

# Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis.

CARLÚ EFIGENIA ARIAS GUERRERO.

*Departamento de Bioanálisis Clínico. Cátedra de Citología. Ciencias Morfológicas. Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.*

## RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto detectar síntomas de depresión y la intensidad de los mismos en un grupo de estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia. Además, establecer relaciones con una serie de características sociales. Para ello se utilizaron dos instrumentos de trabajo, como son el Inventario de Depresión de Beck y una encuesta de datos personales.

La muestra quedó constituida por 223 estudiantes con edades comprendidas 15 y 30 años, con predominio del grupo de 18 - 20 años y edad promedio de 17 años. De estos, **el 23,31% resultaron con síntomas depresivos**. Se observó predominio de los síntomas de intensidad leve (82%) seguido en orden de importancia por los de intensidad moderada (17%). No hubo casos de intensidad severa.

En cuanto a las características sociales podemos observar que las variables sexo, edad, estado civil, lugar de procedencia, condición marital de los padres e ingreso económico familiar mensual, no presentaron diferencias significativas entre los estudiantes con síntomas depresivos y los estudiantes sin síntomas depresivos. Tampoco se observaron diferencias de importancia relacionadas con la característica de pertenecer a la Escuela de Bioanálisis o de Farmacia.

De los estudiantes con síntomas depresivos, el **42,29 %** habitan en alguna residencia estudiantil, lo cual al ser analizado por Chi cuadrado tuvo significancia estadística ( $X^2=27,68$ ;  $gl=3$ ,  $X^2C$  mayor que  $X^2T = 7,8$ ) Así, podrían explicarse los síntomas depresivos, por carecer del apoyo afectivo, familiar que podría observarse en las residencias estudiantiles.

La muerte de alguno de los progenitores ocurrió en 7,69% de los estudiantes con síntomas depresivos mientras que en los estudiantes sin depresión esto se reportó en 1,39% de los casos. Esta variable presentó significancia estadística ( $X^2=6,25$ ,  $gl=1$ , Coeficiente de certeza: 99%), lo cual coincide con los estudios internacionales.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, cabe resaltar que las frases señaladas con mayor frecuencia varía de acuerdo al sexo. Así, en el sexo masculino predominaron las frases *He pensado en matarme (90%)* y *Me siento culpable (60%)*. En el sexo femenino fueron seleccionadas las frases *Me siento culpable (62%)* y *Estoy triste (38%)*. Estas diferencias pueden explicarse por los valores socioculturales, según los cuales la tristeza es signo de debilidad, es algo femenino, en cambio, la agresividad es un valor masculino. De allí, que este último se manifieste en deseos de daño a la propia persona, inclusive, producirse la muerte.

Se puede concluir que estos resultados son preocupantes y permiten enfatizar la necesidad de programas de prevención y tratamiento en los estudiantes de la Facultad de Farmacia, incluyendo como factores de riesgo el hecho de haber ocurrido la muerte en alguno de los progenitores y la variable de vivir en residencias estudiantiles.

## PALABRAS CLAVE

Depresión, Estudiantes Universitarios, Inventario de depresión de Beck.

## ABSTRACT

This study pursues the detection of depression symptoms and their intensity, in a group of university students of the Faculty of Pharmacy in the Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela. It also pretends to establish relationships between a series of social characteristics. In order to achieve this, two instruments were used: Beck's Depression Inventory, and a Questionnaire of personal data

The selected sample was constituted by 223 students, in ages between 15 and 30, with predominance of the group from 18-20 years old, and average age of 17. Out of this sample, 23,31% of the

students reported depressive symptoms. A predominance of low intensity symptoms (82%) was observed, followed by moderate intensity (17%). There were no found. cases of severe intensity.

As for social characteristics, we can observe that the variables sex, age, civil status, origin, marital condition of the parents and monthly familiar income, showed no significant differences between students with depressive symptoms and students without them. There were no important differences related to the student's adscription to the Schools of Pharmacy or Bioanalysis.

Of the students presenting depressive symptoms, 42,29% live in a student residence. When this was analyzed with Square Chi, it had a statistical importance ( $X^2 = 27,68$ ;  $gI = 3$ ,  $X^2C > X^2T = 7,8$ ). So, depressive symptoms could be explained because of the absence of familiar affective support, that could be observed in student residences.

