

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado

Medikuntza Gradua / Grado en medicina

Ansiedad, depresión y estigma en estudiantes de primero y sexto de medicina

Egilea /Autor:

Bosko Mac-Gragh Amondarain

Zuzendaria / Director/a:

Sonia Ruiz de Azúa García

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer al departamento de Neurociencias, en especial al Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco. Gracias al trabajo realizado por el equipo compuesto por Sonia Ruiz de Azúa, Naiara Ozamiz, Miren Agurtzane Ortiz, Ana González- Pinto, Arantzazu Zabala y Virginia Guillén he podido desarrollar y completar mi Trabajo de Fin de Grado.

Por último, debo agradecer en particular a mi directora de TFG Sonia Ruiz de Azúa, que desde el primer momento se ha mostrado atenta al desarrollo de mi trabajo a través de un estrecho seguimiento del mismo. Sus recomendaciones bibliográficas y modificaciones me han impulsado y reforzado a completar el proyecto.

RESUMEN

Objetivo: El principal objetivo es estudiar la prevalencia de ansiedad y depresión entre estudiantes de Medicina de la Universidad del País Vasco, así como las actitudes y conocimientos hacia la enfermedad mental.

Materiales y métodos: Estamos ante un proyecto de investigación de tipo observacional y carácter transversal, llevado a cabo entre estudiantes de primer y último curso del Grado de Medicina durante el curso 2019- 2020. Se ha realizado el análisis de 167 alumnos, 98 de ellos pertenecientes a primero y 69 siendo alumnos de sexto.

Resultados: La prevalencia de ansiedad observada entre los alumnos fue de entre el 9-27%, mientras que el 21,6% mostró síntomas depresivos, siendo significativamente mayor entre estudiantes de primero y mujeres. En cuanto a las actitudes hacia la enfermedad mental, el alumnado de medicina tiene una actitud positiva, siendo significativamente mejor entre los de de sexto curso y las mujeres.

Existe una asociación entre padecer ansiedad y presentar síntomas depresivos ($p < 0,005$). Así como una correlación lineal significativa entre los conocimientos sobre psicopatología y las actitudes positivas hacia la salud mental ($p < 0,01$).

Conclusiones: Podemos concluir que una alta proporción del alumnado de medicina tiene ansiedad y/o depresión, con puntuaciones más altas que otras poblaciones universitarias estudiadas. A su vez, los estudiantes de medicina parecen tener mejores actitudes hacia el enfermo mental que estudiantes pertenecientes a otros grados, mejorando las conductas en función del conocimiento y de la experiencia adquirida. Teniendo en cuenta que estamos ante un estudio transversal no podemos afirmar que las variaciones observadas entre cursos son secuenciales en el tiempo, por lo que es fundamental realizar un estudio longitudinal para evaluar la progresión del alumnado a lo largo de su vida universitaria. A su vez, es crucial estudiar otros colectivos como residentes, adjuntos o estudiantes de otros grados y así poder contrastar los resultados obtenidos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
3. HIPÓTESIS	4
4. MATERIALES Y MÉTODOS	5
4.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	5
4.2. TIPO DE ESTUDIO	7
4.3. PARTICIPANTES	7
4.4. INSTRUMENTOS	7
4.5. PROCEDIMIENTO	10
4.6. ANÁLISIS DE DATOS	11
5. RESULTADOS	12
5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	12
5.2. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN TOTAL	13
5.2.1. State- Trait Anxiety Inventory	13
5.2.2. Beck Depression inventory	14
5.3. PREVALENCIA DEL ESTIGMA	15
5.4. ANALISIS COMPARATIVOS	16
5.4.1. Ansiedad y depresión según género y curso	16
5.4.2. Estigma según género y curso	17
5.4.3. Correlación	19
6. DISCUSIÓN	20
7. CONCLUSIONES	27
8. BIBLIOGRAFÍA	28

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental de los universitarios se ve cada vez más afectada, en especial en aquellas carreras con múltiples factores estresantes. Es bien sabido que la carrera de medicina es una de ellas, y así mismo lo perciben muchos de los propios estudiantes (Jeong *et al.*, 2010). Tal y como afirman Dyrbye y colaboradores (2006), los estudiantes de medicina sufren mayores niveles de estrés que la población general. La presión académica constante, falta de sueño o las largas jornadas semanales de rotación clínica son algunos de los muchos desencadenantes que llevan a futuros profesionales sanitarios a un desequilibrio psicológico. Teniendo en cuenta los aspectos vitales con los que se trabaja en la práctica médica, es indispensable abordar el problema y educar tanto a estudiantes como a profesionales en el campo de la salud mental.

Se define como ansiedad una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas. En 1966 Spielberg propuso que el concepto de ansiedad podía ser subdividido en dos definiciones, diferenciando el rasgo ansioso del estado ansioso. Por un lado, este psicólogo norteamericano definió el rasgo ansioso como una tendencia del individuo a responder anticipadamente a una desgracia futura de una manera consistente y estable en el tiempo. Por otro lado, la ansiedad estado es definida como una emoción transitoria y fluctuante en el tiempo caracterizada por la excitación psicológica y sentimientos conscientes de aprehensión, terror y tensión. En un metaanálisis publicado en 2017 se demostró que el rasgo de personalidad más prevalente entre los estudiantes de medicina es el rasgo ansioso (89.6%), más notorio entre el género femenino (Pacheco *et al.*, 2017). Este rasgo de respuesta anticipatoria también puede funcionar como un factor de mantenimiento de otros trastornos mentales como la depresión (Silva *et al* 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2017) define como depresión un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Una investigación

basada en una encuesta internacional publicada en el *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ), constataba que el 27% de los estudiantes de medicina reunían los criterios diagnósticos DSM V de cuadros depresivos. Este hecho predispone a los médicos del futuro a un incremento en el riesgo de sufrir más episodios depresivos. Lo que da resultado en un aumento de los casos de depresión entre los profesionales médicos (Kuhn y Flanagan, 2017).

Dichas alteraciones psicológicas parecen variar durante la carrera universitaria médica, con una mayor tasa de insatisfacción en el primer y tercer año de carrera, mientras que los alumnos de cuarto se muestran más resilientes (Houpy *et al.*, 2017). Estas variaciones en el estado anímico de los estudiantes empiezan a verse reflejadas ya desde el primer curso, observándose un incremento en la depresión a lo largo de éste (Goel *et al.*, 2016).

Otro estudio longitudinal en el que se analizaba la prevalencia de estrés psicológico entre alumnos de primer, tercer y quinto curso, mostró que el mejor predictor de morbilidad mental era el estado basal con el que los estudiantes empezaban la carrera (Guthrie *et al.*, 1998). Este trabajo demostraba también que un pequeño número de estudiantes experimentaron estrés psicológico a lo largo de toda la carrera. Goel (2016), por su parte, matiza que esos mismos estudiantes comparten rasgos en su personalidad como poca capacidad de adaptación, que los predisponen a la enfermedad mental. Estos grupos reducidos presentan un mayor riesgo de experimentar desequilibrio emocional durante su formación como posgraduados.

Los rasgos de personalidad durante la adolescencia o edad adulta temprana predicen cómo los médicos ya graduados perciben su lugar y carga de trabajo (McManus *et al.*, 2004). Atributos como la introversión, a su vez, advierten sobre un mayor estrés e insatisfacción en la práctica médica, lo que conlleva a un peor rendimiento profesional. Esta devastadora cronología en la carrera como estudiante y profesional de los médicos pone en manifiesto la necesidad de un reconocimiento e intervención temprana de los estudiantes en riesgo psicopatológico. El poco conocimiento de esta realidad puede deberse a que los que sufren algún tipo de trastorno temen ser señalados por su condición, lo cual deriva en gran medida del estigma social que rodea los desequilibrios psicológicos.

La palabra “estigma”, del griego, hace referencia a una marca en el cuerpo y significa literalmente “el resultado de la acción de picar”. Metafóricamente hablando, el concepto en realidad representa una “marca negativa que distingue a una persona”. Esta idea sirvió a Erving Goffman (1968) para definir el estigma social como la discriminación contra un individuo basado en las características que lo pueden distinguir del resto de miembros de la sociedad. Este concepto sociológico es especialmente notorio a la hora de percibir las enfermedades mentales, incluso entre profesionales de la salud. El estigma asociado a las enfermedades psiquiátricas está extendido y continúa siendo una barrera para la rehabilitación de muchas personas de la sociedad. Los miembros de la comunidad tienen un papel fundamental en la extensión del estigma psicológico, normalmente reforzando actitudes negativas hacia los pacientes psiquiátricos. Es responsabilidad de los estudiantes y profesionales de ciencias de la salud intentar revertir esta situación, empezando por cambiar sus propias actitudes negativas.

