.76	-5.12	.000**
	2007	10.5	7.2	-5.94	.000**	10.4	6.5	-6.2	.000**	10.4	7.1	-5.58	.000**

en autorregulación con las variables de interacción y los antecedentes de crianza son relativos a su propio grupo, la significancia de las diferencias se sometió a prueba con una prueba *t* para grupos independientes. El valor de *t* se determinó conforme a la prueba de Levene para decidir el valor por varianzas iguales o desiguales. Como precaución metodológica adicional se presentan únicamente los resultados de aquellas áreas de los grupos contrastados en las que las *N*'s correspondientes fueron superiores a 30 alumnos(as) en cada grupo, con distribuciones con desviaciones estándar superiores a 1.5 en cada grupo (ver la tabla 2).

Es de notarse que los porcentajes correspondientes al 10% extremo de patología de la distribución corresponden a alumnos(as) que probablemente se encuentren en situaciones particularmente vulnerantes o de malestar dentro de la distribución de su propia generación. Es importante considerar que estos valores podrían corresponder a un mismo o a pocos alumnos(as) con valores extremos en más de un área y que dichos porcentajes, representan a individuos.

Para todas las áreas de crianza e interacción hubo diferencias estadísticamente significativas con una probabilidad asociada menor a .01 en prácticamente todas las comparaciones.

La mayor distancia entre las medias de los grupos en indicadores de agresividad se observaron en la "Relación con el padre" para ambas generaciones, "Relación con la madre" en la generación 2007 y "Prácticas de crianza vulnerantes" para la generación 2006. En cuanto a los indicadores de sintomatología ansiosa nuevamente surge la "Relación con el padre" en ambas generaciones como el área que mostró un mayor valor de "*t*" seguido en la generación 2007 por la "Relación con la madre" y la "Ausencia de prácticas protectoras en crianza".

En los valores extremos en Baja tolerancia a la frustración se observaron diferencias importantes entre las generaciones, para la 2006 la "Relación de pareja" fue la que mostró mayor diferencia, mientras que en la 2007 se destacan la "Relación con la madre" y las prácticas de crianza, tanto por la ausencia de protectoras como por vulnerante. Llama la atención que en esta generación los valores bajos y altos para los antecedentes familiares fueron mucho más importantes en la generación 2007, es decir que hubo más diversidad en cuanto a los estilos de las familias. Entre las generaciones las áreas de "Prácticas de crianza vulnerantes" y "Relación con el padre" fueron en las que los grupos altos y bajos resultaron más distintos. En general, el área que

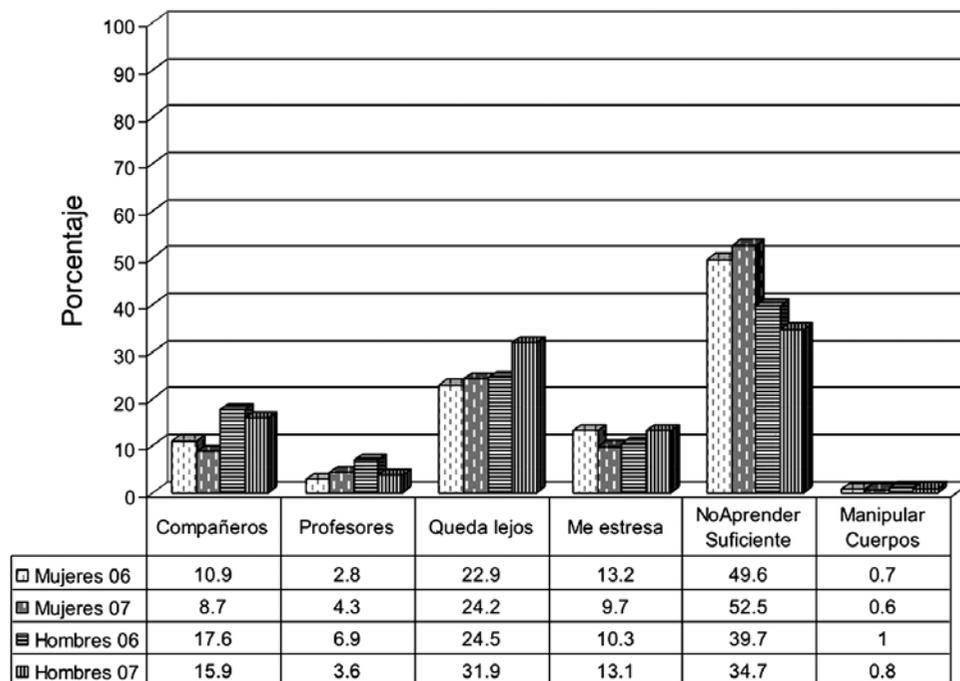
mostró poca diferencia entre las medias en los grupos fue la de "Interacción con pares", excepto para sintomatología ansiosa. Así, su peso relativo no parece tan importante en el grado de malestar provocado por problemas de "Impulsividad/agresividad", "Sintomatología ansiosa" y "Baja tolerancia a la frustración"; en comparación con otras variables como la "Relación con el padre" y las "Prácticas de crianza vulnerantes".