Death of one of the parents occurred in 7,69% of the students with depressive symptoms, while in non depressive students this was reported in 1,39% of the cases. This variable represented a statistical significance ( $X^2 = 6,25$ ;  $gI = 1$ , Certaint Coefficient: 99%), in agreement with international studies.

As for the Beck Depression Inventory, we found that the most frequent expressions vary according to sex. So, the predominant phrases male students use, were: "*I have thought of killing myself*" (90%) and "*I feel guilty*" (60%). Women selected expressions such as: "*I feel guilty*" (62%) and "*I am sad*" (38%). This differences can be explained by means of social and cultural values, by which sadness is a sign of weakness, a feminine characteristic; and by the other hand, aggressivity is masculine. This explains the wishes of male students for causing harm to himself, even to death..

We could conclude that these results should cause concern, and shows the need of Prevention and Treatment Programs for students of the Faculty of Pharmacy, which includes, as risk factors, the occurrence of death of one parent, and living in student residences.

## KEY WORDS

Depression, University Students, Beck's Depression Inventory.

## INTRODUCCIÓN

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de distintos países y es reconocido como un problema de Salud Pública.

(BLAZER, D. et al., 1994). Así, en la actualidad la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupe el segundo. (CARAVEO, J. 1997).

Es importante tener en cuenta las fluctuaciones normales del estado de ánimo. Durante un período de tiempo variable, una persona puede sentirse alegre, indiferente, triste o molesta. Por ejemplo, al levantarse puede estar triste al recordar algún suceso del día anterior; al llegar al trabajo puede realizar sus actividades con buena disposición y en la noche alegrarse porque su hijo obtuvo buenas calificaciones en un examen, y así sucesivamente a lo largo del día. Podemos decir que los síntomas de depresión y tristeza pueden considerarse dentro de límites normales cuando no alteran nuestra vida cotidiana. Ahora, si los síntomas depresivos se mantienen en el tiempo y nos impiden realizar nuestras actividades diarias, hablaremos de Depresión como trastorno. Dicho trastorno Depresivo puede variar de intensidad. Así, CARAVEO, en 1997, clasifica como síntomas depresivos leves a aquellos que consisten en sentimientos de tristeza frecuentes, llanto fácil e inmotivado, insatisfacción por las actividades diarias, pocos deseos de salir de la casa y desarreglo personal. Cuando a los síntomas anteriores se le agregan los pensamientos indirectos de muerte ("no quisiera despertarme nunca"; "Ojalá Dios me llevara"), desinterés por sus actividades laborales y cambios en los hábitos de higiene, podemos decir que se trata de síntomas depresivos moderados. En cuanto a los síntomas depresivos severos, CARAVEO (1997), los describe como aquellos caracterizados por la recurrencia de ideas suicidas que probablemente lleven a la persona afectada a la planificación y al acto suicida, con o sin éxito. Estos pacientes ameritan hospitalización y psicoterapia, en un intento de salvarle la vida, pues son frecuentes los nuevos intentos de suicidio. Los factores de riesgo relacionados con los síntomas depresivos han sido objeto de múltiples estudios debido al riesgo de suicidio inherente. Muchos autores han hecho referencia a factores como predominio en el sexo femenino, en estado civil solteros, sin hijos, con pérdidas de alguno de los padres antes de los 11 años de edad, malas condiciones económicas, familias disarmónicas, entre otros. (ver cuadro 1).

**CUADRO N° 1:**

Epidemiología y factores de riesgos de los síntomas depresivos en los países occidentales.

