

**Factores Socio Demográficos y presencia de Depresión en Estudiantes  
Universitarios de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud,  
de una Universidad Pública del Magdalena, Colombia.**

Se trata de una investigación realizada con una muestra de 190 estudiantes de los diferentes Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública del Departamento del Magdalena, con el objetivo de identificar los niveles de depresión presentes en esa población y relacionarlos con algunas variables sociodemográficas como edad, sexo, estrato social, Programa Académico y Semestre cursado. Se utilizó un tipo de investigación descriptivo y un diseño transversal, con un tipo de muestreo aleatorio estratificado. A los participantes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), con datos sociodemográficos adicionales. Se halló que el 53% de la población universitaria estudiada sufren de algún grado de depresión, de los cuales el 8% presenta síntomas de depresión grave, así como una alta tendencia a desarrollar esta alteración puesto que el 19% de ellos presenta depresión moderada y el 25% depresión leve. En cuanto a los factores sociodemográficos asociados se encontró que presenta mayor porcentaje de depresión Medicina, seguido de Odontología, Enfermería y finalmente Psicología, presentando éste último muy baja presencia de la enfermedad. Hay una mayor presencia de la enfermedad en mujeres que en hombres, sin embargo, son los hombres los que presentan mayor presencia de depresión grave en una proporción superior a casi la tercera parte. También se encontró que los niveles de depresión grave se concentran más en los estratos 1 y 2, y que la depresión ataca más a los jóvenes de 18 a 24 años más que a los que tienen mayor edad. Los investigadores recomiendan el diseño y la implementación de programas de prevención y mayores estudios.

**Palabras clave:** Depresión, Edad, Sexo, Estrato Socioeconómico, Programas Académicos, Síntomas Depresivos, Inventario de Depresión de Beck.

**Factores Socio Demográficos y presencia de Depresión en Estudiantes  
Universitarios de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud,  
de una Universidad Pública del Magdalena, Colombia.**

**Celis Barros, A; Pallares Caro, J; & Hernández Cantero, O.**

**Ps. F. Robert Ferrel Ortega, M.A.**

**Director de Proyecto de Investigación**

**Universidad del Magdalena**

**Facultad Ciencias de la Salud**

**Programa de Psicología**

**Santa Marta, D.T.C.H**

**2009**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

Firma Director de la Investigación

---

Firma del Jurado de la Investigación

---

Firma del Jurado de la Investigación

**Santa Marta, Marzo de 2009.**

## *AGRADECIMIENTOS*

Esta Tesis de Grado, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de las autoras y su Director de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación se mencionarán, muchas de las cuales han sido un soporte para la realización de este gran sueño y meta.

- Dr. F. Robert Ferrel Ortega, Psicólogo, Magíster en Psicología Clínica, Docente de Tiempo Completo de la Universidad del Magdalena, por dirigir nuestro proyecto de grado, por su dedicación y total apoyo, por su confianza y voz de aliento a lo largo de este pasaje.
- Dra. Carmelina Paba Barbosa, Psicóloga, Magíster en Orientación y Consejería Escolar, Docente de Tiempo Completo de la Universidad del Magdalena, por sus permanentes orientaciones y asesoría.
- Dr. Enrique Tapia Pérez, Psicólogo, Magíster en Psicología Educativa, Director del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, por brindarnos las pautas a seguir para que este sueño se hiciera realidad.
- Dr. Guillermo Augusto Ceballos Ospino, Psicólogo, Especialista en Gerencia en Salud, Docente e investigador del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, Jurado, por sus asesorías y correcciones. Gracias a estas se logro entregar un gran aporte de conocimiento a la Universidad.
- Dr. Manuel Consuegra, Psicólogo, Especialista en Psicología Clínica, Docente del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, Jurado, por sus valiosas observaciones que sirvieron para fortalecer la calidad de nuestra investigación.

- Al Dr. Guillermo Trout, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena, por brindarnos el soporte institucional y la información requerida para la realización de este trabajo.
- A cada uno de los maestros del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, que participaron en nuestro desarrollo profesional durante la Carrera, su ayuda y conocimientos fueron un aliciente para llegar a cumplir esta meta.

También expresamos nuestra especial gratitud a Dios, a todas nuestras familias, compañeros y amigos, quienes siempre estuvieron presentes en los momentos buenos y difíciles, y siempre demostraron creer y confiar en nosotras.

***Muchas Gracias.***

*A Jehová Dios, nuestro creador por ser fuente de sabiduría, enseñanza fortaleza, refugio y luz para los senderos de mi vida. (Salmo 119: 105. Isaías 48:17). A la Congregación las “Acacias” y la congregación “Galeras” por ayudarme a fortalecer cada día mi fe.*

*Especialmente la Dedico con todo mi Amor Cariño a mis Padres y Hermano y demás Familiares. A Armando Hernández Hernández y Carmen Cantero Jiménez por su gran Amor, paciencia, confianza y apoyo incondicional. A pesar de la distancia me han motivado a derrumbar los obstáculos y seguir adelante. A Pedro Samir Hernández Cantero con tú amor a la ciencia me has contagiado para seguir investigando.*

*A las Familias: Almendrales Tejeda, De león Tejeda, Diazgranados Uscategui, Gómez Kammerer, Morales Castiblanco y Salas Salcedo.*

*Gracias por haber llegado a mi vida y compartir momentos agradables y momentos tristes, esos que nos hacen crecer y valorar las personas que nos rodean. Los quiero mucho. Nunca los olvidare.*

*A Jorge Luis por llegar a mi vida, escucharme y comprenderme. Eres mi ilusión.*

*A mis compañeros de clases con cariño Alex León, Claudia Rodríguez, Leonardo Lemus, Lennis Lora, Johanis de la Hoz y Jorge Sánchez, por compartir buenos momentos.*

*Con Aprecio para Adela Celis, con su carisma y espontaneidad y Jahel Pallares, con su gran paciencia y tolerancia, sin ustedes no hubiese sido posible que este sueño se hiciera realidad.*

***Olga Hernández Cantero.***

*Hoy dedico este logro primeramente a Dios, señor, gracias por ser mi guía y por darme  
fortaleza en este arduo camino.*

*A mi padre, Justiniano Pallares Rodríguez, por su lucha día a día en su volqueta,  
herramienta para mi sustento a pesar de su sudor y cansancio. Gracias, padre por tu  
apoyo y gran esfuerzo, el cual siempre valoraré, nunca tendré como pagar tu dedicación.*

*Te amo padre.*

*A mi madre, Dennis Sennit Caro Mier, por su esmero, sacrificio y dedicación constante  
en su labor como modista para contribuir en mi formación personal y profesional .*

*Gracias por tu incesante apoyo a pesar de la distancia.*

*Te amo mucho mami.*

*A mi hermano, Carlos Andrés Pallares Caro, gracias por estar siempre conmigo  
apoyándome y regalándome tu sonrisa a pesar de la distancia, estoy muy orgullosa de ti.*

*Mi manito. Te Adoro.*

*A mí novio, Jean Carlos Angulo, gracias por todos esos momentos que compartimos juntos,  
por las arduas noches de orientación, por los regaños que a la vez se convertían en un  
estimulo valioso, siempre fuiste ejemplo de admiración en cada segundo de mi vida, porque  
cada cosa que realizabas le ponías empeño y dedicación, pero sobre todo gracias por tu  
apoyo, comprensión y amor.*

*A mi Noé que ha sido como la hermana que nunca tuve y doy gracias a Dios por haberla  
conocido en una de las tantas pensiones donde viví, a ella le doy gracias por su cariño, y  
compañía, además por tolerarme y soportarme tanto, te quiero mucho mi gran amiga.*

*A mi Papi Rica, gracias por su respaldo y apoyo en muchas de las decisiones tomadas en el  
transcurrir de este camino, eres un ejemplo a seguir.*

*A mis compañeras de tesis, Adela Celis y Olga Hernández,*

*Adela, A pesar de tu carácter y de tu genio eres una gran persona y amiga, gracias por  
permitirme compartir a tu lado alegrías y tristezas que enriquecieron mi vida, y sobre todo  
gracias por tu compartir conmigo esta alegría.*

*Y a ti Olguita, gracias por decidir emprender este sueño conmigo, y además hoy  
aprovecho para decirte cuanto de quiero y aprecio eres una gran amiga, de esas que rara  
vez se encuentran en la vida.*

**Jahel Tatiana Pallares Caro**

*Este primer triunfo de mi vida profesional se lo dedico a Nuestro Señor que me ha dado la fortaleza para perseverar y terminar mis estudios.*

*A mis padres Javier Celis y Adela Barros que han sido mi motor y mi guía en los momentos en que me he sentido desfallecer. A mi hermana Vanesa que me ha servido de ejemplo para salir adelante y a mi hermano Javier.*

*A mi novio Frank, por recordarme a cada momento que la superación con sacrificio hace mas valiosa a las personas.*

*Y, a mis amigas Jahel, por enseñarme a ser tolerante; y, Olga, por ayudarme a fortalecer mi Fe Espiritual.*