Tratándose de alumnos de nuevo ingreso, sólo fue posible explorar la posibilidad percibida de conflicto o malestar durante los estudios en la carrera, para ello se utilizó el reactivo "¿Considera que hay algo en la escuela que le moleste (o le pueda molestar en el futuro)?" El porcentaje de alumnos y alumnas fue muy similar en sus respuestas, contestaron "no" 63.6% de las mujeres y 64.7% de los hombres, y que "sí" 32.5 y 33.2 % respectivamente, muy similar a la generación 2006 en que 66% de hombres y 66.5% de las mujeres no encontraron algo en la escuela que pudiera molestarles. La figura 6 muestra los datos de ambas generaciones a fin de observar similitudes y discrepancias entre generaciones.

Cabe recordar que los hombres mostraron valores ligeramente superiores en patología sobre la interacción de pares, y que la baja tolerancia a la frustración escolar fue el área que mostró los valores más altos entre todos los alumnos(as) (ver figura 6).

La principal fuente de malestar en la escuela para ambas generaciones fue "no aprender o entender lo suficiente", las alumnas mostraron con más frecuencia esta preocupación en comparación con los alumnos, superando el porcentaje de la generación 2006. La siguiente fuente de malestar fue la lejanía geográfica de la escuela, que resultó particularmente notoria entre los varones de la generación 2007, y en tercer lugar la interacción con compañeros, donde los hombres mostraron un mayor porcentaje. Cabe recordar que los hombres mostraron valores ligeramente superiores en patología sobre la interacción de pares, y que la baja tolerancia a la frustración escolar fue el área que mostró los valores más altos entre los alumnos(as). La significancia estadística de los resultados se sometió a prueba con el estadígrafo de Chi cuadrada por tratarse de variables nominales, éste resultó significativo únicamente a las diferencias por género en la variedad de respuestas.

El cuestionario también evaluó otras áreas como la situación laboral de los estudiantes, en la generación 2006, la mayoría (76% de hombres y mujeres, 258 y 507 respectivamente) sólo se dedican a estu-



**p<.01, Prueba Chi cuadrada

Figura 6. Evaluación de posibles fuentes de malestar en la escuela. Resultados por género** (Generaciones 2006 y 2007)

diar, el resto, 88 hombres y 172 mujeres tuvieron alguna actividad laboral adicional. Las mujeres refirieron en mayor porcentaje dedicarse al hogar o a cuidar a otra persona 16.8%, es decir 114 alumnas, y 12% de los hombres (42 alumnos) están en esta situación. El porcentaje de alumnos que trabaja correspondió a 46 alumnos y 58 alumnas, a la mayoría de ellos les gusta su trabajo (26 alumnos y 34 alumnas, 7.5% y 5% respectivamente). Respecto a satisfacción laboral, 18 alumnos y 18 alumnas (5.2% y 2.7%) consideraron que aunque les gusta su trabajo, éste sí interfiere con sus estudios. Tres de ellas consideran que no les gusta su trabajo y que además interfiere con sus estudios, un alumno estuvo en esa misma situación, igual número (3 mujeres y 1 hombre) refirieron que no les gusta su trabajo pero no interfiere en sus estudios.

En la generación 2007, la mayoría (70% y 73% de hombres y mujeres, 235 y 483 respectivamente) sólo se dedican a estudiar, el resto, 102 hombres y 175 mujeres tuvieron alguna actividad laboral. Las mujeres refirieron en mayor porcentaje dedicarse al hogar o a cuidar a otra persona 17%, es decir 113 alumnas, muy similar a las 114 de la generación anterior, y 13% de los hombres (44 alumnos) están en la misma situación, en la generación 2006 fueron 42.