<b>Prevalencia</b>	2-3casos/100 hombres.	KAPLAN,1997
	5-9 casos/100 mujeres	
<b>Incidencia</b>	82-201/100mil hombres año.	KAPLAN,1997
	247-598/100mil mujeres año	
<b>Sexo</b>	3:1 mujeres/hombres	MKSE et al. 1998.
<b>Edad</b>	35-45 años en mujeres	KAPLAN, 1987
	45-55años hombres	BOIZART et al.,1990
	18-25 años	CARAVEO,1997.
	21-30 años	CASTELLI, et al. 1998.
<b>Clase social</b>	Sin pauta	KAPLAN,1987
	Desventajas económicas	CARAVEO, 1997
<b>Historia</b>	Antecedentes depresión y	PAYKEL,1998.
<b>Familiar.</b>	alcoholismo.Enf. Crónicas.	CARAVEO,1997.
		SURIS, et al. 1996.
<b>Experiencia</b>	Muerte de padre < 11 años	BERSTEIN et al.,1999
<b>Infantiles</b>	Disarmonía familiar.	KESLER et al.,1993
<b>Estado civil.</b>	Solteros, sin pareja.	KAPLAN, 1987.
		CARAVEO, 1997

**SITUACIÓN EN VENEZUELA.**

En Venezuela existen aproximadamente dos millones de personas con depresión. (Bello, 2000. Citado por Parada, 2001). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio está entre las primeras diez causas de muerte en el mundo, ocurriendo más de un millón de suicidios al año, de los cuales el 30% ocurre en estudiantes universitarios. Se ha calculado que el 15% de la población con depresión se suicidará. (Berenson, 1998. Citado por Parada, 2001). En el Estado Mérida, según datos del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos de la Corporación de Salud, durante el año 1999 se reportaron 122 defunciones por suicidio, con una tasa de 16,7 por cada 100.000 habitantes, afectando principalmente a los grupos etarios de 25 a 44 años y luego, al grupo de 15 a 24 años. (MSDS, 2000. Citado por Parada, 2001).

Es importante resaltar la relación existente entre síntomas depresivos y el uso de drogas. Al respecto, BAPTISTA et al. (1994), evaluaron el uso de drogas entre estudiantes de Medicina y Farmacia de la Universidad de Los Andes, en Mérida (Venezuela). Para ello utilizaron una encuesta anónima autoadministrada derivada del "Diagnostic Interview Schedule (DIS - III - A), adaptada a los criterios diagnósticos del DSM-III, la

cual fue respondida por 1013 estudiantes de Medicina, de un total de 3338 (30%) y por 426 estudiantes de Farmacia de un total de 786. La distribución de acuerdo al sexo fue la siguiente: del subgrupo de estudiantes de Medicina 425 fueron hombres (29,6% del total de sexo masculino) y 576 mujeres (30% del total de sexo femenino). En el subgrupo de Farmacia entregaron la encuesta 76 hombres (37% del total sexo masculino) y 349 mujeres (60% del total de sexo femenino). La edad estuvo en un rango de  $23 \pm 3,7$  años y de  $22,8 \pm 3,5$  años, para los estudiantes de Medicina y de Farmacia, respectivamente. Encontraron que la frecuencia de por vida de uso de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo, drogas) fue significativamente más alto en los estudiantes de Medicina en relación con los estudiantes de Farmacia. Además, fue mayor en solteros de sexo masculino. Excepto para los barbitúricos, se observó mayor frecuencia del uso no patológico de drogas en los estudiantes de Medicina, encontrándose entre los tres primeros lugares tranquilizantes (3,75%), marihuana (2,6%) y cocaína (1,2%). En los estudiantes de Farmacia fue más frecuente el uso de barbitúricos (0,93%). Ahora, las diferencias entre ambas escuelas (Medicina y Farmacia) fue estadísticamente significativa, particularmente para el abuso de alcohol, siendo reportado por 103 estudiantes de Medicina y 26 de Farmacia.

Esta relación es muy importante, pues en un estudio posterior BARRIOS y BAPTISTA (1999), encontraron que los niveles de depresión fueron significativamente elevados en los médicos con dependencia de alcohol. Este estudio se realizó en médicos Internos y Residentes del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) en Mérida, Venezuela. En el mismo, evaluaron la frecuencia de por vida del consumo patológico y recreacional de sustancias psicoactivas y su relación con los niveles de ansiedad y depresión, utilizando como instrumentos de trabajo la encuesta anónima autoadministrada DIS-III-A, el inventario de depresión de Beck y el inventario Ansilet de Ansiedad. Evaluaron a un total de 233 médicos, 99 de sexo masculino (46,5%), 110 de sexo femenino (51,6%) y 4 (1,9%) no señalaron el sexo. La distribución por edad fue de  $32,4$  años  $\pm 0,5$  en sujetos con uso patológico de drogas y  $33 \pm 0,71$  para sujetos con uso recreacional de drogas y  $30,5 \pm 0,23$  para aquellos sin diagnóstico. Cabe resaltar que los sujetos con uso patológico de sustancias no manifestaron niveles mayores de ansiedad ni de depresión en comparación con los sujetos sin diagnóstico. Sin embargo, los diagnosticados con dependencia de alcohol presentaron niveles significativamente más altos de depresión. Además, estos médicos (25%) y sus familiares (87,5%) presentaron una alta frecuencia de haber asistido a consultas psiquiátricas.