***Adela Celis Barros***

## CONTENIDO

RESUMEN 9

INTRODUCCIÓN 11

MARCO TEÓRICO 17

OBJETIVOS 25

*Objetivo General* 25

*Objetivo Específicos* 25

METODOLOGÍA 26

*Tipo de Investigación* 26

*Población* 26

*Muestra* 27

*Variables* 28

*Instrumento* 29

ASPECTOS ETICOS 31

RESULTADOS 31

DISCUSIÓN 47

REFERENCIAS 50

ANEXOS 60

## RESUMEN

Se trata de una investigación realizada con una muestra de 190 estudiantes de los diferentes Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública del Departamento del Magdalena, con el objetivo de identificar los niveles de depresión presentes en esa población y relacionarlos con algunas variables sociodemográficas como edad, sexo, estrato social, Programa Académico y Semestre cursado. Se utilizó un tipo de investigación descriptivo y un diseño transversal, con un tipo de muestreo aleatorio estratificado. A los participantes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), con datos sociodemográficos adicionales. Se halló que el 53% de la población universitaria estudiada sufren de algún grado de depresión, de los cuales el 8% presenta síntomas de depresión grave, así como una alta tendencia a desarrollar esta alteración puesto que el 19% de ellos presenta depresión moderada y el 25% depresión leve. En cuanto a los factores sociodemográficos asociados se encontró que presenta mayor porcentaje de depresión Medicina, seguido de Odontología, Enfermería y finalmente Psicología, presentando éste último muy baja presencia de la enfermedad. Hay una mayor presencia de la enfermedad en mujeres que en hombres, sin embargo, son los hombres los que presentan mayor presencia de depresión grave en una proporción superior a casi la tercera parte. También se encontró que los niveles de depresión grave se concentran más en los estratos 1 y 2, y que la depresión ataca más a los jóvenes de 18 a 24 años más que a los que tienen mayor edad. Los investigadores recomiendan el diseño y la implementación de programas de prevención y mayores estudios.

**Palabras clave:** Depresión, Edad, Sexo, Estrato Socioeconómico, Programas Académicos, Síntomas Depresivos, Inventario de Depresión de Beck.

## ABSTRACT

This is an investigation conducted with a sample of 190 students from the various Academic Programs, School of Health Sciences in a University Department of Magdalena, in order to identify levels of depression in this population and to relate them to some sociodemographic variables such as age, sex, social class, academic programs and semester courses. We used a descriptive type of research and a cross with a type of stratified random sampling. The participants were interviewed with the Beck Depression Inventory (BDI), with additional socio-demographic data. We found that 53% of the university population studied suffered from some degree of depression, of whom 8% had symptoms of severe depression and a tendency to develop this change because 19% of them presented moderate depression and 25% mild depression. In terms of associated sociodemographic factors found that a greater percentage of depression medicine, followed Dentistry, Nursing and Psychology finally, the latter showing very low presence of the disease. There is an increased presence of the disease in women than in men, however, are the men who show a greater presence of major depression in a proportion greater than about one third. We also found that levels of severe depression are more concentrated in strata 1 and 2, and that depression strikes more young people 18 to 24 years than those older. The researchers recommend the design and implementation of prevention programs and higher education.

Keywords: Depression, Age, Sex, socioeconomic status, academic programs, depressive symptoms, Beck Depression Inventory.

## 1. INTRODUCCION

La depresión es uno de los principales problemas de salud pública actual y se considera como un trastorno propio de nuestra época moderna, pero de fatales consecuencias por sus efectos en el comportamiento y por la presencia de ideas de suicidio entre quienes la sufren; y, cualquier persona está expuesta a sufrirla (Beck, 1976).

En el ámbito universitario, por sus características complejas que exigen nuevas formas de comportamiento para enfrentar situaciones nuevas, existen una serie de factores estresantes que pueden generar depresión (Amézquita, y González, 2003). La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, sexo, estado socio económico y programa académico cursado y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambia la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo (Goldman, 2001).

No cabe duda que estudiar los factores sociodemográficos de edad, género, estrato socioeconómico y programa académico en estudiantes universitarios resulta relevante debido a la relación que puede existir entre estos y la manifestación de la depresión. Es por esto, que a nivel mundial encontramos una serie de estudios que reportan altos índices de presencia de la depresión en esta población, pero nos centraremos en los datos nacionales.

En Colombia Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003), realizaron una investigación titulada Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios, en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, con 218 jóvenes estudiantes, con un rango de edad de 16 a 35 años, dentro del cual el 49,1% se ubicó entre los 16 a 20 años. Los hallazgos encontrados confirmaron la presencia de depresión en los jóvenes estudiantes.

Hernández (1996), encontró, en un estudio sobre depresión, ansiedad y suicidio en estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, donde la prevalencia global de depresión fue del 21,6%. La distribución por sexo fue: mujeres 25% y hombres 15%.

Jalil (1990) encontró en el CES de Medellín una prevalencia para depresión del 35,4%. González (1992). encontró en la Universidad de Antioquia una prevalencia para depresión en estudiantes de Medicina del 27,8%.

Miranda (1998) halló una prevalencia del 36,4% para depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle, en el área de Ciencias Básicas, durante el primer semestre de 1998.

A nivel regional, se encuentran estudios como el realizado por Lamber (2006) en jóvenes universitarios de una Universidad Privada de la ciudad de Barranquilla, el cual encontró que la depresión es un trastorno afectivo considerado como la enfermedad del siglo XXI.

Referente al nivel local, no se encuentran registros acerca de investigaciones realizadas sobre este tema, por lo que se plantea esta investigación que se inscribe en el área de la psicología de la salud contemporánea y busca describir la relación existente entre los factores socio demográficos de edad, género, estrato socioeconómico y programa académico, y las posibles manifestaciones depresivas presentes en estudiantes universitarios, de cuarto y quinto semestre, de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Magdalena, del Distrito de Santa Marta.

La presente investigación se inscriben dentro de la línea de investigación de comportamiento, hábitos y estilos de vida del programa de Psicología de la Universidad del

Magdalena y su elaboración sigue las pautas de la Resolución N° 001 de 2007 sobre los Trabajos de Grado del Programa de Psicología y las normas APA vigentes.

### **Planteamiento del Problema**

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, al grado de que se le suele denominar “el resfriado” entre los problemas de salud mental (Areal, Perri, Nezu, Schein, Christopher & Joshep, 1993), es un estado, que aunque en ocasiones no es muy notorio, generalmente ocurre en los individuos provocando alteraciones en las funciones cotidianas debido a las manifestaciones que esta trae consigo de desánimo, desinterés, aislamiento social, entre otras (Antonini, n.d.).

Según Álvarez y García (2001), el término «depresión» tiene un uso tanto mundano-popular, como técnico-clínico. En ambos contextos, apunta a una cierta experiencia de la vida que se podría definir como tristeza y desánimo, pero, en todo caso, tiene un uso demasiado elástico como para avenirse a una definición escueta. Según estos datos, popularmente la depresión define un estado personal, de distinta experiencia subjetiva según sea la «metáfora vivida» con la que se reconoce tal experiencia. Otras veces la depresión define, más que un estado personal, una reacción ante cierto evento, del que uno quiere protegerse o señalar su impacto. La depresión se utiliza también para definir situaciones, entornos o ambientes (sin excluir personas) y, de paso, el estado de ánimo que suscitan. Por otra parte, según estos mismos la conceptualización clínica de esta y que es aceptada por la mayoría de los profesionales de la salud se encuentra direccionada por unos patrones definitorios (sintomatología, establecida en cuatro tipo de síntomas: afectivos, cognitivos, conductuales y físicos) y la clasificación de tipos (DSM-IV y CIE-10, establecida dentro de los trastornos del estado de animo) (Alberdi, Tabeada, Castro y Vázquez 2006). Más sin embargo, El término depresión se introduce tardíamente en el

campo de los estados de aflicción y tristeza. Derivado en su origen del latín de y premere; “DE” es una preposición de ablación que denota relación de lugar-tiempo-procedencia u origen y significa “de arriba abajo”, “desde” y “de”. “premere”, es transitivo y significa afectar-estrechar-oprimir. Es solo a lo largo del siglo XIX cuando comenzó a utilizarse cada vez con mayor frecuencia en los contextos médico en general dentro de relatos descriptivos de desórdenes melancólicos para denotar afecto o humor aunque este término aun no había adquirido su status como categoría diagnóstica. A partir de este momento, como la depresión tuvo que recorrer un largo, pero interesante camino, antes de llegar ha ser el trastorno psicológico que es, el cual esta claramente definido tanto en su conceptualización como en sus momentos y niveles de intervención.

El trastorno depresivo es una de las entidades clínicas mas investigadas por la población psicológica, debido a la gran influencia que puede tener como consecuencia en las actividades diarias a las que están expuesto la mayoría de los jóvenes junto a otros factores que influyen en su vida como el socio-económico (el estrato), el género y la edad, los cuales son elementos que predisponen al desarrollo de la depresión Guavita, P. Sanabria, P (2006). La depresión es según Lamber (2006) la enfermedad que más afecta a los jóvenes universitarios, ya que con frecuencia aparece enmascarada en el motivo de consulta y en algunos casos asociada al bajo rendimiento académico.