Parece lógico pensar que los estudiantes y futuros trabajadores de la salud no tengan una actitud negativa hacia la enfermedad mental en general (Failde *et al.*, 2014). A pesar de ello, se ha comprobado que una mayor educación y experiencia en salud mental se asocia con un descenso en el estigma sobre la misma (Sandhu *et al.*, 2018). Del mismo modo, en un estudio comparativo entre estudiantes de primero y de quinto de medicina, se ha comprobado que las actitudes hacia la psiquiatría mejoran a medida que los estudiantes rotan por el área de salud mental (Giasuddin *et al.*, 2014). Esta educación y experiencia se logra a lo largo de la carrera y los años de práctica médica, y es de una importancia vital comparar este tipo de actitudes entre cursos para poder ajustar el programa educativo de acuerdo a la realidad observada.

2. OBJETIVOS

- Analizar la prevalencia de ansiedad y depresión en alumnos de primer y último curso de Medicina de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco.
- Conocer la prevalencia del estigma y de las variables relacionadas con éste como son las respuestas cognitivas, conductuales y conocimiento sobre el tema de los estudiantes de medicina.
- Analizar la relación de los trastornos psicológicos y el estigma en función de las variables sociodemográficas (sexo y curso).
- Estudiar la relación entre la sintomatología ansioso- depresiva y el estigma, y la asociación entre el conocimiento y el comportamiento hacia la enfermedad mental.

3. HIPÓTESIS

Con respecto a los objetivos planteados elaboramos las siguientes hipótesis:

1. Existe un mayor porcentaje de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina que entre la población normal.
2. En lo que se refiere al segundo objetivo sobre la prevalencia del estigma en estudiantes de medicina, consideramos que éste será menor comparándolo con universitarios de otros grados. La actitud, conducta y conocimientos hacia la enfermedad mental no son negativos entre estudiantes de medicina.
3. Con respecto al tercer objetivo, esperamos que las variables sociodemográficas del sexo y curso modulen las variables dependientes o finales de ansiedad y depresión de esta forma:
 - La ansiedad es más prevalente entre las mujeres que entre los hombres.
 - La ansiedad y la depresión son más prevalentes en alumnos de primero que en los de sexto.

Creemos que las variables sociodemográficas modularán el estigma de la siguiente forma:

- La actitud, conducta y conocimientos hacia la enfermedad mental son más positivas en alumnos de sexto que en los de primero.
 - La variable sexo no mediará en la actitud sobre el estigma.
4. Por último, respecto a la última hipótesis planteada prevemos que exista una asociación entre padecer una alteración psicológica y un menor estigma, e incluso una relación entre el conocimiento y la conducta hacia la enfermedad mental.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para realizar la introducción y enfocar el estudio observacional se ha utilizado la plataforma de PubMed. Para la búsqueda de las relaciones entre la salud mental y el alumnado de medicina fue utilizada la siguiente guía bibliográfica (**Figura 1**):

- “stress[Title] OR depression[Title] OR mental health [Title] AND medical students[Title] OR physician[Title]” =306

Teniendo en cuenta el objetivo del trabajo, se incluyó todo aquel trabajo que tratara directamente la ansiedad y la depresión, además de los que incluyeran alumnos de medicina en activo o ya graduados. Se excluyó todo aquel material que tratase alumnos fuera del grado de medicina y documentos no disponibles en español o inglés.

Para buscar los artículos relacionados con el estigma y su evolución en la trayectoria médica utilicé la siguiente guía de búsqueda (**Figura 2**):

- “mental health [title] AND attitudes [Title] AND medical students AND psychiatrists” =14

De estas fuentes, se seleccionaron tres artículos teniendo en cuenta que incluían estudios de corte transversal y una relación directa con el estigma. Se excluyeron aquellos artículos no relacionados con estudiantes médicos y los que estaban poco actualizados.

Para buscar los artículos con estudios longitudinales de estudiantes de medicina.

- “stress [Title]) AND burnout [Title] AND medical students [Tile]) AND longitudinal [Title] = 3

Por último, mencionar que los artículos proporcionados por mi tutora me han sido de gran ayuda de manera general. De los 10 artículos facilitados, dos han sido revisados.

Fig. 1. Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos

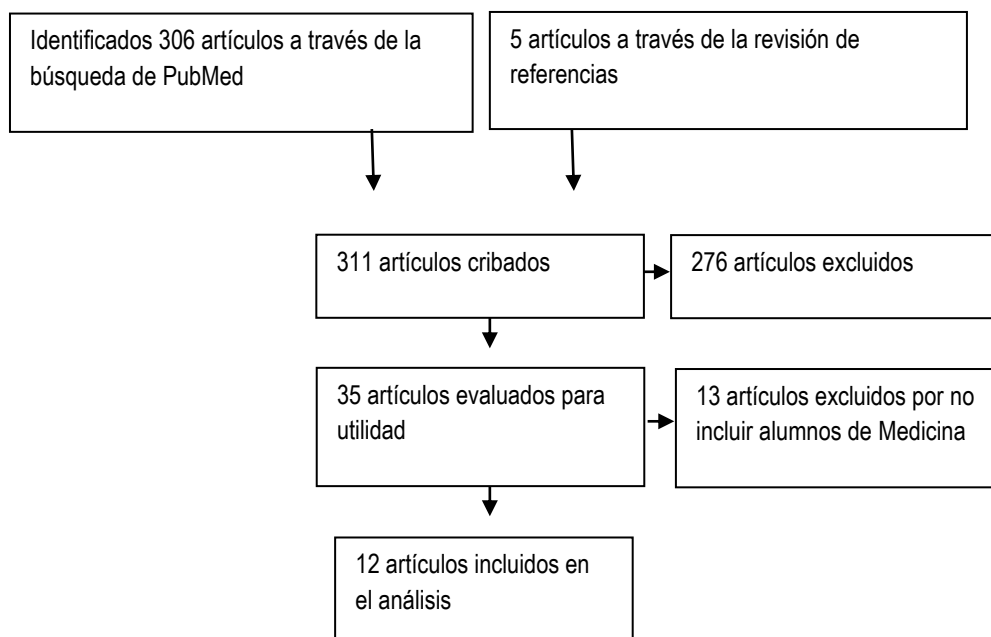
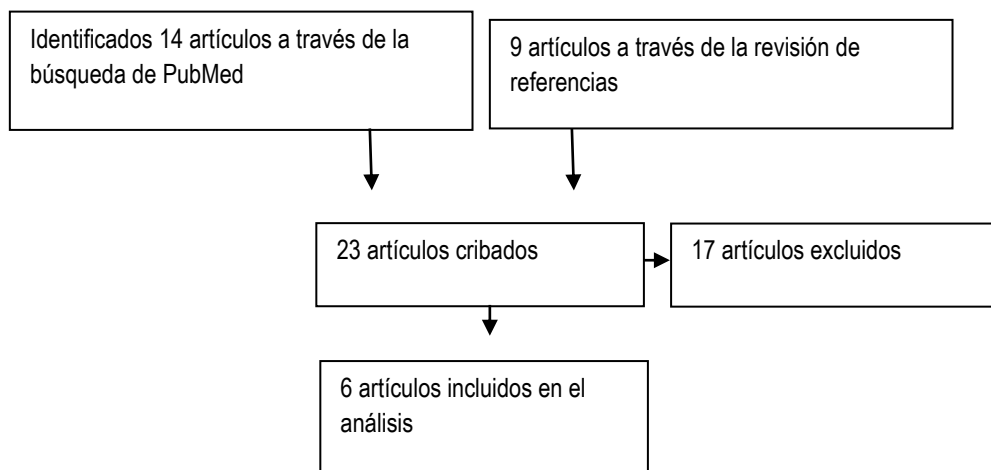


Fig. 2. Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos



4.2. TIPO DE ESTUDIO

Estamos ante un estudio observacional (no experimental) y de tipo descriptivo en el que se estudia la prevalencia de salud mental y estigma en una muestra de estudiantes de medicina. En el diseño de este trabajo se han establecido dos ramas de estudio, en una de ellas se realizó una evaluación transversal de la muestra (alumnos del primero y de sexto), y más adelante se realizará un seguimiento longitudinal de los alumnos del primer curso.