En el año 1987, MELENDEZ realizó una evaluación de los expedientes clínicos de los estudiantes de Medicina de la Universidad del Zulia (Venezuela), en su programa de atención y orientación de la Oficina de Atención Médica. Examinó un total de 70 expedientes clínicos, de los cuales el 37,14% (n=26) correspondían al sexo masculino y el 66,85% (n=44) al sexo femenino. Un total de 23 estudiantes (32,2%) presentaron depresión, de los cuales 2 mujeres ameritaron hospitalización y atención psiquiátrica y 3 estudiantes realizaron intentos de suicidio.

En vista de la importancia del tema, se decidió la realización del presente estudio, cuyo objetivo es detectar la presencia de síntomas depresivos a través del uso del Inventario de Depresión de Beck en los estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes y determinar la intensidad de los síntomas. Además, conocer algunos datos personales y características sociales como la edad, el sexo, el ingreso económico familiar, estado civil, condiciones de pareja de los padres y el lugar de procedencia de los estudiantes seleccionados para el trabajo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Fueron seleccionados un total de 240 estudiantes, seleccionados de acuerdo a la facilidad de acceso a las clases de los mismos y a los docentes. Así, los de más fácil acceso fueron los alumnos de primer año de la Escuela de Bioanálisis y de primero y segundo semestre de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Los Andes,

La participación de los estudiantes fue voluntaria pues por las características del estudio no es posible el anonimato, ya que, en caso de existir depresión de intensidad moderada o severa, podrían requerir ayuda especializada. Se utilizó como instrumento de trabajo el **Inventario de Depresión de Beck** el cual consta de un total de 17 grupos de frases que permiten determinar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos. Cada grupo consta de cuatro frases que evalúan síntomas depresivos como la insatisfacción con sus actividades diarias, pensamientos sobre su propia muerte, presencia de llanto fácil, entre otros. El puntaje obtenido permite clasificar como síntomas **leves** a los que obtienen de 10 a 17 puntos en el Inventario de Beck; como **depresión moderada** al puntaje entre 18 y 24 puntos y como **severos** los que obtienen 25 puntos o más. Se eliminaron un total de 17 Inventarios, pues los mismos no estaban completamente contestados, lo cual invalida el puntaje total.

Todas las variables fueron analizadas utilizando Chi cuadrado y calculando los grados de independencia en los casos en los cuales fue necesario.

### RESULTADOS

La población estudiada quedó constituida por 223 estudiantes, de los cuales 149 (66,81%) pertenecen a la Escuela de Bioanálisis y 74 (33,8%) a la Escuela de Farmacia. De este total, el 18,83% correspondió al sexo masculino y el 81,16% al sexo femenino, observándose edades entre 15 y 30 años, con un rango de 15 y una edad promedio de 17 años. La distribución de los grupos de edades es semejante tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino.

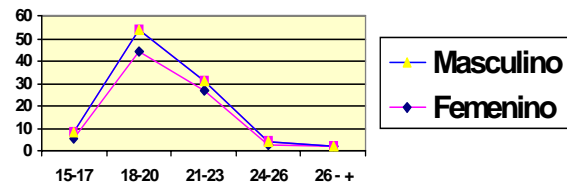


Figura 1. Distribución de frecuencias por edad y sexo. En porcentaje.

### PRESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS.

Del total de estudiantes evaluados, el 23,31% presentaron síntomas depresivos y de éstos, el 82,69% eran casos leves y el 17,30% eran moderados. No hubo casos de síntomas depresivos severos. (Figura 2). En cuanto a la distribución por sexo, los síntomas depresivos se detectaron en 42 mujeres (23,33%) y 10 hombres (20%), aunque aparentemente hay predominio femenino, al evaluar por Chi cuadrado esta variable no tuvo significancia estadística ( $\chi^2 = 119$ , gl= 1, Grado de independencia:  $\chi^2_{C}$  menor que  $\chi^2_{T} = 3,8$ ).