En estudios especializados sobre el tema muestran que aproximadamente el 38 % de más de 1.000 estudiantes que consultaron en el Programa de Salud Mental del Departamento de Bienestar Universitario (México), sufrían algún grado de depresión (De la Fuente, 1994)

En la investigación realizada por Arrivillaga (2003) con estudiantes universitarios, fue evidente que los estresores psicosociales juegan el papel más importante en la aparición

del trastorno, exponiendo al sujeto a un riesgo aumentado de padecer otros episodios depresivos, probablemente por desencadenar cambios biológicos persistentes. En las variables de las dificultades académicas de la investigación, se encontraron de manera significativa niveles de depresión moderada. Esto se puede relacionar por un lado con eventos estresores o amenazantes siendo posibles desencadenantes de episodios depresivos. Por otro lado, podría estar conectada con una consecuencia, como la pérdida del interés y/o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico.

Actualmente, en el Departamento del Magdalena no existe una investigación que arroje indicios sobre la presencia o ausencia de la depresión y los factores sociodemográficos que se asocian a esta, según anteriores investigaciones. Más aún, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena no se encuentran investigaciones al respecto, siendo una de las más interesadas en conocer la magnitud y prevalencia de este problema. Es por esto que después de exponer argumentos básicos que nos indican la importancia de estudiar los factores sociodemográficos y la presencia de depresión en estudiantes universitarios, surge la siguiente pregunta que deberá ser respondida y analizada en el transcurso de la investigación ¿Existirán altos niveles de depresión entre los estudiantes de cuarto y quinto semestre de los Programas Académicos de Medicina, Odontología, Enfermería y Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena? ¿Cuál será su relación con los factores socio demográficos de edad, género, estrato socioeconómico y programa académico que presenta esta población?.

### **Justificación.**

Hoy día una de las problemáticas de mas relevancia en el campo de la psicología clínica y en específico de la salud mental, es la tan mencionada y conocida por todos, desde importantes profesionales de la salud hasta el gentilicio común del pueblo, depresión. Diversos estudios e investigaciones realizadas sobre ella han mostrado su prevalencia en la población general, específicamente Álvarez y García (2001). La APA (citado por Figueras, 2006), especifican que esta tiene una prevalencia que puede estimarse entre el 9 y el 20% , que la proporción de mujeres que padecen depresión es, como poco, el doble de los hombres (excepto en la depresión bipolar en la que los sexos están equilibrados), y que la edad de comienzo es cada vez más temprana, empezando a darse la mayor incidencia entre los 15 y 19 años, la cual se mantiene igualmente elevada, hasta los 40 años en los hombres y los 50 en las mujeres (dentro de su proporción), datos que han quedados confirmados a nivel nacional en Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, realizado en el año 2003 por el Ministerio de la Protección, con el cual se logró determinar que el 11.7% de los hombres y el 17.5% de las mujeres han padecido algún trastorno afectivo alguna vez en su vida, teniendo mayor incidencia dentro de estos el Episodio Depresivo Mayor con un 8.6% en hombres y un 14.9% en mujeres. Según este mismo estudio específicamente en la Costa Atlántica los trastornos del estado de ánimo tienen una prevalencia de 13, 4% alguna vez en su vida, según el cual las edades en las cuales se encuentra mayor la tasa de prevalencia fluctúan entre los 24 años, demostrando consecuentemente que la depresión es el mayor trastorno psicológico que mayor afecta la vida de las personas.

La importancia del estudio de los factores sociodemográficos y la depresión, se ha extendido hasta tal punto que autores como Guavita (2006) investigó sobre, la Prevalencia

de sintomatología depresiva; Bernal y Escobar (2000) realizaron un estudio titulado, Prevalencia de depresión en estudiantes y Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka (2003) afirmaron que los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes.

Las anteriores investigaciones apuntan hacia un mismo objetivo que se ubica en la identificación de la presencia de depresión y los factores asociados a desarrollar dicho trastorno, utilizando un mismo tipo de población (los estudiantes universitarios).

Por tal razón es factible afirmar, que la investigación titulada factores sociodemográficos y presencia de depresión en estudiantes universitarios, resulta relevante para la comunidad Samaria, ya que los resultados pueden apuntar a un mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes; además no existen hasta el momento registros locales sobre un conocimiento del nivel de los estados depresivos en los estudiantes universitarios.

## **2. MARCO TEÓRICO**

La depresión no sólo existe, sino que es un trastorno psicológico cuyas tasas han ido en aumento en los últimos tiempos (Klerman & Weissman 1989; citados en: Pérez y García 2001), al punto de que estos autores hablan de la época de la depresión (como antes lo fuera la época de la ansiedad y en tiempos de Freud la de la histeria). Según estos mismos autores, la prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico (Bernardo, 2000). Cabe destacar que, tal como los revelan varios estudios, la proporción de mujeres que padecen depresión es, como poco, el doble de los hombres (excepto en la depresión bipolar en la que los sexos están

equilibrados); y, la edad de comienzo es cada vez más temprana, empezando a darse la mayor incidencia entre los 15 y 19 años, la cual se mantiene igualmente elevada, hasta los 40 años en los hombres y los 50 en las mujeres (dentro de su proporción), si bien se ha observado un despunte para la mujer en edades posteriores (Wu & Anthony, 2000).

En los últimos 20 años se ha producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión (véase Sanz y Vázquez, 1995). Gran parte del aval empírico que apoya los actuales modelos psicológicos de la depresión proviene de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimidos –sujetos con un estado anímico depresivo intenso pero no hospitalizados– que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión (Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vredenburg, Flett y Krames, 1993). Esta estrategia metodológica supone la asunción implícita de la llamada *hipótesis de la continuidad* de la depresión. Esta hipótesis plantea que la depresión es un continuo y, por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo (Beck, 1976).

La depresión es un estado anímico que manifiesta como síntoma principal el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí mismo, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, a lo que especialistas como Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) denominan como, “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”.

Es así que, a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, surgió el modelo cognitivo de la depresión. Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental facilitó el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva. (Beck, Rush y Cols, 2005).

Desde este enfoque, existen importantes cuestiones de la primacía de los factores cognitivos del síndrome depresivo, de las cuales se afirma que las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntomas de la depresión (citado en Beck y colaboradores, 2005; Scheriber 1978).

Según, Riveros, Hernández y Rivera (2007), existe la siguiente la clasificación de signos y síntomas de la Depresión, que son:

- **Estado de ánimo bajo:** El sujeto se observa, más callada, distante, seria, aislada e irritable. Estar poco tolerante y sentir que solo a él/ella le ocurren todas las cosas malas o es quien las provoca.
- **Pérdida del interés:** Considerable por las situaciones o actividades que antes le producían placer. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo.
- **Ideaciones suicidas:** Por lo cual, personas con depresión se suicidan con una alta frecuencia.
- **Trastornos del sueño:** Como una acción de sueño insuficiente o poco reparador; algunos sujetos con depresión pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado) o insomnio terminal (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin tener la necesidad de ir al baño).
- **Disminución de energía:** El sujeto refiere que tiene gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo.

- **Malestares físicos:** Es común que el sujeto con depresión presente una serie de malestares poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc.
- **Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso:** Es frecuente que los sujetos con depresión presenten bajo apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo, si la paciente es mujer (Anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado, algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso.
- **Disminución del deseo sexual:** Se ha notado una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Según la clasificación diagnóstica del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-IV-TR, los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. (American Psychiatric Association, 2000).

Según Méndez, Olivares y Ros (2001), en los adolescentes, los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria. La prevalencia de la depresión aumenta durante esta etapa y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana.

Mkize y cols., de la Universidad de Tanskei, reportaron a su vez una prevalencia para depresión del 53% en estudiantes universitarios. El 14% de todos los estudiantes con depresión moderada y grave presentaron quejas somáticas como cefalea y dolor de estómago.

Alto-Setala, Marttunen, Depre – Henrikson, Poikolainen & Lonnqvist (2002), identificaron que los casos en que no se diagnostican ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tienen una mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso, y abuso de sustancias.

De igual manera, las personas que sufren depresiones durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios. En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal. En el caso contrario, se ha reportado que la presencia de un trastorno mental no afectivo en la adolescencia no predice la presencia de un trastorno afectivo en la adultez temprana (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000).

Adicionalmente, eventos estresantes de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, entre otras (Bernal y Escobar, 2000; Gómez y Rodríguez, 1997).

Por otra parte, los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes (Gilman, 2003). El estrato socioeconómico aparece como un factor fundamental desencadenante de dicha enfermedad, ya que a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de depresión aparecerá. Otro hallazgo significativo es la mayor presencia de depresión en las mujeres, lo que se ajusta a los diferentes estudios a nivel de la epidemiología de la depresión, que demuestran que es más frecuente en el sexo femenino (Arrivillaga, 2003).

Un estudio realizado por Vázquez (2005), en la Universidad de Santiago de Compostela, muestra a los universitarios como un colectivo en alza ante la depresión. La proporción de mujeres dobla la de los hombres; lo cual se reafirma en lo reportado en Estados Unidos donde la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida correspondió al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz 1994; Cassano & Fava, 2002).