4.3. PARTICIPANTES

En este estudio han participado 167 alumnos del grado de Medicina de la Universidad del País Vasco, 98 (58,7%) pertenecientes al primer curso del grado y 69 (41,3%) siendo alumnos de sexto. El primer grupo estaba integrado por alumnos pertenecientes a la Facultad de Medicina y Enfermería de Leioa y el segundo grupo repartido en las diferentes unidades docentes de dicha universidad (Unidad Docente de Basurto, U.D. Cruces, U.D. Donostia, U.D Vitoria- Gasteiz).

4.4. INSTRUMENTOS

La encuesta disponible en la plataforma Google Forms consta de seis bloques, con sus respectivos cuestionarios. En estos cuestionarios las respuestas posibles no siguen un patrón dicotómico de “sí/ no”. En cambio, miden actitudes y grado de conformidad del encuestado con respuestas posibles del tipo: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “ni acuerdo ni desacuerdo”, “no estoy de acuerdo” o “totalmente en desacuerdo”. Por lo tanto, este tipo de encuestas necesitan una herramienta de medición específica para sus características, la escala de Likert.

Ésta puede ser empleada para descubrir las siguientes variables: el nivel de acuerdo con una afirmación, la frecuencia con la que se realiza cierta actividad, el nivel de importancia que se atribuye a un determinado factor, la valoración de un servicio o la probabilidad de realizar una acción futura. La cantidad de niveles en las escalas varían entre cuestionarios, pero un aumento de puntos evita una obtención de valoraciones más diversas, debido al conocido como “*central tendency bias*”. Este

sesgo consiste en que los encuestados suelen evitar opciones extremas cuando hay muchos niveles a elegir, disminuyendo la diversidad de resultados.

Los primeros dos bloques del estudio tratan la psicopatología y sus síntomas. La primera parte de la encuesta estudia los conceptos descritos por Spielberg de la ansiedad rasgo y estado mediante el cuestionario State- Trait Anxiety Inventory (STAI) desarrollado por el mismo autor (Spielberger *et al.*, 1970). Este método permite detectar a individuos con predisposición a la ansiedad, y es útil para registrar cambios en la intensidad de la ansiedad dependiendo de diferentes estímulos externos.

El cuestionario STAI está compuesto por dos escalas: la escala X-1 para estudiar la ansiedad estado y la X-2 para examinar la ansiedad rasgo. Cada una de ellas consta de 20 ítems en las que el encuestado responde a una de las cuatro opciones categorizadas. Para describir los sentimientos subjetivos hacia una frase del STAI-1, el participante se clasifica según una escala Likert de cuatro puntos como “nada” (con valor de 0), “algo” (1), “bastante” (2), “mucho” (3). Mientras, en el STAI-2, la escala se divide en “casi nunca” (0), “a veces” (1), “a menudo” (2), “casi siempre” (3).

Los valores obtenidos en cada escala van de 20 a 80 puntos, siendo el rango 20-40 equivalente a ansiedad media, 41-60 ansiedad moderada y 61-80 ansiedad alta.

El segundo bloque del proyecto de investigación lo constituye el Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1961) para el estudio de la severidad de la depresión. Es un cuestionario de 21 preguntas de opción múltiple, donde el encuestado debe valorar en una escala Likert del 0 al 3 el grado de identificación con la respuesta (donde 0 es la intensidad mínima y 3 la máxima). Los resultados se dividen por rangos: los puntos del 0 al 9 indican que el individuo no tiene depresión, los del 10 al 18 depresión leve, del 19 al 29 depresión moderada y del 30 al 36 depresión grave.

Los últimos tres bloques de la investigación indagan el estigma y sus variables. Primero se intenta averiguar las actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental, mediante el cuestionario CAMI (Taylor y Dear, 1981). Consta de 40 ítems, evaluados con una escala Likert de 5 puntos, desde “totalmente de

acuerdo” (con valor de 1), “de acuerdo” (2), “ni acuerdo ni desacuerdo” (3), “no estoy de acuerdo” (4) hasta “totalmente en desacuerdo” (5).

La escala CAMI tiene cuatro factores llamados: autoritarismo (AU) (opinión sobre los enfermos mentales como clase inferior), benevolencia (BE) (actitudes de acogida hacia enfermos mentales), restricción social (RS) (peligro para la sociedad de los pacientes mentales) e ideología de la salud mental en la comunidad (ISMC) (actitud en relación con la integración de personas con psicopatología en la sociedad). Cada subescala tiene 10 afirmaciones en referencia a la forma de tratar a los individuos con enfermedades mentales, 5 ítems están redactados en positivo y 5 en negativo. La puntuación máxima es de 200 puntos, indicando, las puntuaciones altas, una menor estigmatización.

El quinto bloque del formulario disponible en formato Google Forms lo compone el cuestionario MAKS (Evans-Lacko *et al.*, 2010). Este instrumento mide los conocimientos acerca de 6 áreas relacionadas con el estigma (pedir ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación) y 6 ítems que exploran el conocimiento en materia de salud mental. Los ítems se puntúan en una escala ordinal del 0 al 5, siendo las opciones de respuesta las siguientes: “No lo sé” (por valor de 0), “totalmente de acuerdo” (1), “ligeramente de acuerdo” (2), “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (3), “ligeramente en desacuerdo” (4), “totalmente en desacuerdo” (5). La puntuación máxima, 30 puntos, indica unos mayores conocimientos relacionados con el estigma en salud mental.

Por último, el formulario lo concluye la herramienta RIBS (Evans-Lacko *et al.*, 2011). Este instrumento derivado del Star Social Distance Scale sirve para evaluar la presencia de conductas estigmatizantes o discriminatorias intencionadas hacia la enfermedad mental. Consta de 8 preguntas, las 4 últimas (5-8) siguen la misma escala ordinal que el MAKS (0-5 puntos), mientras que las 4 primeras tienen una escala Likert de 3 puntos (“Sí”, “No” y “No sé”). La puntuación máxima, de 20 puntos, indica una intención de comportamiento menos estigmatizante.

Para entender la distribución de las respuestas para cada escala sobre el estigma, podemos dividir los resultados en cuatro categorías (Deverick *et al.*, 2017). Las categorías se basan en las puntuaciones medias obtenidas en cada escala:

- Baja: puntuaciones medias de 1 a 2, indican que el encuestado solo ha mostrado una visión negativa hacia el enfermo mental.
- Medio- baja: puntuaciones medias de 2,1 a 3, que indican una percepción generalmente negativa.
- Medio- alta: media de 2,1 puntos a 3, indican que el encuestado ha mostrado generalmente una respuesta positiva hacia el paciente psiquiátrico.
- Alta: una media de 4 a 5 puntos, indica una visión completamente positiva.

4.5. PROCEDIMIENTO

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética para las Investigaciones relacionadas con Seres Humanos (CEISH-UPV/EHU, BOPV32, 7/02/2014), cuyo título es “Salud mental y estigma del alumnado de medicina” y cuyo código es M10 2019 240. Este comité se encarga de todo proyecto de investigación científica o actividad docente que se lleve a cabo en la UPV/EHU y que implique la utilización de datos de carácter personal.

La participación ha sido voluntaria y anónima, sin datos sociodemográficos que puedan revelar la identidad de estas personas. Los alumnos de primer curso rellenaron los cuestionarios como parte de su trabajo dentro de las prácticas de la asignatura, siguiendo el temario establecido y sin relación con los resultados de aptitud del curso. El reclutamiento de los alumnos de sexto, en cambio, ha sido por medio de las redes sociales, rellenándolo en horas no presenciales. Los cuestionarios han sido completados a través de una encuesta específica creada a través de la plataforma de Formularios de Google (Google Forms: Free Online Surveys for Personal Use, 2020), la cual nos permite crear un formulario online y almacenar los datos en una hoja de cálculo a medida que se van realizando las encuestas. Rellenar los cuestionarios requiere de entre 30-40 minutos. Dichos cuestionarios estuvieron

disponibles durante los meses de noviembre- diciembre de 2019 para alumnos de primero y durante febrero y marzo de 2020 para los de último curso.