El estado civil predominante fue SOLTERO, con un 82,87% en los estudiantes sin síntomas depresivos y un 94,2% en los estudiantes con depresión. Sin embargo, al analizar la relación entre intensidad de los síntomas y el estado civil por Chi cuadrado no se encontró significancia estadística ( $\chi^2 = 3,75$ , gl=2, Coeficiente de certeza = 95%)

En cuanto al lugar de procedencia se encontró que un 65,02% de los estudiantes sin depresión proceden de la Región Los Andes y un 34,98% de otras áreas del país. Estos porcentajes son semejantes a los encontrados en los estudiantes CON síntomas depresivos, de los cuales el 69,22% proceden de Los Andes y no representó significancia estadística ( $\chi^2 = 2,374$ , gl= 1, Prueba de independencia:  $\chi^2_{c}$  menor que  $\chi^2_{t} (3,8)$ ).

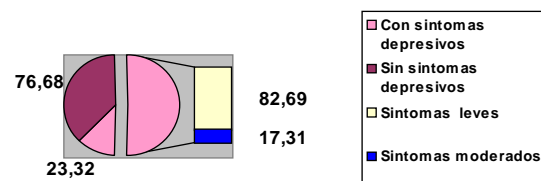


Figura 2. Distribución de los estudiantes sin síntomas depresivos y con síntomas leves o moderados en porcentaje. Facultad de Farmacia Universidad de los andes. 2000.

Al evaluar el sitio de habitación en Mérida, se observó que el 60,78% de los estudiantes sin depresión viven con su familia nuclear o con familiares cercanos, mientras que el **57,69% de los estudiantes CON depresión** viven en esas condiciones. Puede destacarse que un **42,29%** de los estudiantes con depresión **viven en residencias o apartamentos compartidos con otros estudiantes**. Esta variable presentó SIGNIFICANCIA estadística al ser evaluada por Chi cuadrado, lo cual explica los síntomas depresivos por vivir en residencias estudiantiles. ( $X^2 = 27,68$ .  $gl = 3$ . Prueba de independencia:  $X^2c$  mayor que  $X^2t(7,8)$ ).

En lo referente a las características familiares de los estudiantes evaluados tenemos que tanto en los que presentaban depresión como en los que no tenían síntomas depresivos, el 73% refirió que sus padres vivían juntos en familias armónicas. El 20% aproximadamente reportó que sus padres estaban separados o divorciados. En los estudiantes **CON síntomas depresivos**, ocurrió la muerte de alguno de los progenitores en un **7,69%**, mientras que en los estudiantes SIN depresión esto se reportó en un 1,39% de los casos. Esta última variable tiene **significancia estadística** al analizarla por Chi cuadrado, estableciéndose relación entre la depresión y el hecho de haber ocurrido la muerte de alguno de los progenitores ( $X^2 = 6,25$ .  $gl = 1$  Coeficiente de Certeza: 99%).

En lo referente al Inventario de Depresión de Beck de los estudiantes CON depresión, observamos que el sexo femenino señalaron con mayor frecuencia la frase "Me siento culpable" (60%) y "Me siento triste" (38,67%). Los de sexo masculino indicaron la frase "No disfruto las cosas como antes" (50%); "He pensado en matarme" (90%) y "Me mataría si tuviera la ocasión" (10%). (Figura 3).

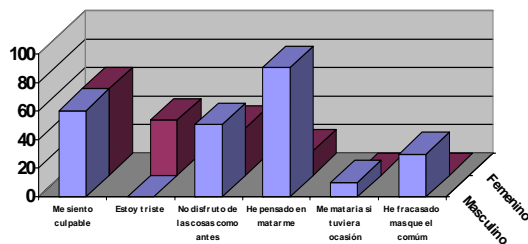


Figura 3. Frases señaladas con mayor frecuencia por los estudiantes con síntomas depresivos en el inventario de depresión de Beck. Facultad de Farmacia. 2000.