No hay que desconocer que, según Téllez (2000), algunas formas de depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Sin embargo, también puede presentarse en personas que no tienen antecedentes familiares de depresión. Se puede decir entonces que esta variable no es un factor determinante en la aparición de la misma, ya que se encontraron casos en los que no existía reporte de antecedentes familiares de algún episodio depresivo, pensando así, que pueden encontrarse otros factores biopsicosociales relacionados que actúen como factores desencadenantes o de mantenimiento de la depresión.

Por otro lado, la configuración psicológica también juega un papel importante en la vulnerabilidad que puede tener una persona para caer en la depresión. Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que constantemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones, están propensas a la depresión. (Sue, 1997). Lo anterior, se evidenció en esta investigación por las características cognitivas y afectivas de los sujetos. Según Paykel (1992) y Arrivillaga (2003), se ha demostrado la importancia que tienen los acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte en la aparición de una depresión.

Esto se puede evidenciar en un estudio realizado en México, donde se encontró que aproximadamente el 38 % de más de 1.000 estudiantes universitarios que consultaron en el Programa de Salud Mental del Departamento Universitario (México), sufren algún grado de depresión (De la Fuente, 1994).

Igualmente, en el estudio denominado “Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (UNMSM)”, realizado en el año 2007, a través de la escala CES-D, se encontró que de una muestra 382 alumnos el 40% está propenso a desarrollar un cuadro depresivo, de los cuales 37 casos obtuvieron puntajes elevados de depresión y 118 casos con puntajes intermedios o propensos a desarrollar cuadros depresivos (Riveros, 2007).

En Colombia, en una investigación realizada por Miranda y Gutiérrez (1998), con los estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle, en los que de 170 estudiantes encuestados, 56% fueron hombres y 44% mujeres; en cuanto a Estrato social, el mayor porcentaje se encontró en el Estrato 5, seguido del Estrato 3, luego el Estrato 4, el Estrato 6 y por último el Estrato 2. La relación entre edad y trastorno depresivo arrojó los siguientes resultados: edad con mayor tasa de depresión: 19 años, con mayor tasa de depresión moderada: 23 años y con mayor tasa de depresión severa: 20 años.

Fernández y Giraldo (2001), por su parte, encontraron en 604 estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, en el año 2000, una prevalencia de depresión del 24,6%, correspondiente al 51,3% del sexo masculino. La edad con mayor prevalencia fue la de 20-29 años (70,4%), y respecto al nivel académico fueron VI semestre, con 33,3%, seguido, de IV semestre con 32,8%.

A pesar de los importantes datos reportados en los estudios anteriores, algunos investigadores son cautelosos a la hora de generalizar los datos arrojados en estudiantes

universitarios, pues el tipo de experiencias depresivas de los estudiantes universitarios, su educación, su nivel intelectual, o su clase social, pudieran comprometer la generalización de resultados (Depue y Monroe, 1978; Coyne y Gotlib, 1983; Gotlib, 1984. Citados en: Pérez y García 2001). Señalan que a pesar de que el uso de estudiantes universitarios como sujetos en los estudios sobre depresión es una práctica habitual en estudios experimentales sobre la depresión, no es una práctica exclusiva de esta área de estudio ni de la investigación clínica en general. Prácticamente un 80% de la investigación publicada en los campos de la psicología social o de la personalidad se efectúa con estudiantes universitarios (; Endler y Parker, 1991; Sears, 1986).

Esta situación es de gran importancia, pues diversos meta-análisis han demostrado que en el patrón de resultados sobre la relación entre depresión y variables como las atribuciones causales (Sweeney, Anderson y Bailey, 1986), el locus de control (Benassi, Sweeney y Dufour, 1988) o el recuerdo de elementos negativos o positivos (Matt, Vázquez y Campbell, 1992), no se observan diferencias apreciables en el patrón de resultados –y en muchos casos, ni siquiera en la magnitud de los mismos– entre estudiantes deprimidos y pacientes psiquiátricos deprimidos. De acuerdo con ello, según los datos existentes, no se puede concluir que los estudiantes deprimidos (casi siempre clasificados así por sus puntuaciones en una escala o inventario de depresión) tengan una depresión cualitativamente *diferente* a la de los pacientes deprimidos, especialmente el subgrupo de estudiantes con niveles más elevados de depresión. Cabe resaltar que, los estudios epidemiológicos de población general confirman que la identificación adecuada de «casos » y su posterior tratamiento dependen más de variables extraclínicas (como la pericia

diagnóstica del entrevistador, p.e.), que de la naturaleza o gravedad de los síntomas presentes (Goldberg y Huxley, 1992).

De acuerdo con todo lo anterior, las autoras consideran que es importante continuar realizando estudios sobre la depresión en estudiantes universitarios con el fin de determinar su prevalencia y diseñar acciones preventivas para impedir su amplia proliferación, de manera que no afecte tempranamente a esta población y se constituya en un problema de salud pública de urgente intervención para las autoridades locales.

### 3. OBJETIVOS

#### *Objetivo General*

Describir la relación existente entre los factores sociodemográficos de edad, género, estrato socioeconómico y programa académico, y las posibles manifestaciones depresivas presentes en estudiantes universitarios, de cuarto y quinto semestre, de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Magdalena, del Distrito de Santa Marta.

#### *Objetivos Específicos*

- Identificar los factores socio demográfico de edad, género, estrato socio económico y programa académico que presentan los estudiantes universitarios de cuarto y quinto semestre, de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Magdalena, del Distrito de Santa Marta.
- Determinar el nivel de depresión que presentan los estudiantes universitarios de cuarto y quinto semestre, de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Magdalena, del Distrito de Santa Marta.
- Caracterizar la relación existente entre los factores socio demográfico de edad, género, estrato socio económico y programa académico y los niveles de depresión presentes en los estudiantes universitarios de cuarto y quinto semestre, de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Magdalena, del Distrito de Santa Marta.

## 4. METODOLOGÍA

### *Tipo de Investigación.*

La presente investigación es de tipo descriptiva con un enfoque empírico analítico. Los estudios descriptivos miden de manera independiente los conceptos o variables a los que se refieren, aunque pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés, por lo que su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas, sino simplemente describirlas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2000). Desde este punto de vista, los estudios descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible la o las variables de estudio, para lo cual los investigadores deben ser capaces de definir qué se va a medir y cómo lograr la precisión en esa medición. De acuerdo con esto, los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean rudimentarias.

En el presente estudio se utilizó este tipo de investigación para medir y describir los distintos grados de depresión que presenta la población de estudio, así como la comparación con las cuatro características sociodemográficas: edad, género, estrato socioeconómico y Programa Académico al que pertenece, con el fin de cumplir con los objetivos de la investigación.

### *Población.*

La población con la que se llevó a cabo esta investigación estuvo constituida por 398 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud (Programas Académicos de Odontología, Medicina, Psicología y Enfermería), de los Semestres cuarto y quinto, del período académico 2008-II, de la Universidad del Magdalena, N= 398.

***Muestra.***

La muestra se obtuvo de la población mediante el procedimiento aleatorio estratificado, el cual consistió en realizar una partición de la población en subpoblaciones o estratos, en este caso, cada subpoblación pertenece a un Programa Académico adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, para posteriormente aplicar la fórmula de muestreo correspondiente para calcularla, la cual es:  $n = \frac{Zc^2 * N * PxQ}{(e^2 * (N-1) + Zc^2 * PxQ)}$ , con la cual se obtuvo una muestra definitiva de 196 estudiantes, pertenecientes a la población participante, de donde se eligieron en forma aleatoria los participantes, teniendo todos los estudiantes la misma oportunidad de ser elegidos para esta investigación. Para ello se obtuvieron las listas por cursos, de donde se tomaron al azar los estudiantes que participaron (ver Tabla 1 y 2).  $n = 196$

Tabla 1. Tamaño de la Muestra

			POBLACIÓN		MUESTRA	IV
	IV	V	TOTAL	% PERM		
PSICOLOGIA	50	50	<b>100</b>	25,13%	49	50%
ENFERMERIA	48	25	<b>73</b>	18,34%	36	66%
MEDICINA	70	60	<b>130</b>	32,66%	64	54%
ODONTOLOGIA	45	50	<b>95</b>	23,87%	47	47%
TOTAL	213	185	<b>398</b>	100%	196	
	54%	46%	100%			
POBLACION (N)			<b>398</b>	398		
TAMAÑO MUESTRAL						
Niv Confianza			95%			
Zc			1,96			
Zc <sup>2</sup>			3,8416			
Error			0,05			
Error <sup>2</sup>			0,0025			
Px			0,5			
Qx			0,5			
$n = \frac{(Zc^2 * N * Px * Q)}{(e^2 * (N - 1) + Zc^2 * Px * Q)}$			195,72902			
Proporción incluir en la muestra = $\frac{(Px * Qx)}{((e^2 / Zc^2) + (Px * Qx) / N)}$			<b>195,47878</b>			

Tabla 2. Muestra por Programas Académicos

PROGRAMAS	SEMESTRE		MUESTRAS	
	IV	V	IV	V
<b>PSICOLOGIA</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>24,50</b>	<b>24,50</b>
<b>ENFERMERIA</b>	<b>66%</b>	<b>34%</b>	<b>24</b>	<b>12</b>
<b>MEDICINA</b>	<b>54%</b>	<b>46%</b>	<b>34</b>	<b>30</b>
<b>ODONTOLOGIA</b>	<b>47%</b>	<b>53%</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>TOTALES</b>			<b>105</b>	<b>91</b>