Todos los participantes disponían de una hoja de información antes de la cumplimentación del cuestionario. Igualmente se les facilitó una hoja para la firma del consentimiento informado en el que se declara haber recibido toda la información acerca del proyecto, así como la posibilidad de preguntar y aclarar las posibles dudas. Para poder utilizar estos datos con fines de investigación los encuestados marcaron una casilla mediante la cual lo autorizaban expresamente, al igual que su deseo o desinterés por conocer sus resultados. Para que el participante conozca sus propios resultados, se estableció un código personalizado que consiste en la inicial del nombre de la madre, día de nacimiento de la madre, inicial del nombre del padre y día de nacimiento del padre. Así, podrá buscar su código en una tabla donde aparecen los códigos sin ningún dato identificativo para poder guardar el anonimato.

4.6. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recopilados fueron anónimos y confidenciales y se corrigieron según las normas de baremación y corrección estandarizadas según manuales. Cuando se recopilaron todos los datos estos fueron introducidos en una base de datos del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23.0 (agosto 2014).

Para conocer la puntuación del alumno en relación a su grupo fue necesario un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Se examinaron las variables cualitativas sociodemográficas (sexo y curso) de la muestra a través de un análisis descriptivo dando como resultado los porcentajes y la frecuencia de la muestra. De igual manera, variables cualitativas como el grado de ansiedad o depresión fueron analizadas llevando a cabo el mismo procedimiento descriptivo para las variables cuantitativas.

Para las pruebas de contraste de hipótesis es fundamental evaluar la normalidad de la distribución de las variables. Existen diferentes pruebas para comprobar si los valores de una variable siguen o no la distribución normal. Para este tipo de test, la hipótesis nula es la normalidad. Por lo tanto, cuando las pruebas resultan

significativas (valor $p < 0,05$), se rechaza la hipótesis nula (es decir, no podemos asumir la normalidad de los datos).

En nuestro estudio nos hemos dotado de los test de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Dado que casi todas las variables no son homogéneas hay que hacer pruebas no paramétricas para examinar la diferencia entre ellas.

Para ello se ha utilizado el test estadístico de U de Mann-Whitney. Se trata de un test no paramétrico que se emplea en lugar de la distribución t (de student) para datos independientes. Mediante este test comparamos las medias de los dos grupos independientes (según el género y el curso), teniendo en cuenta que la variable a estudiar es cuantitativa discreta. Del mismo modo, las medias fueron comparadas con los valores estándar para así conocer las diferencias en las medias agrupadas y los percentiles.

Considerando como variables predictoras algunas características sociodemográficas como el sexo o la edad que puedan modular las variables dependientes (variable resultado o de interés como el grado de depresión o ansiedad), se efectuó un análisis de dichas variables categóricas y se compararon proporciones. Para ello se utilizó la jicadraro (χ^2) que valora las diferencias entre los valores esperados y los realmente observados.

Finalmente, para examinar la dirección y magnitud de la asociación entre las variables cuantitativas analizadas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. De esta manera se estudia la intensidad de la relación entre las dos variables comparadas y se conoce si al aumentar el valor de una, aumenta o disminuye el valor de la otra.

5. RESULTADOS

5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

167 alumnos matriculados en el grado en Medicina de la Universidad del País Vasco participaron en el estudio. De los 167 alumnos, 120 (71,9%) fueron mujeres mientras que 47 (28,1%) eran hombres (**Figura 3**). 98 encuestados (58,7%) son pertenecientes al primer curso del grado y los 69 (41,3%) restantes alumnos de sexto (**Figura 4**).

Por otro lado, la edad media de los participantes fue de $20,36 \pm 2,94$ años con un rango de 17-32 años.

Fig. 3. Variables demográficas: género

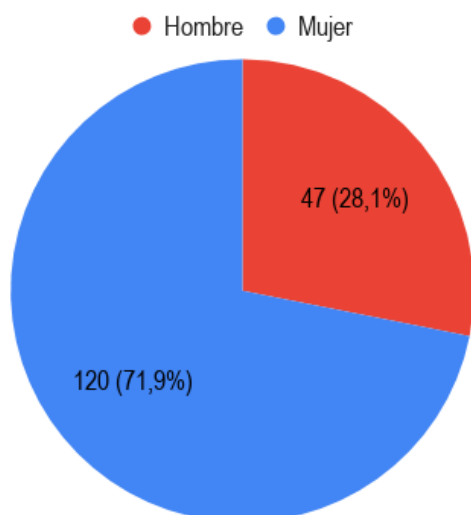
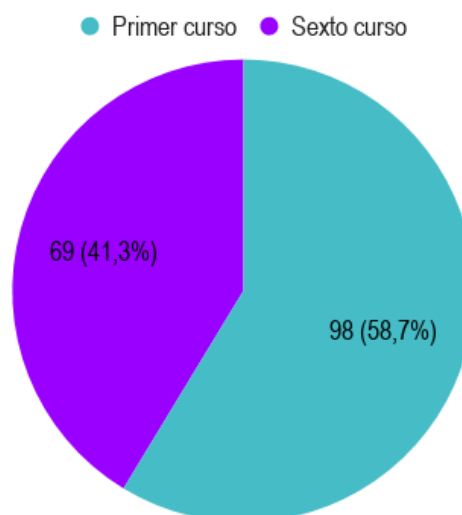


Fig. 4. Variables demográficas: curso



5.2. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN TOTAL

5.2.1. State- Trait Anxiety Inventory

Los resultados obtenidos de la primera parte del cuestionario en relación a la ansiedad estado mostraron una ansiedad elevada en el 5,4% de los estudiantes, ansiedad moderada en el 3,6% de ellos y una ansiedad media en el 91% (**Figura 5**).

En la segunda parte del cuestionario, relacionada con la ansiedad rasgo el 1,8% de los encuestados tenían una ansiedad muy elevada, el 13,8% ansiedad elevada, el 11,4% ansiedad moderada y el 73,1% ansiedad media (**Figura 6**).

Los resultados obtenidos muestran unos valores mínimos y máximos entre 3 y 46 puntos con una media de 18,48 en el STAI estado. En el STAI rasgo los valores oscilaban entre 1 y 52 con media de 20,91.

Fig. 5. Resultados del STAI estado

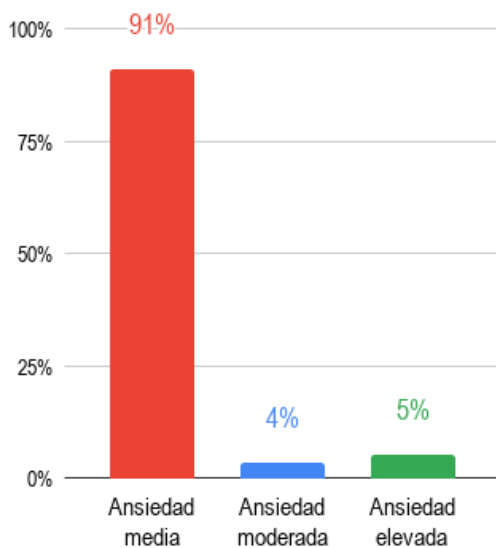
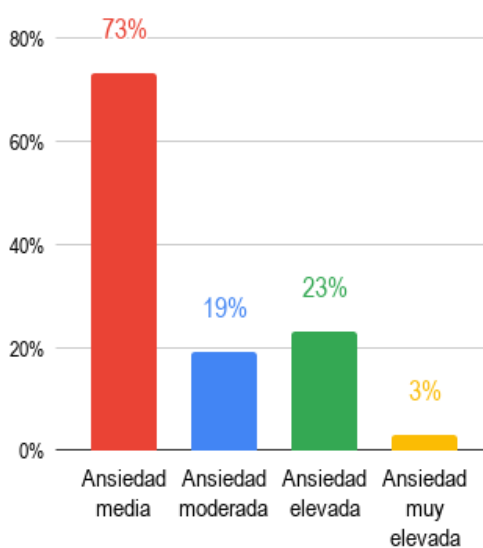


Fig. 6. Resultados del STAI rasgo

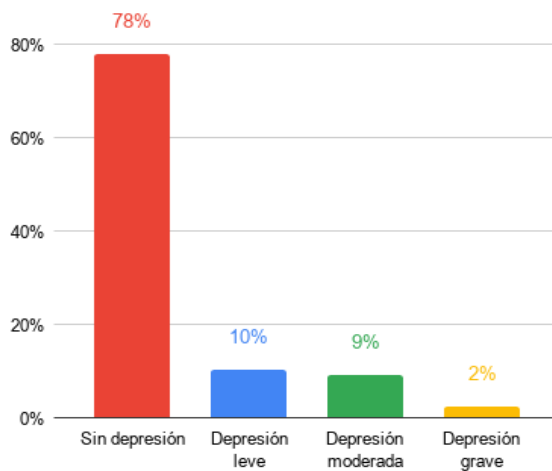


5.2.2. Beck Depression Inventory

En el tercer bloque del cuestionario correspondiente al Inventario de Depresión de Beck el 2,4% de los estudiantes de medicina que participaron en el estudio presentaron depresión grave, un 9,0% depresión moderada, un 10,2% depresión leve mientras que el 77,8% resultaron sin depresión (**Figura 7**).