El porcentaje de alumnos que trabaja en otras actividades correspondió a 58 alumnos y 62 alumnas, a la mayoría de ellos les gusta su trabajo sin que consideren que interfiere con sus estudios (36 alumnos y 36 alumnas, 10.6% y 5.4% respectivamente) 10 alumnos y 16 alumnas (2.9% y 2.4%) consideraron que aunque les gusta su trabajo, sí interfiere con sus estudios. Cinco de ellas consideran que no les gusta su trabajo y además interfiere con sus estudios, ocho alumnos estuvieron en la misma situación, mismos que pueden considerarse especialmente vulnerables a abandono de estudios. Cinco mujeres y cuatro hombres refirieron que no les gusta su trabajo pero no interfiere en sus estudios. Las diferencias por situación de trabajo entre generaciones no fue estadísticamente significativa con prueba t ($p=.071 > .05$, para grupos independientes).

Las fuentes de malestar laboral para la generación 2007, en orden de importancia (frecuencia) fueron, para hombres y mujeres “me cansa demasiado o me estresa” (36 y 34.7% respectivamente); la segunda fue “mis jefes” (19.7% y 25.3%) y en la tercera hubo diferencias entre hombres y mujeres, con “me pagan muy poco” para el 20% de las alumnas, mientras que para los alumnos “mis compañeros” y “me pagan muy

poco" tuvieron el 18% en cada una. Llama la atención que en la generación 2007 las tres primeras razones ocuparon el mismo orden de aparición en ambos sexos. Mientras que en la generación 2006 la primera causa para las mujeres fueron "los jefes", y para los hombres "me cansa demasiado o estresa", misma que mostró porcentajes notablemente más altos en la generación 2007. En esta variable se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las generaciones ($p=0.037$, $<.05$, prueba Chi cuadrada), más no entre sexos.

El análisis de los resultados en depresión señalan que en la generación 2006 la mayoría de los alumnos, 587 alumnas y 322 alumnos, mostraron niveles mínimos de depresión en la escala (puntuación de 0 a 9 de acuerdo a la norma mexicana), en ambos sexos la

moda se presentó en la puntuación de cero (114 y 78 respectivamente). Sin embargo, entre las alumnas, 81 tuvieron niveles leves, 13 en moderada y 1 caso en "severa" (grave). En los alumnos 19 estuvieron en el nivel de depresión leve y 5 en el de moderada.

En la generación 2007 la mayoría de los alumnos, 586 alumnas y 309 alumnos, mostraron niveles mínimos de depresión en la escala (puntuación de 0 a 9 de acuerdo a la norma mexicana), en ambos sexos la moda se presentó en la puntuación de cero (120 y 84 respectivamente). Sin embargo, entre las alumnas, 59 tuvieron niveles leves, 15 en moderada y 1 caso en grave. En los alumnos 24 dieron depresión leve y 6 moderada, uno de ellos con una puntuación limítrofe de 29, a un punto del nivel grave de depresión. Las diferencias fueron estadísticamente significativas

Tabla 6.

Correlación entre las áreas del cuestionario de bienestar y conducta cotidiana, y depresión (BDI). Generación 2007 y (Generación 2006).