*Variables.*

Tabla 3. Cuadro de Variables

<b>Variables</b>	<b>Subvariables</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Operacionalización</b>
<b>Depresión</b> “Es un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”. Beck, Rush, Shaw, y Emery (2005).	<i>Niveles de Depresión:</i> No depresión.	Este factor indica ausencia de síntomas o características depresivas en el individuo.	<i>Cuestionario BDI:</i> De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos-vegetativos. Presenta 4 Opciones de respuestas que van desde 0 (ausencia de Depresión) hasta 3 (máxima Depresión). <i>Se clasifican en:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No depresión, de 0-9 puntos.</li> <li>• Depresión leve, de 10-18 puntos.</li> <li>• Depresión moderada, de 19-29 puntos.</li> <li>• Depresión grave, de mayor o igual a 30 puntos.</li> </ul>
	Depresión leve.	Este factor indica la presencia leve de algunos síntomas psicológico – cognitivos de la depresión.	
	Depresión moderada.	Este factor indica la presencia de síntomas psicológicos – cognitivos que señalan una tendencia a presentar depresión clínica.	
	Depresión grave.	Este factor indica un nivel de presencia de síntomas psicológicos cognitivos y somáticos – vegetativos, que indicarían la existencia de depresión clínica.	
<b>Factores sociodemográficos.</b>	Género	Femenino ó Masculino.	Registro de Datos en Hoja Adicional al <i>Cuestionario BDI</i> .
	Edad	Rango desde 17 a 40 años.	
	Estrato socio-económico	Estratos 1, 2, 3, 4, 5 y 6.	
	Programa Académico	Pertenencia a Programas Académicos de Medicina, Enfermería, Odontología y Psicología.	
Semestre Académico	4° y 5° Semestre, año 2009.		

*Instrumento*

Con el fin de cumplir los objetivos de la investigación se utilizó como Instrumento de investigación el *Inventario de Depresión de Aarón Beck*, el cual es un inventario autoaplicable de 21 ítems, que evalúa la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Su contenido enfatiza más en el componente depresivo, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del Cuestionario, siendo los síntomas de

tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia síntomas psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos-vegetativos. Presenta 4 Opciones de respuestas que van desde 0 (ausencia de Depresión) hasta 3 (máxima Depresión); y las puntuaciones van de 0 a 63. (Ver Anexo).

El sujeto debe indicar la opción que más se ajusta a su estado de ánimo y la que mejor describe la manera cómo se ha sentido en la última semana, incluido el día actual, con respecto a cada afirmación. En caso de seleccionar dos alternativas dentro de un mismo grupo de afirmaciones, se elige la de valor más alto para puntuar el Test (Beck depresión Inventory, BDI. 1979).

**Fiabilidad.** Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0,8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

**Validez.** Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...). En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas. Su validez predictiva de cribado o detección de casos como instrumento diagnóstico ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte  $\geq 13$ ). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos

con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

La decisión de utilizar este Cuestionario se debe a que es reconocido como el de mayor uso en la clínica y en las investigaciones sobre la depresión; además, permite conocer la intensidad de la sintomatología Depresiva (Friedman & Thase, 1995; Vázquez & Sanz, 1995).

Para recoger la información pertinente a las características sociodemográficas de edad, genero, estrato socio económico y programa académico, se anexó un apartado de datos complementarios, en el cual se recoge la información requerida.

### ***Procedimiento***

Luego de identificar la población y elegir la muestra a la cual se le aplicó el instrumento correspondiente de investigación, se obtuvo la firma del consentimiento y/o aceptación informada, por cada uno de los miembros que participaron voluntariamente. Al iniciar la aplicación, se procedió a dar las respectivas instrucciones estándar de forma colectiva, por parte de las investigadoras. Posteriormente, se realizó el procesamiento y análisis de datos mediante el uso del software estadístico SPSS versión 13.0, donde se introdujeron los datos obtenidos con el fin de presentarlos en Tablas y Gráficas que demuestran los resultados encontrados, para posteriormente analizarlos a la luz de la teoría de Beck, cumpliendo con los objetivos inicialmente planteados.

## 5. ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta que las profesiones contemplan unas consideraciones éticas, la Psicología se fundamenta en la Ley 1090 del 2006, la cual señala en el título II, artículo 2, párrafo 3, que los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad, lo cual nos indica que existen unos parámetros establecidos dentro del sitio donde se tomará la muestra, que no se puede pasar por alto; adicionalmente en el párrafo 5, señala que los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas participantes en el desarrollo de su trabajo, que prevalece prioritariamente como condición ética de la práctica profesional.

Por otra parte, dentro de esta Ley se manifiesta, en los párrafos 8 y 9 del mismo título (II), que se evitará el uso indebido de los resultados de la evaluación y se respetará el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones; además, el psicólogo debe abordar la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de los investigadores cuando se trata de participantes humanos.

## 6. RESULTADOS

Cabe recordar que para el presente estudio se tomó la información de una población de 398 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la cual se estimó una muestra probabilística de 196 estudiantes, bajo un nivel de confianza del 95%, un error máximo permisible del 5%, por lo que se puede estimar que la muestra final estuvo en un intervalo de más o menos el 5% de la muestra estimada, esto es, de 186 a 206 estudiantes. La información recolectada acumuló un total de 190 estudiantes, con lo que el estudio cumplió con la muestra estimada para el logro de los objetivos propuestos.

A continuación se presentan los resultados en Tablas y Gráficas, respondiendo a cada uno de los objetivos específicos planteados:

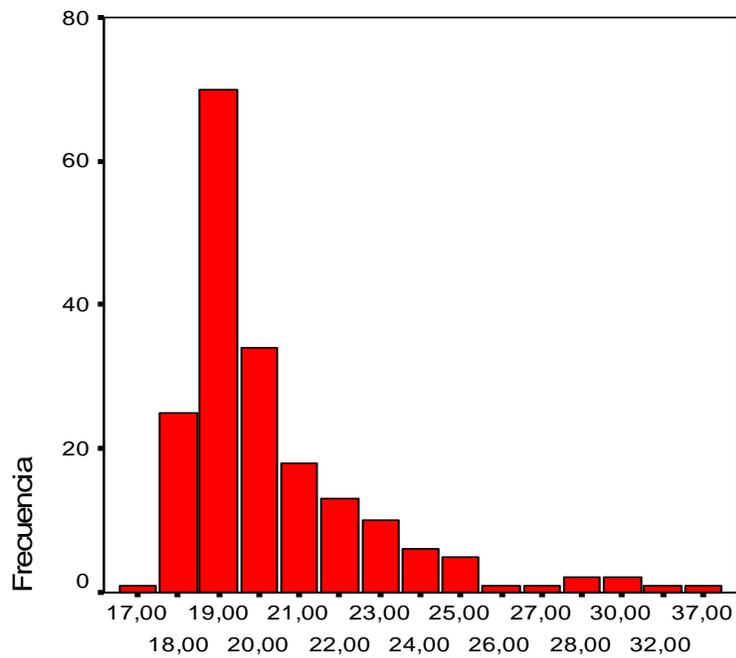
### 6.1 Resultados de las características sociodemográficas de la población de estudio.

- **Variable EDAD:**

El 68% de los estudiantes participantes se encuentran en un rango de edad de 18 a 20 años, mientras que el 25% se ubica dentro del rango de 21 a 24 años de edad. Un porcentaje poco significativo lo presentan estudiantes mayores de 24 años (de 25 a 37 años) y menores de 18 años (17 años). Lo anterior es debido a que se trata de estudiantes que se encuentran a mitad de carrera, es decir, en 4º y 5º semestre, siendo que estos estudiantes suelen ingresar a la Universidad tempranamente, al finalizar la adolescencia e ingresar a la edad adulta. (Ver Tabla 4 y Gráfica 1).

**Tabla 4. Distribución de Frecuencias de la Variable EDAD.**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 17	1	,5	,5	,5
18	25	13,2	13,2	13,7
19	70	36,8	36,8	50,5
20	34	17,9	17,9	68,4
21	18	9,5	9,5	77,9
22	13	6,8	6,8	84,7
23	10	5,3	5,3	90,0
24	6	3,2	3,2	93,2
25	5	2,6	2,6	95,8
26	1	,5	,5	96,3
27	1	,5	,5	96,8
28	2	1,1	1,1	97,9
30	2	1,1	1,1	98,9
32	1	,5	,5	99,5
37	1	,5	,5	100
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

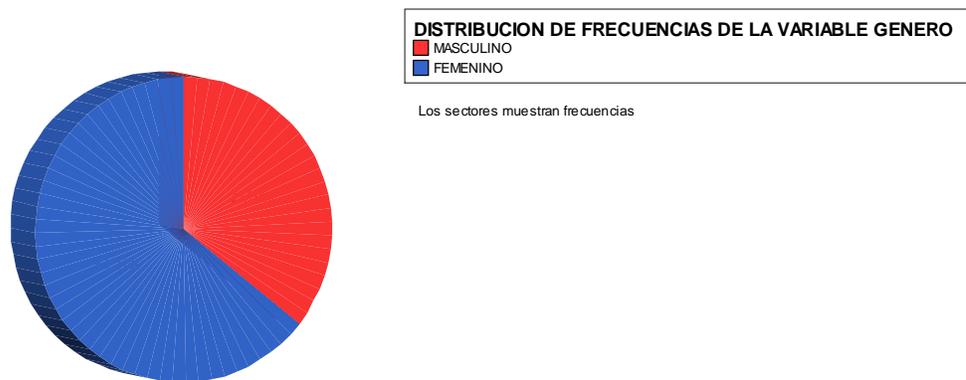
**Gráfica 1. EDAD de los participantes.**

- **Variable GÉNERO**

Respecto al género de los participantes, se encontró que el 64% son mujeres y el 35% varones. Esta diferencia es característica de las Carreras de Ciencias de la Salud en la Universidad participante y la región, a las que ingresan mayoritariamente mujeres y cada vez menos hombres. De acuerdo a estos resultados, se podría afirmar que por cada hombre que ingresa a estas Carreras lo hacen 3 mujeres. (Ver Tabla 5 y Gráfico 2).