## DISCUSIÓN.

Es conocido que la prevalencia de síntomas depresivos obtenida por instrumentos de autoevaluación es significativamente mayor a la obtenida mediante evaluación clínica.

(RICHTER et al., 2002). Sin embargo, estadísticas

según las cuales en Venezuela hay unos dos millones de personas con síntomas depresivos (8%) y que de estos el 15 % (PARADA, 2001), podrían suicidarse, los resultados de este trabajo pueden considerarse **preocupantes**, pues aproximadamente el 24 % de la población estudiada presentó síntomas de intensidad leves o moderados de depresión. Al comparar estos resultados con los obtenidos en otros estudios realizados en Venezuela, son menores a los encontrados por MELÉNDEZ (1987) en la Universidad del Zulia, quien obtuvo 32,25% de estudiantes con depresión.

Sería importante comparar los resultados del nuestro estudio con otros realizados en grupos de población general. Al respecto, BAPTISTA et al. (1999), efectuaron un estudio sobre la prevalencia de algunos trastornos mentales como dependencia de tabaco, abuso o dependencia de alcohol, abuso o dependencia de drogas, depresión mayor, manía y esquizofrenia, en cuatro poblaciones rurales del Estado Trujillo, en Venezuela. Concluyeron que el uso patológico de drogas no fue importante en las comunidades estudiadas. En lo referente al uso patológico de tabaco y alcohol, fue significativamente mayor en hombres que en mujeres. Ahora, en lo que respecta a depresión mayor, la frecuencia fue mayor en hombres que en mujeres, aunque no alcanzó significancia estadística. En los hombres la prevalencia fue de 1,3% y en las mujeres de 0,6%. En los Estados Unidos la prevalencia de depresión mayor en hombres fue de 3,1% y en mujeres de 7,2%. En puerto Rico la prevalencia en hombres fue de 3,5% y de 5,5% en mujeres. Atribuyen la menor prevalencia en su estudio a que la población procede del medio rural, el cual presenta cierto grado de protección contra la depresión severa (GAMINDE et al. 1993. Citado por BAPTISTA et al. 1999). Si comparamos los resultados del presente estudio con los anteriores, encontramos que la frecuencia de depresión en los estudiantes de Farmacia fue de 1,3% en los hombres ( del total de la población de estudiantes en la Facultad de Farmacia) y de 5,6% en las mujeres, lo cual es cercano al estudio de BAPTISTA en el sexo masculino y a los estudios de Puerto Rico en el sexo femenino. Sin embargo, esta comparación, aunque interesante, tal vez carezca de validez pues en los estudiantes de Farmacia no hubo casos de depresión severa y los anteriores estudios solo evaluaron dicha intensidad de depresión.

La mayoría de las investigaciones informan una mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres que en hombres. El presente estudio aunque presentó esa tendencia, no tuvo significancia estadística.

En cuanto a las características sociales evaluadas, se puede señalar que el estado civil, la edad, el lugar de procedencia, la condición marital de los padres y la Escuela a la cual pertenecen los evaluados no permiten

establecer diferencias para determinar las posibles causas de los síntomas depresivos en estos estudiantes.

Sólo dos variables presentaron significancia estadística. **El sitio de habitación en Mérida**, donde se observó que el porcentaje de estudiantes con que el 42,29% de los estudiantes con síntomas depresivos habitan en alguna **residencia estudiantil**, mientras que esto sólo fue referido por el 15% de estudiantes sin síntomas depresivos. Esto podría explicar la presencia de síntomas depresivos por la falta de apoyo afectivo y emocional, inclusive falta de apoyo económico, que tienen en las residencias estudiantiles y lejos de su familia nuclear o familiares cercanos.

La segunda variable con significancia estadística fue **la muerte de alguno de los progenitores**, resultando marcada la relación entre los síntomas depresivos y dicha variable. Así, el 7,69% de los depresivos señalaron la muerte de alguno de los progenitores mientras que los estudiantes sin síntomas depresivos lo refirieron en sólo 1,79% de los casos. Esta variable coincide con estudios anteriores en los cuales la depresión se asocia con muerte de alguno de los progenitores, especialmente si el hecho ocurrió antes de los once años de edad (Ver cuadro N° 1).