<i>Áreas: Indicadores de Ansiedad</i>	<i>Ind. Cognitivos de ansiedad</i>		<i>Somatización</i>		<i>Sintomatología ansiosa</i>		<i>BDI</i>	
	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>
<i>Ind. Cog. Ansiedad.</i>	1.00						.507 (.452)	.000
<i>Somatización.</i>	.530 (.513)	.000	1.00				.525 (.480)	.000
<i>Sintomatología A.</i>	.607 (.579)	.000	.610 (.624)	.000	1.00		.524 (.499)	.000
<i>Indicadores Depresión</i>	.560 (.546)	.000	.529 (.520)	.000	.572 (.467)	.000	.544 (.531)	.000
<i>Impulsividad/Agresividad</i>	.357 (.383)	.000	.386 (.342)	.000	.448 (.432)	.000	.357 (.307)	.000
<i>Sexualidad.</i>	.353 (.252)	.000	.334 (.329)	.000	.359 (.209)	.000	.353 (.339)	.000
<i>Rel. Def. Madre</i>	.342 (.209)	.000	.252 (.164)	.000	.295 (.161)	.000	.342 (.213)	.000
<i>Rel. Def. Padre</i>	.392 (.253)	.000	.302 (.208)	.000	.357 (.224)	.000	.392 (.294)	.000
<i>Ausencia Protectores C.</i>	.343 (.223)	.000	.218 (.178)	.000	.282 (.195)	.000	.343 (.265)	.000
<i>Factores Vulnerantes C.</i>	.257 (.267)	.000	.241 (.272)	.000	.268 (.241)	.000	.257 (.254)	.000
<i>Baja Tolerancia a la Frustración Escolar</i>	.334 (.372)	.000	.370 (.430)	.000	.432 (.463)	.000	.385 (.410)	.000
<i>Áreas: Infancia</i>	<i>Relación Deficiente Padre</i>		<i>Relación Deficiente Madre</i>		<i>Factores Vulnerantes en Crianza</i>		<i>Ausencia de Facts. Protectores</i>	
	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>	<i>Rel.</i>	<i>Alfa</i>
<i>Rel. Deficiente Padre</i>	1.00						.643 (.605)	.000
<i>Rel. Deficiente Madre</i>	.544 (.457)	.000	1.00				.515 (.467)	.000
<i>Factores Vulnerantes.</i>	.419 (.359)	.000	.298 (.439)	.000	1.00		.426 (.370)	.000
<i>Depresión (BDI)</i>	.392 (.277)	.000	.342 (.213)	.000	.257 (.254)	.000	.343 (.265)	.000
<i>Impulsividad/Agresividad</i>	.256 (.215)	.000	.283 (.194)	.000	.266 (.228)	.000	.224 (.134)	.000
<i>Sexualidad</i>	.236 (.119)	.000	.264 (.162)	.000	.219 (.159)	.000	.244 (.236)	.000
<i>Baja Tolerancia a la Frustración Escolar</i>	.216 (.137)	.000	.194 (.025)	.000	.245 (.197)	.000	.181 (.091)	.000
<i>Indicadores Depresión</i>	.371 (.294)	.000	.362 (.244)	.000	.309 (.243)	.000	.344 (.284)	.000

entre los cuatro grupos: hombres y mujeres de las generaciones 2006 y 2007, (ANOVA, $F=6.210$, $p<.000$, $df=3/2027$), la prueba de Levene arrojó que no se cumplió el supuesto de homocedasticidad, por lo que la comparación por pares se hizo con la prueba post hoc de Games Howell. Ésta sólo arrojó diferencias significativas entre hombres y mujeres de la generación 2006, y entre los hombres de la generación 2006 con las mujeres de la generación 2007. Los alumnos de la generación 2007 no mostraron diferencia por sexo.

Por último, se examinó la correlación entre las áreas del Cuestionario de Bienestar y Conducta Cotidiana, incluyendo los valores de depresión medidos con el BDI. Se presentan entre paréntesis los coeficientes de correlación de la generación 2006. Por tratarse de variables ordinales se utilizó la prueba de Spearman Rho. Todos los coeficientes de correlación resultaron positivos, en el sentido de que las áreas mostraron resultados en la misma dirección, en este caso deterioro. Por ejemplo, mayores niveles de ansiedad correlacionaron con mayor presencia de relaciones deficientes con ambos padres.

Prácticamente todas las áreas correlacionaron significativamente entre sí, debido al tamaño del grupo (1029 y 1004 alumnos) aparecen significativas correlaciones relativamente bajas (como .194 en relación deficiente con la madre y baja tolerancia a la frustración escolar). Se resaltan en negro las correlaciones especialmente fuertes ($r>.400$). Se observa que las áreas de ansiedad correlacionaron entre sí con coeficientes superiores a .4, al igual que el BDI con el área de indicadores de depresión.

Llama la atención que la relación con el padre mostró mayor correlación con problemas de depresión, baja tolerancia a la frustración escolar, factores vulnerantes durante la crianza y ausencia de factores protectores; en comparación con los que se observaron en la relación con la madre. Con ésta última se obtuvo una correlación más fuerte con problemas de sexualidad e impulsividad/agresividad. El área de baja tolerancia a la frustración, mostró correlaciones fuertes con las áreas de: sintomatología ansiosa, y en menor grado con depresión.