**Tabla 5. Distribución de frecuencias por Género.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	68	35,8	35,8	35,8
	FEMENINO	122	64,2	64,2	100,0
	Total	190	100	100	



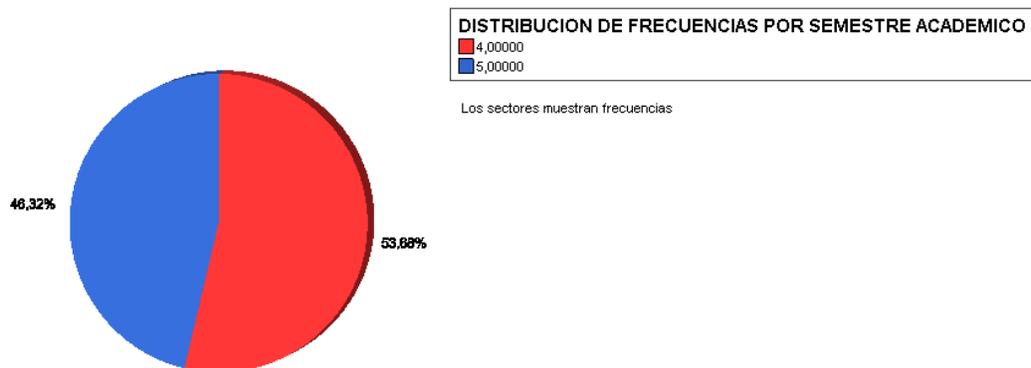
**Gráfica 2. Género de los participantes.**

- **Variable SEMESTRE ACADEMICO**

Con el fin de cumplir los objetivos de la investigación se tomaron estudiantes de los semestres intermedios de los Programas de Ciencias de la Salud, los cuales participaron casi en igual proporción, sin diferencia significativa en cuanto a número de participantes. En efecto, de acuerdo a lo presentado en la Tabla 6 y Gráfica 3, el 53% de ellos pertenecían al 4° Semestre y el 46% al 5° Semestre.

**Tabla 6. Distribución de frecuencias por Semestre Académico.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4°	102	53,7	53,7	53,7
	5°	88	46,3	46,3	100,0
	Total	190	100	100	



**Gráfica 3. Semestre Académico de los participantes.**

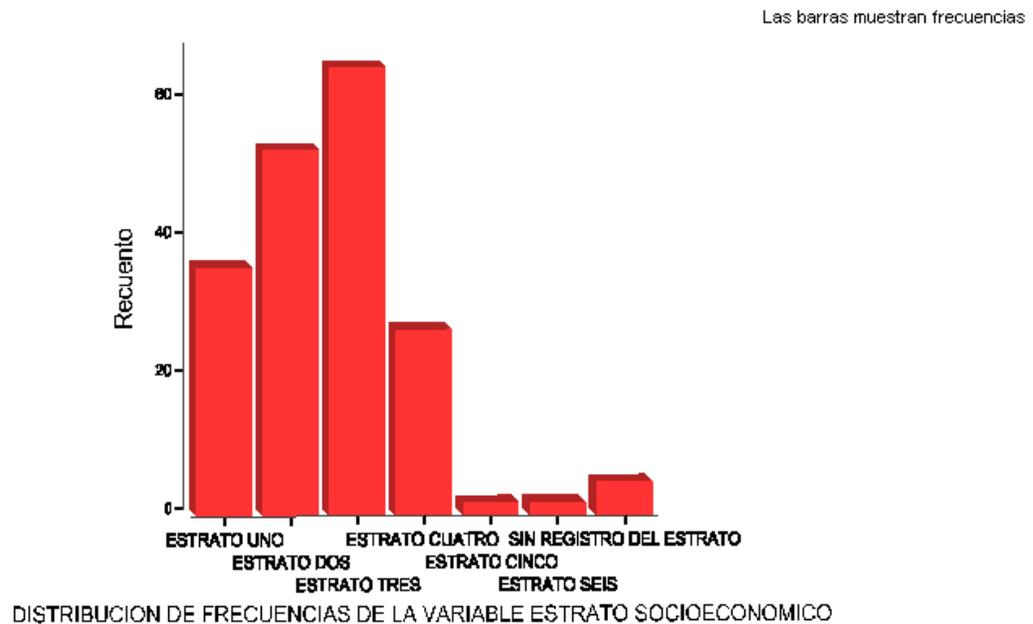
- **Variable ESTRATO SOCIOECONOMICO.**

De acuerdo a los resultados observados en la Tabla 7 y Gráfico 4, el mayor porcentaje de la población se concentra en el estrato medio de la población, es decir, el estrato 3, con

el 34% de los participantes. En general, más de la mitad de la población se concentra en los estratos 2 y 3, es decir, el 62% de ellos. Pero, en un rango más amplio, podríamos señalar que casi la totalidad de los participantes se ubican dentro de los estratos 1 al 4, en el siguiente orden: estrato 3, estrato 2, estrato 1 y estrato 4. Es posible que estos datos no reflejen las características sociales de toda la población de la Institución, sin embargo, esto puede explicarse debido a que se considera que los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, especialmente de Medicina, pertenecen a estratos superiores al estrato 2, muy a pesar de tratarse una Universidad Pública.

**Tabla 7. Distribución de frecuencias por Estrato Social.**

<b>ESTRATO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>ESTRATO 1</b>	36	18,9	18,9	18,9
<b>ESTRATO 2</b>	53	27,9	27,9	46,8
<b>ESTRATO 3</b>	65	34,2	34,2	81,1
<b>ESTRATO 4</b>	27	14,2	14,2	95,3
<b>ESTRATO 5</b>	2	1,1	1,1	96,3
<b>ESTRATO 6</b>	2	1,1	1,1	97,4
<b>SIN REGISTRO DEL ESTRATO</b>	5	2,6	2,6	100
Total	190	100	100	



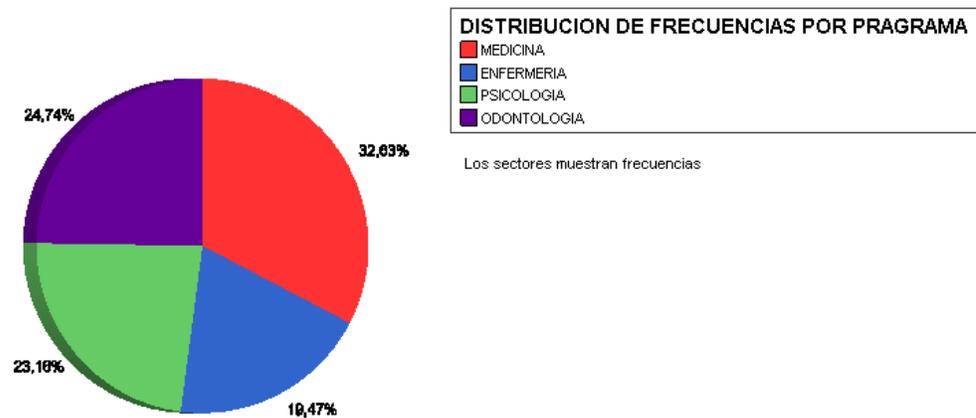
**Gráfica 4. Estrato Socioeconómico de los participantes.**

- **Variable PROGRAMA ACADÉMICO.**

La proporción porcentual en que participaron los distintos Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud en la presente investigación fueron más o menos similares, diferenciándose un tanto el Programa de Medicina. De acuerdo a lo observado en la Tabla 7 y Gráfica 5, se encuentra que el 32% de los estudiantes pertenecían al Programa de Medicina, seguidos de los Programas de Odontología con un 24%, Psicología con un 23% y Enfermería con un 19%. Lo anterior se encuentra acorde con el diseño y los objetivos propuestos en la investigación.