En el Inventario de Depresión de Beck los valores mínimos resultan en mínimos de 3 y máximos de 31, con media de 10,37 puntos.

Fig. 7. Resultados del Beck Depression Inventory



5.3. PREVALENCIA DEL ESTIGMA

El cuestionario CAMI se divide en subgrupos pero en valores totales (estigma general) el mínimo está en 92 puntos y el máximo en 189, con media de 157,69 (3,94 por pregunta). La subescala del autoritarismo ha registrado valores mínimos de 21 puntos con máximo de 46 y media de 36,76. En las preguntas acerca de las actitudes de acogida hacia los pacientes (Benevolencia) la puntuación ha sido: mínimo 17, máximo 50 y media de 42,16. En el área de restricción social las puntuaciones mínimas han sido de 20 puntos, máximas de 50, media de 41,16. Finalmente, el subgrupo de ideología de la salud mental en la comunidad muestra los siguientes resultados: mínimo 22 puntos, máximo 46 y media de 37,63 (**Tabla 1**).

El RIBS se mueve entre intervalos de 4-20 puntos con media de 16,63 (4,16 por pregunta). El MAKS ronda el intervalo de 9-29 puntos, media de 22,77 y media por ítem de 3,8 puntos (**Tabla 1**).

Tabla 1: Medidas de dispersión y tendencia central del estigma

	N	Mínimo	Máximo	Media	Media por pregunta	DS
Autoritarismo	167	21,00	46,00	36,7425	3,67425	4,08341
Benevolencia	167	17,00	50,00	42,1617	4,21617	4,79497
Restricción social	167	20,00	50,00	41,1557	4,11557	4,82461
Ideología (ISMC)	167	22,00	46,00	37,6347	3,76347	4,77614
Estigma general	167	92,00	189,00	157,6946	3,94234	16,26353
RIBS	167	4,00	20,00	16,6347	4,15868	3,13426
MAKS	167	9,00	29,00	22,7784	3,7964	3,26611

ISMC: ideología de la salud mental en la comunidad **RIBS:** Estigma conducta **MAKS:** Estigma conocimiento

5.4. ANALISIS COMPARATIVOS

5.4.1. Ansiedad y depresión según género y curso

En el análisis comparativo de media las mujeres del estudio tuvieron resultados significativamente más altos en los cuestionarios de ansiedad estado ($p < 0,027$) y rasgo ($p > 0,003$) (Spielberger *et al.*, 1970) en comparación con los hombres (**Tabla 2**).

En cuanto al curso, se obtuvieron diferencias significativas en los cuestionarios correspondientes a la ansiedad (STAI) ($p = 0,016$) y la depresión (BDI) ($p = 0,005$), con puntuaciones más altas para los recién matriculados en la carrera de medicina (**Tabla 2**).

Tabla 2: Comparación de medias del STAI y BDI según género y curso

	Genero	N	Media	DS	z	sig
Ansiedad Estado	Hombre	47	16,32	8,68	-2,208	0,027*
	Mujer	120	19,33	9,18		
Ansiedad Rasgo	Hombre	47	17,62	9,48	-2,956	0,003**
	Mujer	120	22,20	9,44		
Depresión	Hombre	47	10,38	6,70	-,054	0,957
	Mujer	119	10,37	6,37		

	Curso	N	Media	DS	z	sig
Ansiedad Estado	1	98	19,86	8,82	-2,399	0,016*
	6	69	16,52	9,24		
Ansiedad Rasgo	1	98	22,39	9,54	-2,407	0,016*
	6	69	18,81	9,47		
Depresión	1	97	11,71	7,16	-2,820	0,005*
	6	69	8,49	4,72		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,005$ *** $p < 0,001$

5.4.2. Estigma según género y curso

Existen diferencias significativas según el sexo en las siguientes subescalas: en el “Autoritarismo” ($p=0,009$), que mide la opinión sobre los enfermos mentales como inferiores; en la “Benevolencia” ($p=0,002$), que estudia actitudes de acogida hacia los pacientes psiquiátricos; y la “ideología de la salud mental” ($p=0,03$), en relación con la actitud de integración de personas con psicopatología en la sociedad.

En todas estas categorías las puntuaciones fueron más elevadas en el caso de las mujeres, así como en la puntuación total ($p=0,006$) del Community Attitudes towards Mental Illness (Taylor y Dear, 1981) (**Tabla 3**).

Tabla 3: Comparación de medias del estigma según el género

	Género	N	Media	DS	Z	Sig
Autoritarismo	Hombre	47	35,43	4,79	-2,656	0,009*
	Mujer	120	37,26	3,67		
Benevolencia	Hombre	47	40,17	5,37	-3,107	0,002**
	Mujer	120	42,94	4,33		
Restricción social	Hombre	47	40,21	5,19	-1,457	0,145
	Mujer	120	41,53	4,64		
Ideología (ISMC)	Hombre	47	36,36	4,81	-2,165	0,030*
	Mujer	120	38,13	4,69		
Estigma general	Hombre	47	152,17	17,94	-2,803	0,006*
	Mujer	120	159,86	15,09		
Estigma conducta	Hombre	47	16,40	3,60	-,049	0,961
	Mujer	120	16,73	2,94		
Estigma conocimiento	Hombre	47	22,43	3,15	-,735	0,462
	Mujer	120	22,92	3,31		

* $p<0,05$ ** $p<0,005$ *** $p<0,001$

Las diferencias entre cursos en el cuestionario sobre las actitudes hacia la enfermedad mental (CAMI) son cercanos a la significación estadística ($p=0,068$), con resultados más bajos entre los estudiantes de primer curso, con excepción de la subescala de “Autoritarismo” que logra ser significativamente más alta entre los de sexto ($p=0,02$) (**Tabla 4**).

Al comparar las variables del cuestionario sobre conocimiento del estigma (MAKS), se observa que existen diferencias significativas ($p<0,05$) entre los cursos, siendo los alumnos de sexto los que mayores puntuaciones mostraban (**Tabla 4**).

Tabla 4: Comparación de medias del estigma según el curso

	curso	N	Media	DS	Z	Sig
Autoritarismo	1	98	35,93	4,13	-3,073	0,002**
	6	69	37,90	3,75		
Benevolencia	1	98	41,90	5,18	-,662	0,508
	6	69	42,54	4,19		
Restricción social	1	98	40,96	5,02	-,548	0,584
	6	69	41,43	4,56		
Ideología (ISMC)	1	98	36,99	4,95	-1,894	0,058
	6	69	38,55	4,39		
Estigma general	1	98	155,78	16,83	-1,830	0,068
	6	69	160,42	15,13		
Estigma conducta	1	98	16,40	3,29	-1,066	0,286*
	6	69	16,97	2,90		
Estigma conocimiento	1	98	21,95	3,13	-4,376	0,000***
	6	69	23,96	3,11		

* $p<0,05$ ** $p<0,005$ *** $p<0,001$

5.4.3. Correlación

El coeficiente de correlación Pearson ha demostrado ser positivo entre las puntuaciones de los cuestionarios STAI estado y BDI (depresión) ($r= 0,582$), así como en el de STAI rasgo y BDI ($r=0,581$), con una significancia estadística del $p<0,01$ (**Tabla 5**).