Los resultados entre generaciones básicamente se replican entre sí, aunque en la gran mayoría de las áreas se observaron correlaciones más fuertes en la generación 2007. Sin embargo áreas como depresión con baja tolerancia a la frustración escolar, y factores vulnerantes en crianza con relación con la madre, disminuyeron su correlación, probablemente debido a

que la presente generación mostró menor sesgo cognitivo hacia catastrofizar el fracaso escolar. Por otra parte, correlaciones con factores vulnerantes aumentaron su fuerza con áreas como: relación con el padre y ausencia de factores protectores.

Discusión

El propósito del presente estudio fue evaluar el nivel de funcionalidad y bienestar con que cuentan los alumnos de medicina de primer ingreso de la Facultad de Medicina de la UNAM, así como identificar las áreas que requieran atención antes de convertirse en posibles problemas con el desempeño durante la carrera.

En cuanto a los indicadores de posible patología, se observó que en general, las mujeres mostraron niveles más altos de malestar en prácticamente todas las áreas. Baja tolerancia a la frustración escolar fue, por mucho, el área de mayor malestar para ambos géneros, prácticamente duplicó el porcentaje referido en comparación con el resto de los indicadores. Estos datos coinciden con los exámenes (De Pablo et al., 1990), y la presión por falta de tiempo (Cohen & Patten, 2005) como situaciones especialmente estresantes. Al parecer las mujeres son particularmente vulnerables emocionalmente desde el comienzo de sus estudios profesionales, y muy probablemente desde mucho tiempo antes, especialmente considerando que en población general ocurre de la misma manera (Medina-Mora et al., 2003). También se observó que las áreas de malestar emocional guardaron una fuerte correlación con crianza, por lo que también podría haber aspectos que las sensibilicen más a la crítica, especialmente en cuanto a desempeño escolar, que no se abordaron apropiadamente en el presente estudio.

El desempeño escolar destacó como la principal fuente de preocupación o malestar, específicamente la más frecuente fue "no aprender lo suficiente", y en general el área de "Baja tolerancia a la frustración escolar" mostró una fuerte relación con somatización, sintomatología ansiosa y depresión. Los alumnos en general, y las alumnas en particular, perciben su tránsito por la profesión con una expectativa atemorizante.

El perfil de mayor aprensión y perfeccionismo identificado en los alumnos de medicina (Trujillo y Yager, 2008) se asocia con condiciones emocionales incompatibles con actividades necesarias para el buen desempeño académico como concentración, comprensión, creatividad, y memorización. Esto cierra un

círculo de malestar que podría ser el origen del agotamiento emocional descrito en el personal de salud en México (Dickinson-Bannack et al., 2007) y en el peor de los casos, de otras conductas lesivas a la profesión como labilidad emocional y agresividad, descritas por Winter y Birnberg (2002). Es importante considerar que son estudiantes en su primera semana de clases, y es muy probable que estos niveles aumenten durante el tránsito por la carrera.

Las variables de crianza, como antecedentes predisponentes al desarrollo de patología, mostraron valores similares para hombres y mujeres, es decir los alumnos compartieron prácticas de crianza relativamente similares, y ninguna de las áreas alcanzó más del 40% de prácticas de riesgo, tal y como lo mide el instrumento, es decir que provienen de familias razonablemente afectuosas. Los valores más altos de problemática se dieron en ausencia de Situaciones de crianza protectoras y en la Relación deficiente con el padre. Ésta última y Factores vulnerantes en crianza fueron las áreas de infancia que más se relacionaron con las problemáticas actuales como ansiedad, agresividad y baja tolerancia a la frustración escolar, para la cual, la correlación con la relación deficiente con la madre fue la única no significativa. Al parecer la relación con la madre puede considerarse similar y estable en esta población, sin embargo en la relación con el padre hubo mucho más variabilidad, considerando que la mayoría de los padres eran profesionistas y muy probablemente los proveedores en la familia, haya habido mucho menos contacto con ellos durante la infancia, de acuerdo con estos resultados, estos momentos fueron muy importantes en el desarrollo de la problemática emocional estudiada. Se ha señalado que resultan especialmente vulnerantes en cuanto al desarrollo de depresión y agresividad, la relación de rechazo afectivo como consecuencia o castigo por hacer algo vergonzoso (Fuller, 2010). Al parecer, esto es especialmente importante cuando hay pocas oportunidades de demostración del afecto, contrario a lo que ocurre con la madre que tendría más oportunidades de contacto. Es posible que una relación defectuosa con el padre y una convivencia familiar inestable y violenta entre los padres, sean las que tienen mayor peso en el desarrollo de este tipo de problemática.