El ingreso mensual familiar reportado por los estudiantes nos permite observar que en más del 30% de las encuestas de datos personales faltó este dato, bien por no conocerlo o por negarse a darlo. Este alto porcentaje de negativa a aportar un dato valioso en la investigación se explicaría por temor a que se utilice en contra de beneficios adquiridos como becas estudiantiles, comedor, becas trabajo, entre otros (referido por los mismos estudiantes). Sin embargo, más del 50 % de estudiantes tanto con síntomas depresivos como sin ellos, refirieron este ingreso entre 140 mil y 600 mil bolívares al mes, lo cual puede considerarse insuficiente en los momentos actuales del país. Así, esta variable no nos permite establecer diferencias significativas entre los estudiantes que presentaron síntomas depresivos y los estudiantes que no los presentaron.

En cuanto a las frases más señaladas en el Inventario de Beck, el 90% de los estudiantes de sexo masculino señaló que ha pensado en matarse mientras que en el sexo femenino predominó el sentimiento de culpa (60,22%). Esta diferencia se debe a factores socioculturales. En nuestra sociedad la culpa y la tristeza son señales de debilidad, es algo considerado femenino. En cambio, la agresividad es un valor masculino, representando el deseo de matarse como la mayor muestra de autoagresividad. (GONZÁLEZ et al., 1997).

## CONCLUSIONES.

1. El 23,31 % de los estudiantes evaluados presentaron síntomas depresivos. Estas cifras pueden considerarse de alto riesgo en una población estudiantil.

2. Hubo predominio de síntomas leves (87%), seguido de un 17,3 % de síntomas moderados. No hubo casos de síntomas severos, lo cual disminuye el riesgo de suicidio en la población estudiada.

3. No se observaron diferencias significativas relacionadas con pertenecer a la Escuela de Farmacia o de Bioanálisis.

4. En cuanto al sexo se observó predominio en el sexo femenino, aunque no tuvo significancia estadística. Esto puede deberse al importante predominio de población femenina en las ciencias de la salud en general.

5. Las características sociales como estado civil, edad, lugar de procedencia, condición marital de los padres e ingreso familiar mensual no presentaron diferencias significativas entre los estudiantes con síntomas depresivos y los estudiantes sin síntomas depresivos.

6. De los estudiantes con síntomas depresivos, el 42,29% habitan en alguna residencia estudiantil, variable con significancia estadística. Esta característica debe tomarse en cuenta al establecer programas de prevención, pues los estudiantes que viven en residencias presentan mayor riesgo de depresión.

7. La muerte de alguno de los progenitores se presentó en el 7,9% de los estudiantes con síntomas depresivos, lo cual tuvo significancia estadística. Así, esta variable puede considerarse un factor de riesgo para la presencia de síntomas depresivos en estudiantes universitarios.

8. Aunque la relación entre depresión y uso de drogas y otras sustancias psicoactivas ha sido estudiado en nuestro medio, no fueron tomadas en cuenta en el presente estudio, quedando se evaluación pendiente para futuras investigaciones.

9. Las frases señaladas con mayor frecuencia variaron de acuerdo al sexo. Así, en el sexo masculino predominó la frase *He pensado en matarme* señalada en un 90% de los casos, mientras que en el sexo femenino predominó la frase *Me siento culpable*, en un 60 % de los casos.

10. Los resultados permiten enfatizar la necesidad de crear o aplicar programas de prevención y tratamiento de la depresión en los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMERICAN Psychiatric Association. DSM III - R. Diagnostic and Statistical Manual of Disorders. Third Edition. Publicado por la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría. 1988. Barcelona, España.

BAPTISTA, T., Novoa, D., Hernández, R. 1994. Substance use among Venezuelan medical and pharmacy students. *Drug Alcohol Depend.* 34: 121-127.

BAPTISTA, T., Valero, E., Novoa, D., Torres, R. 1999. Prevalencia de algunos trastornos mentales específicos en cuatro comunidades rurales en Trujillo Venezuela. *Arch. Ven. Psiq. Neurol.* 45(93): 17-27. Julio.