**Tabla 7. Distribución de frecuencias por Programas Académicos.**

	PROGRAMA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MEDICINA	62	32,6	32,6	32,6
	ENFERMERIA	37	19,5	19,5	52,1
	PSICOLOGIA	44	23,2	23,2	75,3
	ODONTOLOGIA	47	24,7	24,7	100
	Total	190	100	100	

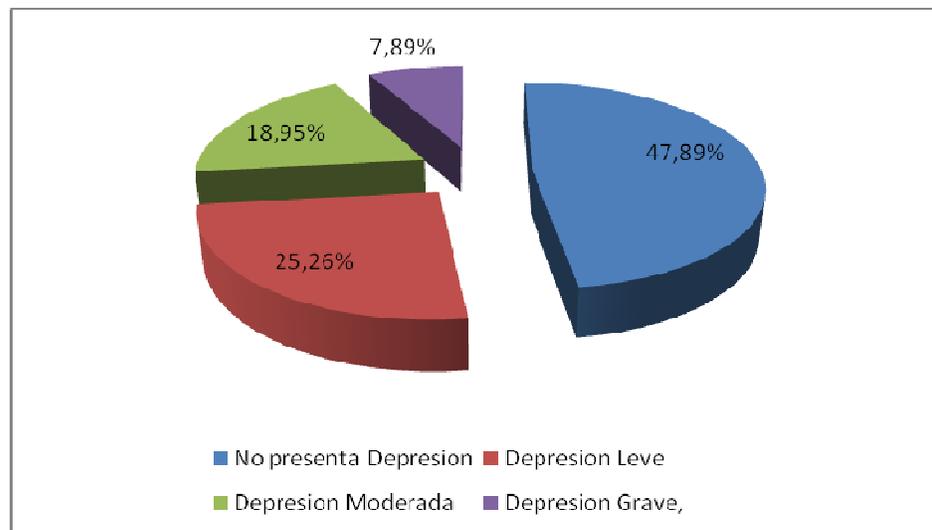
**Gráfica 5. Programas Académicos de los participantes.****6.2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck en la población de estudio.**

En la siguiente Tabla 8 y Gráfica 6 se encuentran los resultados obtenidos mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, teniendo en cuenta sus 4 posibles niveles de depresión. Llama la atención que muy a pesar de que cerca de la mitad de la población estudiada, el 48% de los estudiantes, no presenta ningún tipo o característica de la depresión, el 25% presente Depresión Leve y el 19% presente Depresión Moderada. Y, el 8% presente depresión grave, a la luz de la Prueba aplicada. De acuerdo con lo anterior, se podría mencionar que estos resultados muestran una tendencia al incremento de los

niveles, características o sintomatología de la depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Institución Universitaria participante, lo cual debe poner en alerta a sus autoridades académicas.

**Tabla 8. Resumen General sobre Niveles de Depresión.**

Escala	Frecuencias	Porcentaje	Niveles
De 0 a 9	91	47,89%	No presenta Depresión
De 10 a 18	48	25,26%	Depresión Leve
De 19 a 29	36	18,95%	Depresión Moderada
Mayor o igual a30	15	7,89%	Depresión Grave
Total	190	100%	



**Gráfica 6. Niveles de Depresión de los participantes.**

### 6.3 Relaciones entre las Variables sociodemográficas y la Depresión.

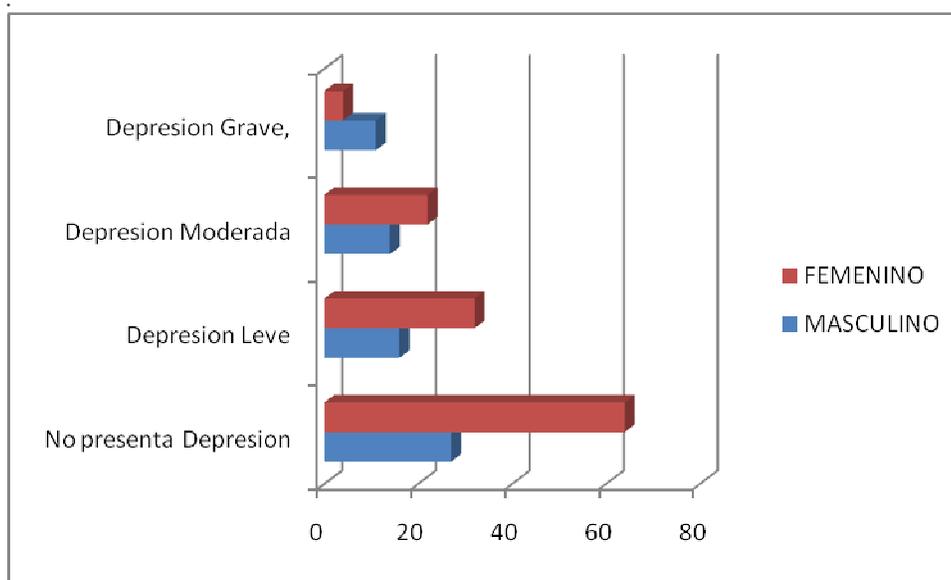
- **Relaciones entre Género y Niveles de Depresión.**

De acuerdo con la Tabla 9 y Gráfica 7 siguientes, se observa que son las mujeres quienes tienden a sufrir más la sintomatología depresiva que los hombres. Si se detallan estos resultados, se observará que la depresión leve la presentan el doble de mujeres (32) respecto a los hombres (16); igual tendencia presenta el nivel de depresión moderada. Sin embargo, llama la atención que de 15 estudiantes que presentan depresión grave, 11 de

ellos sean hombres y solo 4 mujeres. Esto puede deberse a la mayor exigencia de éxito académico que se le hacen a los varones en nuestra sociedad de corte machista.

**Tabla 9. Niveles de Depresión por Sexo.**

Niveles	Escala	MASCULINO	FEMENINO	Total
No presenta Depresión	De 0 a 9	27	64	91
Depresión Leve	De 10 a 18	16	32	48
Depresión Moderada	De 19 a 29	14	22	36
<b>Depresión Grave</b>	<b>&gt; ó = a 30</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>15</b>
	Total	68	122	190



**Gráfica 7. Niveles de Depresión por Sexo.**

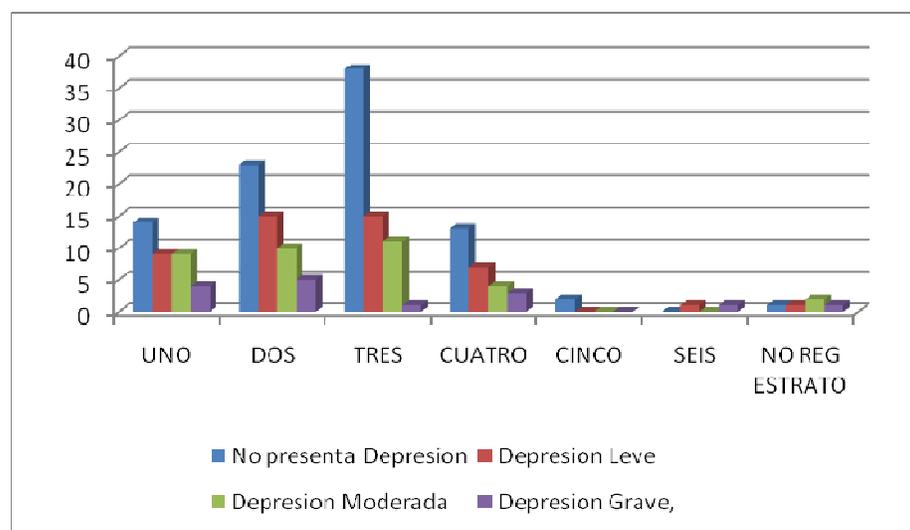
- **Relaciones entre Estrato Social y Niveles de Depresión.**

De acuerdo a la pertenencia a un estrato social determinado, se encontró que los estudiantes que presentan depresión leve y moderada pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 principalmente; mientras que los que presentan depresión grave pertenecen mayoritariamente a los estratos 1 y 2, que son los más bajos de la población. Con base en lo anterior, se puede sugerir que los estudiantes de estratos bajos sufren mayor presión para el éxito académico que los estudiantes de otros estratos, por lo que tienden a deprimirse con más frecuencia. Por otro lado, también cabe señalar que la mayoría de los estudiantes que

no presentan síntomas depresivos, sufren menos angustias o presiones académicas, pertenecen al estrato 3, en el cual generalmente se encuentra la clase media de la población.