Igualmente, en el análisis de grupos contrastados fue la relación con el padre la que mejor ayudó a distinguir entre valores extremos en Agresividad, Sintomatología ansiosa y Baja tolerancia a la frustración. Este resultado apunta hacia la importancia del padre

en el bienestar y desarrollo de patología, tal y como lo habían señalado Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992) en alumnos mexicanos de bachillerato donde las relaciones conflictivas entre los padres y presencia de actos violentos no predecibles, fueron los factores asociados a problemas del espectro ansioso. La relación con la madre fue la siguiente que mejor discriminó entre grupos, pero no resultó significativa para Baja tolerancia a la frustración, para la que tuvo más peso el área Relación de pareja, que sin embargo, junto con sexualidad fueron las áreas en las más se observaron respuestas en blanco. Es posible que haya cierta resistencia de parte de los alumnos a hablar del tema, para lo que se sugiere un replanteamiento de las preguntas para que estas sean menos intrusivas y permitan obtener información concluyente.

En cuanto a la percepción de Complejión y su correspondiente Índice de Masa Corporal (IMC), se observaron valores concordantes en los valores referentes a bajo peso y peso normal. Se observó mayor disparidad en los rangos de sobre peso y obesidad, en la primera las mujeres sobre estiman su sobrepeso, mientras que en los hombres se subestima el sobrepeso. En los casos de obesidad, en ambos sexos se subestima el exceso. Por estas características se considera que la incidencia o posibilidad de trastornos de la alimentación es baja en cuanto a trastornos por restricción, sin embargo, en el caso del sobrepeso y obesidad, donde se observó la mayor frecuencia de casos fuera del rango normal de acuerdo al IMC, parece haber indolencia al respecto de su condición, esto puede considerarse también una forma de adicción que fácilmente podría empeorar bajo situaciones de estrés y ansiedad, a las que resultaron especialmente vulnerables los alumnos. Dada la propensión a tener más peso del ideal, es importante evaluar en posteriores estudios si no hay un empeoramiento en las condiciones emocionales de los alumnos que se asocia con la conducta de atracón y no poder parar de comer (Trujillo & Yager, 2008). Por otra parte, la curva de distribución de frecuencia fue normal, con un porcentaje mucho mayor de alumnos(as) con peso normal.

La predicción que hicieron los alumnos sobre los factores que podrían molestarles durante la carrera, mostró que ésta es mayoritariamente positiva y más del 60% consideraron que no había algo que les moleste o pueda molestar en el futuro. Aun en el resto que contestó que sí, la principal fuente de malestar fue "no aprender lo suficiente", seguida de la distancia geográfica que deben recorrer para llegar a la escuela.

Los últimos lugares los ocuparon la manipulación de cadáveres, y los profesores, por lo que, en general, la percepción inicial es favorable.

Por último, es importante señalar que los alumnos que ingresaron a medicina, no mostraron adicciones a drogas duras (cocaína, crack, etc.), el consumo de sustancias se centró en estimulantes (caféina) y hábito tabáquico, mismo que aún aparece con un consumo poco frecuente o nulo, mostrando valores de pocas veces a nunca en la mayoría de los estudiantes. Sin embargo, de acuerdo con Ozen et al. (2005) es muy posible que este consumo aumente considerablemente hacia el sexto año.

Si consideramos la combinación del tipo de sustancias de consumo, los índices de ansiedad, agresividad, y las preocupaciones académicas, son claras las necesidades del aprendizaje de estrategias de estudio, cursos de apoyo para las materias con mayor reprobación, y del aprendizaje de técnicas de autorregulación emocional y destrezas interpersonales eficaces. También convendrá considerar promover en los alumnos actitudes funcionales al respecto de valores, autoestima y autoconcepto que favorezcan estilos de vida más equilibrados en las que puedan estudiar mejor, sin situaciones emocionales adversas que los obstaculicen, en lugar de sólo estudiar “más duro”, que podría llevarlos a un círculo vicioso de malestar. Lo anterior facilitaría la preservación de los estudiantes y favorecería la formación de médicos de manera integral con una mejor capacidad de respuesta a los retos en salud.