Tabla 5. Correlaciones entre instrumentos de medición de psicopatología

		STAI Estado	STAI Rasgo	BDI
Ansiedad estado	Correlación de Pearson	1	,808(**)	,582(**)
Ansiedad rasgo	Correlación de Pearson	,808(**)	1	,581(**)
Depresión	Correlación de Pearson	,582(**)	,581(**)	1

* $p<0,05$ ** $p<0,005$ *** $p<0,001$

Tabla 6. Correlaciones entre instrumentos de medición del estigma psicológico

		Estigma general	Estigma conducta	Estigma conocimiento
Estigma conducta	Correlación de Pearson	,600(**)	1	,325(**)
Estigma conocimiento	Correlación de Pearson	,248(**)	,325(**)	1

La escala que evalúa la conducta hacia el estigma ha demostrado una correlación significativamente ($p<0,01$) positiva ($r>0,30$) con todas las subescalas del cuestionario CAMI (estigma general) y con el MAKS (estigma conocimiento) ($r=0,325$). Ésta última guarda correlación significativamente ($p<0,01$) positiva ($r>0$) con todas las subescalas del CAMI (**Tabla 6**).

6. DISCUSIÓN

En relación a la prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina, según este estudio, podemos afirmar que: el 9% de los encuestados ha mostrado una ansiedad estado moderada o elevada, el 27% una ansiedad rasgo moderada, elevada o muy elevada, el 21,6% del alumnado sintomatología depresiva leve, moderada. Estudios metaanalíticos como el de Pacheco, Giacomini y Tam (2017) afirman que la prevalencia enfermedades mentales comunes entre estudiantes de medicina brasileños es del 31,7%. Con respecto a la población general, una revisión sistemática que incluía 46 artículos relacionados con la prevalencia e incidencia de trastornos ansiosos, concluía que el rango de total de trastornos de ansiedad estaba entre 10,6% y el 16,6% de la población estudiada (Somers *et al.*, 2006). Mientras que la prevalencia global de trastornos depresivos se estima que oscila entre 4,4-5,0 % de la población mundial (Ferrari *et al.*, 2012).

Para aproximarnos más a la situación del alumnado de medicina respecto a sus pares, es de gran ayuda comparar los resultados obtenidos con otros grupos universitarios. Para confrontar los datos sobre ansiedad con una población similar a la estudiada, se revisó un estudio realizado con un total de 588 estudiantes pertenecientes a distintas carreras de la Universidad de Oviedo (Fonseca- Pedrero *et al.*, 2012). Por un lado, utilizando el cuestionario de STAI, se obtuvieron los siguientes datos respecto a la ansiedad: en la ansiedad estado puntuaciones medias de 15,05 para hombres y 15,34 puntos para mujeres; y en la ansiedad rasgo 17,02 y 20,15 puntos de media para hombres y mujeres respectivamente. Por otro lado, los resultados obtenidos según el género de nuestros encuestados son los siguientes: en la ansiedad estado medias de 16,32 puntos para hombres y 19,33 para mujeres; mientras que en la ansiedad rasgo las medias fueron de 17,92 y 22,20 para hombres y mujeres respectivamente.

En cuanto a las puntuaciones en las escalas de depresión, nuestros participantes obtuvieron una media de 10,37 puntos en el Inventario de Depresión de Beck. Revisando trabajos realizados en España, en una población de un rango de edad similar al de la muestra (17-32 años), destaca un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid (Sanz J *et al.*, 2003). En este proyecto se utilizó el cuestionario BDI entre 490 personas, 131 de ellas en un rango de edad equiparable al

de nuestro estudio (18-29 años). En este intervalo de edad la media de puntuaciones fue de 8,3 puntos (7,2 entre hombres y 9,4 entre mujeres). Los hombres encuestados en nuestro estudio obtuvieron una media de 10,38 puntos, muy similares a las de las mujeres con 10,37 puntos. Por consiguiente, la media de puntuaciones de los alumnos de medicina estudiados entra dentro del rango de depresión leve (10-18 puntos) mientras que las medias de los encuestados en el estudio de la universidad madrileña se mantienen en el rango de no depresión (0-9 puntos).

Por todo ello, podemos afirmar que existe un mayor porcentaje de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina que entre la población general y población universitaria estudiada.

Estos datos no hacen más que reforzar lo que dice la literatura de la última década a cerca de las alteraciones psiquiátricas en la carrera de medicina. Llama la atención que a pesar de que este problema fuera descrito por Saslow en 1956, las cifras siguen siendo alarmantes varias décadas después. Esto puede deberse a una combinación de factores como un ambiente de estudio tóxico y competitivo (Wolf, 1994), así como las características individuales de una población seleccionada por un examen de admisión exigente. Asimismo, varios estudios han demostrado también que esta alta prevalencia de psicopatología entre estudiantes de medicina es mayor que en la población general correspondiente (Lloyd y Gartrell, 1984; Dyrbye *et al.*, 2006). Es difícil obviar que casi un cuarto de los estudiantes de medicina se muestren con síntomas depresivos, más aun sabiendo las repercusiones futuras que pueden surgir de este hecho, tanto individualmente como socialmente. Es por ello de crucial importancia reconocer esta realidad entre la comunidad universitaria, para una pronta intervención de los personas en riesgo de sufrir alteraciones mentales.

Siguiendo con las hipótesis correspondientes a las alteraciones mentales, nuestro estudio teorizaba sobre la posibilidad de que la ansiedad fuera más prevalente en el grupo femenino. El análisis concluyó que las mujeres tuvieron resultados significativamente más altos que los hombres en ambas escalas de ansiedad (estado y rasgo). Resultados avalados por una revisión sistemática sobre el *distress* psicológico entre estudiantes americanos y canadienses, donde se mencionan varios estudios en los que la ansiedad es más prevalente entre mujeres que en hombres (Dyrbye *et al.*,

2006). Sin embargo, hay que ser cautos a la hora de sacar conclusiones a raíz de estos resultados, ya que las diferencias observadas por género podrían no ser mayores a las encontradas en la población general (Kessler *et al.*, 2003).

En base a nuestros resultados podemos confirmar la hipótesis planteada, ya que los estudiantes de medicina del primer curso de la UPV/ EHU obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las escalas de ansiedad que los universitarios de último curso. Hace ya 36 años que Lloyd y Gartrell (1984) plantearon la posibilidad de una relación entre el año cursado y el nivel de síntomas de ansiedad, aunque sin significación estadística. Un estudio transversal realizado entre estudiantes de medicina brasileños de diferentes semestres ha demostrado que los estudiantes del primer curso empezaron sus actividades con un nivel mayor de ansiedad, superando a aquellos estudiantes en quinto y en sexto curso (Moutinho *et al.*, 2017).

A través del BDI hemos podido comprobar que las puntuaciones medias obtenidas por los recién matriculados en medicina fueron significativamente más altas que las obtenidas por los de sexto. Estudio como el realizado longitudinalmente en una universidad británica de medicina corroboran esta hipótesis aportando datos como el siguiente: entre el 5,7%-10,6% de los estudiantes de primer ciclo tenían depresión mientras que solo entre el 2,7% y el 8,2% de los estudiantes en años clínicos mostraron síntomas depresivos (Quince *et al.*, 2012).

Los momentos de transición vitales son favorecedores de ansiedad, lo que parece justificar las diferencias encontradas entre cursos. El primer contacto con la universidad y sus particularidades hacen del primer grupo encuestado una población más vulnerable a la patología mental. En cambio, los estudiantes de último curso parecen tener unas mejores condiciones emocionales debido a la reducción de carga lectiva de sexto y la experiencia clínica diaria, ya que rotan por los Hospitales y Centros de atención correspondientes de cada especialidad médica y quirúrgica. Estos resultados ponen en manifiesto la necesidad de abordar la salud mental desde el inicio de la carrera universitaria. En ello reside la importancia de reconocer esta realidad entre el alumnado, para una pronta intervención de las personas en riesgo de sufrir alteraciones mentales.

No se puede reconocer lo que no se conoce, por eso la base para abordar este problema es la educación. Una educación a los futuros médicos en la que se normalice la enfermedad mental, se trabaje para identificarla y se ofrezca un amparo a aquel alumno en necesidad de apoyo psicológico. Es importante que todo alumno conozca que existen herramientas y espacios en los que se puede tratar y abordar sus miedos o angustias derivadas por la carrera o la vida. Pero existe una gran barrera que impide este marco utópico en el que los alumnos admiten y muestran sus ansiedades y tristezas: el estigma.