BARRIOS, E., Baptista, T. 1999. Uso patológico de sustancias psicoactivas, y Niveles de ansiedad y depresión en médicos internos y residentes del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (I.A.H.U.L.A.), Mérida. Venezuela. *Neuropsicofarmacología.* Vol.1 (3): 101-106.

BERSTEIN, G. A.; Warren, S. L.; Massie, E. D.; Thuras, P. D. 1999. Family Dimensions in anxious - depressed school refusers. *Jour. Anx. Disord.* Sep.-Oct. 13 (5). 13 - 28.

BLAZERD., G; Kesler R., C.; Mc Gonagle, K., A.; Swarts, M., S. 1994. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample. *The National Comorbidity Survey.* *Am. J. Psychiatry,* 151:979-986.

BOIZART, Jorge; Sánchez, Nereyda; Fernández, Fernando. 1990. Síntomas depresivos en una población de estudiantes de música. *Rev. med. domin.* 51(2): 19-23. Abril-Junio.

CARAVEO, A., Jorge. 1997. Epidemiología de los trastornos depresivos. *Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica Mexicana, AC. Época 2,* vol 13: 2-5.

CASTELLI C., Paola; Serrano G., Carlos. 1998. Caracterización del paciente que acude por intento suicida a un hospital general. *Act. Psiquiat. Psicol.. AM. Lat.* 44(3): 266 - 77. Sept.

GARCÍA S, Sara; Andrade P., Patricia. 1994. El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental. *Salud ment.* 17(1): 32-44, ene-mar.

GONZÁLEZ-FORTEZA, Catalina; Andrade P., Patricia; Jiménez T., Alberto. 1997. Estrés cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Act. Psiquiat. Psicol.. Am. Lat;* 43(4):319-26.

GONZÁLEZ -FORTEZA, Catalina; García, Guadalupe; Medina Mora, María Elena; Sánchez, Miguel Angel. 1998. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud ment.* 21 (3): 1 - 9, may - jun.

GONZÁLEZ-FORTEZA, Catalina; Ruiz, Eva R. 1993. Autoestima y Sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: un estudio correlacional por género. *Rev. ABP-APAL;* 15 (2): 59 - 64, abr - jun.

KAPLAN, Harold; Sadock, B. Compendio de Psiquiatría. 2º edición. Salvat Editores. Barcelona-España. 246.260. 1987.

KAPLAN, Harold; Sadock, B. Tratado de Psiquiatría. 2º edición. Salvat Editores. Barcelona-España. 246.260. 1997.

KESSLER, R. C.; Magee, W. 1993. Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US National Survey. *Psychol. Med.* 23: 679-690.

MELÉNDEZ de Nucete, Lilia. 1985. Evaluación médica psicológica en estudiantes de Medicina. *Arch. Venez. Psiquiat. Neurol.* 31(65): 51-60. Julio-Diciembre.

MENELIC Rocha, Hugo; Ortega Soto, Héctor A. 1995. La depresión en estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Plantel Aragón. *Salud Ment.* 18 (2): 31-34. Jun.

MKISE, L. P.; Nonkelela, N. F.; Mikse, D. L. 1998. Prevalence of depression in a university population. *Curations. (South Africa).* Sept, 21: (3) pag: 32 - 37

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Clasificación Internacional de las enfermedades mentales. (CIE - 9). Publicada por la Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Novena revisión. 1978.

ORLANDI N., Alberto; González B., Ibrahim; Betancourt M., Carmen; Bory, S., Daisy. 1988. Enfermedad situacional. *Rev. Hosp. Psiquiat. La Habana;* 29(3): 413-22. Jul-sept.

PARADA de D., María E. 2001. Suicidios y trastornos mentales y del comportamiento. Estudio Clínico - Epidemiológico retrospectivo. (Caso Control). Mérida. Venezuela. 1995 - 1999. Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes. Pag: 2-5.

PAYKEL E., S. 1998. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol. Med.* 8: 245-253.

SURIS, J. C.; Parera, N.; Puig, C. 1996. Chronic illness and emotional distress in adolescence. *J. Adolesc. Health.* Aug, 19 (2). 153 - 6.

[www.neurolinguistic.com/proxima/articoli/art-19.htm](http://www.neurolinguistic.com/proxima/articoli/art-19.htm). Inventario de Depresión de Beck. (IDB). 2002.