Referencias

- Aristeiguieta, C. (1998). Substance abuse, mental illness and medical students: The role of the americans with disabilities act. *Journal of American Medical Association*, 279(1), 80.
- Baldwin, D., Hughes, P., Conard, S., Storr, C., & Sheehan, D. (1991). Substance use among senior medical students. A survey of 23 medical schools. *Journal of American Medical Association*, 265(16), 2074-2078.
- Bellini, L., & Shea, J. (2005). Mood Change and Empathy Decline Persist during Three Years of Internal Medicine Training. *Academic Medicine*, 80(2), 164-167.
- Casado, M., Castano, G., & Arraez, L. (2005). Diferencias individuales y reacción ante la disección de cadáveres humanos en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 75-85.
- Cohen, J., & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examinig resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 1472(6920), 5-21.
- De Pablo, J., Subira, S., Martin, M., De Flores, T., & Valdés, M. (1990). Examination-associated anxiety in students of medicine. *Academic Medicine*, 65(11), 706-707.
- Dickinson-Bannack, M.E., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M.A., Palomeque, R.P., González-Quintanilla, E., & Hernández-Vargas, I. (2007). Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 75-79.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fuller, A. (2010). *Valuing boys, valuing girls*. Recuperado de <http://www.andrewfuller.com.au/free/ValuingBoysValuingGirls.pdf>
- Hancock, D., Williams, M., Taylor, A., & Dawson, B. (2004). Impact of cadaver dissection on medical students. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(1), 17-25.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lazin, R., & Newmann, L. (1991). Student characteristics as predictors of drop-out form medical school: admissions to Beer_Sheva over a decade. *Medical Education*, 25(5), 396-404.
- Lugo, M., Lara, C., González, J., & Granadillo, D. (2004). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. Universidad de Carabobo año 1999-2000. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 50(103). Recuperado de <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol50n103/articulo3n103.pdf#search=%22Depresi%C3%B3n%2C%20ansiedad%20y%20estr%C3%A9s%20en%20estudiantes%20de%20medicina%20del%20%C3%A1rea%20b%C3%A1sica%20y%20cl%C3%ADnica%22>
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. & Rivera, E. (noviembre, 2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: Algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27(6), 17-26.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Meit, S.S., Borges, N.J., & Early, L.A. (2007). Personality profiles of incoming male and female medical students: Results of a multi-site 9-year study. *Medical Education*, 12(7), 1-7.
- Michels, P., Probst, J., Godenic, M., & Palesch, Y. (2003). Anxiety and Anger among Family Practice Residents: A South Carolina Family Practice Research Consortium Study. *Academic Medicine*, 78(1), 69-79.

- Mouret, G. (2002). Stress in a graduate medical degree. *Journal of Medical Association*, 177, 10-11.
- Ozen, S., Ari, M., Goren, S., Palanci, Y., & Sir, A. (2005). Rates of smoking and alcohol use among class-1 and class-6 medical faculty students. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 92-98.
- Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 239-246.
- Quinn, J., Thomas, L., Slack, K., Casy, L., Thexton, W., & Noble, J. (2005). *Leaving early: a response to working-class student dropout from university*. Recuperado de http://www.agcas.org.uk/publications/phoenix/summer_2006/leaving_early.htm
- Román, C.C., Ortiz, R.F., & Hernández, R.Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, (46), 1-8.
- Rivas, F., & Cardaci, D. (1997). Género y tabaquismo en estudiantes de medicina de una universidad mexicana: 1995. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Recuperado de <http://tone.udea.edu.co/revista/sep97/tabaquism.htm>
- Sánchez-Sosa, J.J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 27-34.
- Secretaría de Salud, SSA. (2002). *Manual de procedimiento. Toma de medidas clínicas y antropométricas (pp. 30-31)*. México: Secretaria de Salud.
- Singh, G., Hankins, M., & Weinman, J. (2004). Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Medical Education*, 38(5), 479-481.
- Tennant, C.C. (2002). A student mental health and welfare program in a medical faculty. *Journal of Medical Association*, 177, 9-10.
- Trujillo, L., & Yager, J. (2008). *Eating attitudes, personality, and career choice in medical students*. DSpace, University of New México 2008. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1928/6889>
- Winter, R., & Birnberg, B. (marzo, 2002). Working with impaired residents: Trials, tribulationas, and successes. *Family Medicine*, 34(3), 190-196.