Formamos como hipótesis la posibilidad de que el alumnado de medicina en su conjunto no mostrará una actitud negativa hacia la enfermedad mental. Del mismo modo, esperamos encontrar un menor estigma entre los futuros médicos en comparación con alumnos de otros grados. Dicha presunción parte de la base de que existe un mayor conocimiento sobre salud mental que se imparte durante el grado de medicina. Además, la mayoría de los universitarios encuestados trabajarán de forma directa o indirecta con enfermos mentales y comparten una vocación sanitaria.

El cuestionario CAMI ha obtenido puntuaciones altas en las escalas de benevolencia y restricción social con medias que rondan el intervalo de 4-5 puntos por respuesta e indican una actitud completamente o mayoritariamente positiva hacia la enfermedad mental. En cambio, las subescalas de autoritarismo y de ideología de la salud mental en la comunidad no han logrado puntuaciones del todo positivas, con medias entre 2,1 y 3 puntos, de los 5 máximos posibles. El RIBS, que mide la conducta hacia la psicopatología, ha cosechado resultados con una puntuación alta (media por ítem de 4,16 puntos), lo que indica un comportamiento muy positivo hacia el enfermo mental. El MAKES, por su parte, con una puntuación media por pregunta de 3,8 puntos, muestra resultados medio- altos compatibles con un conocimiento generalmente positivo de la salud mental.

Para estudiar la situación del estigma entre nuestros encuestados en comparación con otras carreras universitarias en España, se revisó un Trabajo de Fin de Máster en el que participaban 208 estudiantes de enfermería de la Universidad de Almería (Martínez, 2017). En dicho estudio se trataba conocer las actitudes hacia los trastornos mentales con uno de los instrumentos utilizados en nuestro trabajo, el

CAMI. Las puntuaciones medias por género de las diferentes subescalas fueron las siguientes: en los ítems sobre el autoritarismo los hombres tuvieron una media de 29,93 puntos mientras que las mujeres 29,79; en la escala de Benevolencia medias de 29,65 y 29,41 para hombres y mujeres respectivamente; en la Restricción Social 32,71 y 33,26 puntos de media para cada grupo; y en la Ideología de de la salud mental en la comunidad puntuaciones de 29,74 y 29,78 de media. Los alumnos encuestados de la UPV/EHU han obtenido puntuaciones más altas en todas y cada una de las escalas independientemente del género, con diferencias de 5 puntos o más (**Tabla 3**).

Los resultados han demostrado la hipótesis en todas las encuestas relacionadas con el estigma, con una actitud, conducta y conocimiento positivos y mejores incluso que en otras carreras del ámbito sanitario. La literatura abala resultados como este ya que, en un estudio de corte transversal multicéntrico, que incluía tres facultades españolas de medicina, se concluyó que los alumnos de quinto de medicina no mostraban actitudes negativas hacia la enfermedad mental y tenían una percepción positiva hacia la psiquiatría (Failde *et al.*, 2014).

Basándonos en el reciente estudio publicado en el Canadian Journal of Psychiatry (Sandhu *et al.*, 2018), que afirmaba que los psiquiatras muestran menor discriminación hacia el enfermo mental que alumnos de medicina, planteamos la hipótesis que a mayor experiencia en el campo de la salud mental menor sería el estigma entre alumnos. Siguiendo la guía docente del Grado en Medicina de la UPV/EHU, concluimos que todos los alumnos de sexto habían cursado 20 horas de prácticas clínicas obligatorias en el servicio de psiquiatría durante el cuarto curso, esperando de ellos unas puntuaciones significativamente mayores (equivalentes a menor estigma) respecto a los alumnos de primero a los cuales se les había pasado la escala antes de abordar en primer curso el tema de psicopatología.

Los datos de los instrumentos utilizados para medir las actitudes hacia la enfermedad mental no han podido reforzar del todo nuestra hipótesis inicial. A pesar de ello, los alumnos del último año de carrera han mostrado medias más bajas en todas las subescalas del cuestionario CAMI, cerca de la significación estadística ($p < 0,10$). Esto puede implicar que los alumnos de primer curso se muestran menos

benevolentes, más discriminatorios y más estigmatizantes hacia el enfermo mental. La subescala de autoritarismo ha mostrado puntuaciones significativamente ($p < 0,005$) más altas entre los alumnos del último curso, lo que implica una visión más igualitaria hacia los enfermos mentales en comparación con los individuos sanos.

Los resultados obtenidos en el cuestionario MAKS (Evans- Lacko *et al.*, 2010) logran la significación estadística en relación a una mayor puntuación entre los alumnos de las diferentes Unidades Docentes hospitalarias. Por lo tanto, demuestran un mayor conocimiento acerca del estigma y la salud mental que los alumnos de primero.

Cabe mencionar que los encuestados del primer año rellenaron el test sobre el estigma antes de conocer nada sobre la psicopatología, lo que parece explicar esta tendencia a una peor actitud y conocimiento hacia y sobre la enfermedad mental. Estos resultados no contradicen lo revisado en la literatura, donde comparando estudiantes sin educación en salud mental con estudiantes de medicina, los últimos demuestran una mejor actitud hacia el enfermo mental (Sandhu *et al.*, 2018).

Este estudio no ha hecho más que corroborar que incluso entre futuros profesionales de la salud (en contacto estrecho con la enfermedad mental) las conductas hacia los pacientes mentales no son completamente positivas. A pesar de esta realidad, hemos podido observar que la educación y exposición a la realidad del área de salud mental podría mejorar la visión y el comportamiento hacia ella. En ello reside la vital importancia de organizar programas y seminarios de desestigmatización entre el alumnado de medicina, hasta conseguir resultados significativamente mejores desde que comienzan la carrera hasta que la terminan.

En un proyecto de desestigmatización del alumnado de medicina, se diseñó una pequeña clase magistral acerca de las experiencias y el estigma de la enfermedad y ejercicios de *rol playing*. Tras el proyecto se comprobó una mejoría en los resultados MAKS entre el grupo participante en comparación con los obtenidos antes del cursillo y los de los compañeros que no recibieron las clases. Los resultados de este proyecto han sido reveladores también en el ámbito de la actitud y el

comportamiento hacia la psicopatología, ya que los mismos participantes del grupo formado mejoraron sus puntuaciones en las ya mencionadas escalas CAMI y RIBS, así como superaron significativamente las puntuaciones del grupo control (Deb *et al.*, 2019).

No pudimos demostrar correlación alguna entre padecer una alteración psicológica y tener un menor estigma como afirmaba la literatura (Modgill *et al.*, 2014). No obstante, se demostró correlación moderada ($r > 0,30$) entre las puntuaciones de ansiedad y las de depresión, teniendo en cuenta que muchas veces suelen ejercer como factores de mantenimiento la una de la otra (Silva *et al.* 2017). Es lógico pensar que las personas con ansiedad tengan una predisposición a sufrir estados de tristeza mantenidos compatibles con un trastorno depresivo.

La correlación entre los cuestionarios de conductas (RIBS) y actitudes (CAMI) hacia la enfermedad mostraron una correlación moderada ($r > 0,30$). El Reported and Intended Behaviour Scale también mostró una asociación moderada con el cuestionario sobre conocimiento psicopatológico MAKS ($r = 0,325$). Finalmente, la asociación fue débilmente positiva ($0 < r < 0,30$) entre los conocimientos (MAKS) y las actitudes (CAMI) hacia los enfermos mentales. En el estudio de desestigmatización antes citado (Deb *et al.*, 2019) se demostró esta correlación ya que el grupo intervenido por el programa de sensibilización de la enfermedad mental aumentó significativamente la puntuación obtenida en los tres cuestionarios citados (RIBS, CAMI y MAKS).

Más allá de las hipótesis planteadas, el estudio ha cosechado resultados inesperados dignos de análisis. Se ha demostrado con un nivel de significancia de $p < 0,05$ que la variable de género modifica algunas de las subescalas del cuestionario sobre actitudes hacia la enfermedad mental. Más concretamente, las mujeres han obtenido mejores resultados en la subescala del autoritarismo, lo que implica una visión más igualitaria entre el enfermo mental y el individuo sano. En la subescala que se evalúa el nivel de peligro que supone un enfermo mental (restricción social), las mujeres han demostrado mejores resultados y menos estigmatizantes. Por último, en cuanto a las creencias sobre la integración social del paciente psiquiátrico el género femenino se ha mostrado menos beligerante que el masculino. Estos resultados van acorde con

lo revisado en la bibliografía, donde varios artículos actuales afirman que es más probable que las mujeres muestren actitudes positivas en relación a la enfermedad mental (Topkaya, 2014).

A la vista los resultados obtenidos, este trabajo abre la puerta a nuevos proyectos para comparar el estado psicológico de los estudiantes de medicina con otros colectivos como residentes, adjuntos o estudiantes de otros grados y así poder identificar posibles factores de riesgo. Asimismo, hay que recalcar que comparar el nivel de estigma de los estudiantes de medicina en contraste con el de otros colectivos nos aclararía el estado de formación que existe en los estudios sociosanitarios en ámbito de salud mental.

Es preciso enfatizar que los datos obtenidos en este trabajo son limitados debido a su carácter transversal, por lo que no es posible establecer inferencias causales. A su vez, no hay escalas consensuadas para valorar los trastornos mentales o el estigma, por lo que la prevalencia podría variar en función del punto de corte establecido para definir las alteraciones mentales. No obstante, los resultados obtenidos entre los recién matriculados son de gran valor ya que permitirán evaluar la evolución del estado psicológico y el estigma a lo largo de la formación a través de un estudio longitudinal. Mediante este tipo de estudio podremos establecer una correcta secuencia temporal en aquellos sujetos de primero que han sido encuestados en este estudio. Este seguimiento podría ser realizado a lo largo de la carrera e incluso durante su periodo formativo como médico especialista.

7. CONCLUSIONES

- Existe una alta prevalencia de trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión entre estudiantes de medicina de primer y sexto curso.
- La prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en el alumnado de medicina encuestado que en la población general y universitaria.

- La prevalencia de la ansiedad y depresión varía según el género y el curso, siendo mayor entre estudiantes de primero y mujeres.
- Los alumnos de primer y sexto curso de medicina tienen una respuesta y una visión positiva hacia la enfermedad mental.
- Los alumnos de primer y sexto curso de medicina tienen una respuesta y una visión más positiva hacia la enfermedad mental que otros grupos universitarios.
- Los estudiantes de sexto muestran un autoritarismo significativamente más bajo hacia los enfermos mentales.
- Las mujeres se muestran menos autoritarias, menos restrictivas y más integrativas hacia el enfermo mental.
- Los alumnos de último curso muestran mayores conocimientos acerca de la enfermedad mental y el estigma.
- Existe una asociación entre padecer ansiedad y presentar síntomas depresivos.
- Hay una correlación lineal positiva entre los conocimientos psicopatológicos y una buena actitud hacia la salud mental.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Jeong, Y., Kim, J., Ryu, J., Lee, K., Ha, E., & Park, H. (2010). **The Associations between Social Support, Health-Related Behaviors, Socioeconomic Status and Depression in Medical Students.** *Epidemiology And Health*, 32, e2010009.
2. Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006). **Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students.** *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
3. Pacheco, J., Giacomin, H., Tam, W., Ribeiro, T., Arab, C., Bezerra, I., & Pinasco, G. (2017). **Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis.** *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 39(4), 369-378.

4. Silva, V., Costa, P., Pereira, I., Faria, R., Salgueira, A., & Costa, M. *et al.*,(2017). **Depression in medical students: insights from a longitudinal study.** BioMedCentral Medical Education, 17(1).
5. Spielberger, C.D. (1966). **Theory and research on anxiety.** En C.D.Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press
6. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** Geneva: WorldHealthOrganization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Glauser W (2017) Canadian Medical Association Journal, December 18;189:E1569-70.
8. Kuhn, C., & Flanagan, E. (2016). **Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide.** Canadian Journal Of Anesthesia/ Journal Canadien D'anesthésie, 64(2), 158-168.
9. Houpy, J., Lee, W., Woodruff, J., & Pincavage, A. (2017). **Medical student resilience and stressful clinical events during clinical training.** Medical Education Online, 22(1), 1320187.
10. Goel, A., Akarte, S., Agrawal, S., &Yadav, V. (2016). **Longitudinal assessment of depression, stress, and burnout in medical students.** Journal Of Neurosciences In Rural Practice, 7(04), 493-498.
11. Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M., & Creed, F. - (1998). **Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study.** Journal Of The Royal Society Of Medicine, 91(5), 237-243.
12. McManus, I., Keeling, A., & Paice, E. (2004). **Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates.** BioMedCentral Medicine, 2(1).
13. Goffman E. (1968) **Stigma.** Harmondsworth: PenguinBooks.
14. Failde, I., Salazar, A., Elorza, J., Casais, L., Pérez, V., Martínez, L., & Gilaberte, I. (2014). **Spanish Medical Students' Attitudes and Views towards Mental Health and Psychiatry: a Multicentric Cross-Sectional Study.** Academic Psychiatry, 38(3), 332-338.

15. Sandhu, H., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. (2018). **Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists.** *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 64(3), 209-217.
16. Giasuddin, N., Levav, I., & Gal, G. (2014). **Mental health stigma and attitudes to psychiatry among Bangladeshi medical students.** *International Journal Of Social Psychiatry*, 61(2), 137-147.
17. Spielberger, C.D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.** Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
18. Beck, A. (1961). **An Inventory for Measuring Depression.** *Archives Of General Psychiatry*, 4(6), 561.
19. Taylor, S., & Dear, M. (1981). **Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill.** *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
20. Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). **Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003.** *British Journal Of Psychiatry*, 194(3), 278-284.
21. Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). **Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure.** *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
22. Deverick, Z., Russell, L., Hudson, S. (2017). **Attitudes of adults towards people with experience of mental distress: Results from the 2015 New Zealand Mental Health Monitor.** Wellington: HealthPromotion Agency.
23. Martínez González, M., Sánchez Villegas, A., Toledo Atucha, E., & Faulin Fajardo, J. (2014). **Bioestadística amigable.** 3ª edición, Barcelona: Elsevier.
24. Somers, J., Goldner, E., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). **Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature.** *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 51(2).
25. Ferrari, A., Somerville, A., Baxter, A., Norman, R., Patten, S., Vos, T., & Whiteford, H. (2012). **Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature.** *Psychological Medicine*, 43(3), 471-481.

26. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sierra-Baigrie S, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. 2012. **Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en Universitarios.** BehavPsychol 20:547–561.
27. Sanz J, Perdigón A L, VázquezC (2003). **Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general.** Clínica y Salud, 14(3),249-280.
28. Saslow, G. (1956). **Psychiatric Problems of Medical Students.** Academic Medicine, 31(1), 27-33.
29. Wolf, T. (1994). **Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school.** Medical Education, **28**(1), 8-17.
30. Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., & Merikangas, K. *et al.*,(2003). **The Epidemiology of Major Depressive Disorder.** JAMA, 289(23), 3095.
31. Moutinho, I., Maddalena, N., Roland, R., Lucchetti, A., Tibiriçá, S., Ezequiel, O., & Lucchetti, G. (2017). **Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters.** Revista Da Associação Médica Brasileira, 63(1), 21-28.
32. Quince, T., Wood, D., Parker, R., & Benson, J. (2012). **Prevalence and persistence of depression among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school.** British Medical Journal Open, 2(4), e001519.
33. Martínez, F, & Aguilera, G. (2017). **El estigma de la enfermedad mental. Actitud de una muestra de universitarios.** (Trabajo de Fin de Máster). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España.
34. Deb, T., Lempp, H., Bakolis, I., Vince, T., Waugh, W., & Henderson, C. (2019). **Responding to experienced and anticipated discrimination: anti -stigma training for medical students towards patients with mental illness – study protocol for an international multisite non-randomised controlled study.** BioMedCentral Medical Education, 19(1).

35. Modgill, G., Patten, S., Knaak, S., Kassam, A., & Szeto, A. (2014). **Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness.** *BioMedCentral Psychiatry*, 14(1).
36. Topkaya, N. (2014). **Gender, Self-stigma, and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-seeking.** *Educational Sciences: Theory & Practice*.