**Tabla 10. Niveles de Depresión por Estrato.**

Niveles	ESTRATO						NR	TOTAL
	1	2	3	4	5	6		
No presenta Depresión	14	23	38	13	2	0	1	91
Depresión Leve	9	15	15	7	0	1	1	48
Depresión Moderada	9	10	11	4	0	0	2	36
Depresión Grave,	4	5	1	3	0	1	1	15
Total.	36	53	65	27	2	2	5	190



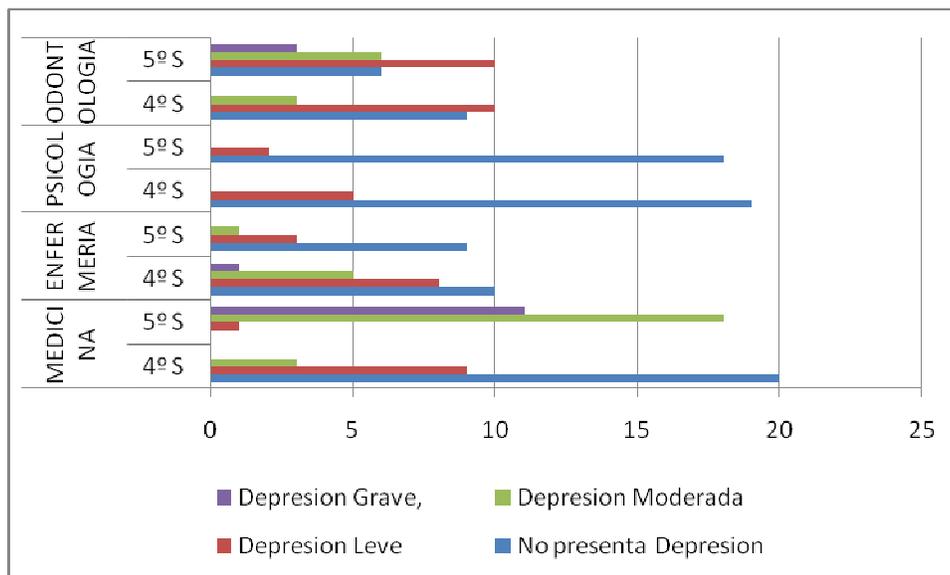
**Gráfica 8. Niveles de Depresión por Estrato.**

- **Relaciones entre Niveles de Depresión por Programa y Semestre Académico.**

Respecto al Programa Académico y semestres cursados, se encontró que la gran mayoría de los estudiantes que presentan depresión grave y moderada son estudiantes del 5° semestre del Programa de Medicina. Le siguen muy por debajo los Programas de Odontología y Enfermería. Psicología no presenta estos niveles de depresión. De igual manera, la mayor parte de los estudiantes que presentan depresión leve son de Odontología, seguido de Enfermería, Medicina y Psicología. Por otra parte, la mayoría de estudiantes que no presentan ningún tipo de depresión son del Programa de Psicología, de ambos semestres; seguidos muy por debajo de medicina, enfermería y odontología. (Ver Tabla 11, Gráfica 9).

**Tabla 11. Niveles de Depresión por Programa y Semestre Académico.**

Niveles	MEDICINA			ENFERMERIA			PSICOLOGIA			ODONTOLOGIA			GTOT	
	4	5	TOT	4	5	TOT	4	5	TOT	4	5	TOT	4	5
No presenta Depresión	20	0	20	10	9	19	19	18	37	9	6	15	58	33
Depresión Leve	9	1	10	8	3	11	5	2	7	10	10	20	32	16
Depresión Moderada	3	18	21	5	1	6	0	0	0	3	6	9	11	25
Depresión Grave	0	11	11	1	0	1	0	0	0	0	3	3	1	14
Total.	32	30	62	24	13	37	24	20	44	22	25	47	102	88

**Gráfica 9. Niveles de Depresión por Programa y Semestre Académico.**

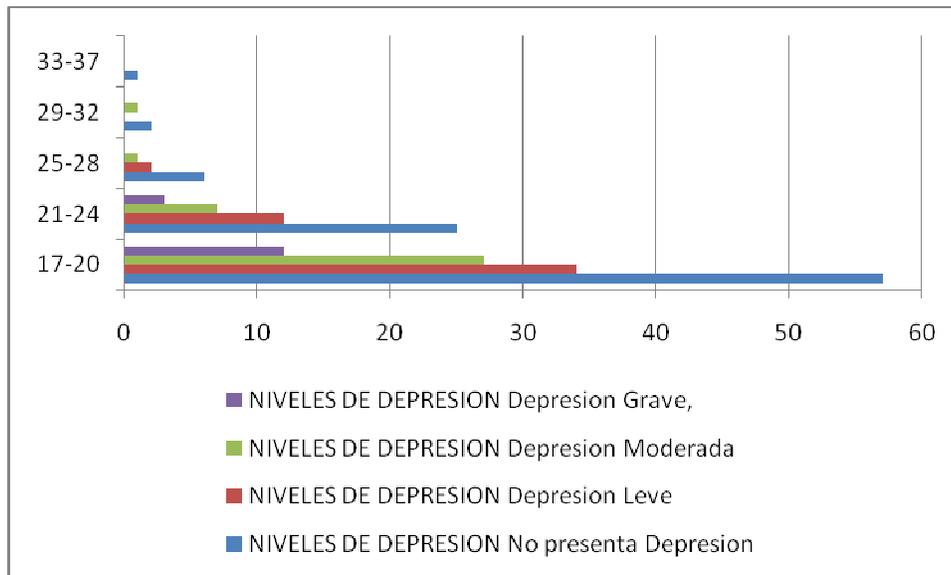
- **Relaciones entre Niveles de Depresión y Grupo de Edades.**

Respecto a los rangos de edad, se encontró que la mayoría de los estudiantes que sufren depresión leve, moderada y grave, como también los que no presentan síntomas depresivos, se encuentran entre los 17 y 20 años de edad; seguido del grupo de 21 a 24 años de edad. Se encontró también que a medida que tienen más edad los estudiantes tienden a no presentar estos síntomas. De acuerdo con lo anterior, los síntomas depresivos se estarían

presentando prioritariamente en estudiantes muy jóvenes que apenas comienzan a vivir su edad adulta en la Universidad.

**Tabla 12. Niveles de Depresión por Grupo de Edades.**

EADADES	NIVELES DE DEPRESION				TOTAL
	No presenta Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	
<b>17-20</b>	<b>57</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>130</b>
21-24	25	12	7	3	47
25-28	6	2	1	0	9
29-32	2	0	1	0	3
33-37	1	0	0	0	1
Total	91	48	36	15	190



**Gráfica 10. Niveles de Depresión por Grupo de Edades.**

#### 6.4 Cuadro Comparativo sobre Niveles de Depresión y variables sociodemográficas.

En la siguiente Tabla 13 se presenta un resumen de los datos analizados en las Tablas anteriores, en la que se muestran los resultados de las cuatro variables sociodemográficas estudiadas de acuerdo con los niveles de depresión que presentan.

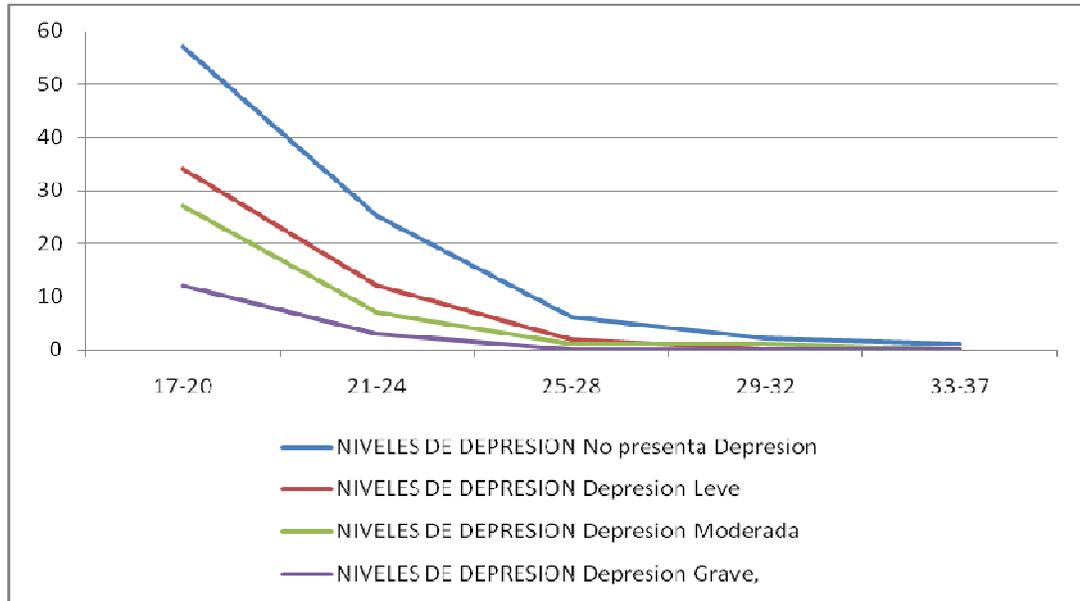
Quienes presentan depresión grave son mayormente hombres, de estratos 1 y 2, del Programa de Medicina, del 5° semestre. Quienes no presentan ningún tipo de sintomatología depresiva son mayoritariamente mujeres, de estratos 2 y 3, del Programa de Psicología, del 4° semestre. Quienes presentan depresión leve y moderada son mayoritariamente mujeres, de estratos 2 y 3, del Programa de Medicina, Odontología y Enfermería.

**Tabla 13. Comparativo sobre Niveles de Depresión con variables sociodemográficas.**

NIVELES	GENERO		ESTRATO							PROGRAMA				SEM AC.	
	M	F	1	2	3	4	5	6	NR	Me	En	Ps	Od	4°	5°
No presenta Depresión	27	64	14	23	38	13	2	0	1	20	19	37	15	58	33
Depresión Leve	16	32	9	15	15	7	0	1	1	10	11	7	20	32	16
Depresión Moderada	14	22	9	10	11	4	0	0	2	21	6	0	9	11	25
Depresión Grave	11	4	4	5	1	3	0	1	1	11	1	0	3	1	14
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>122</b>	<b>36</b>	<b>53</b>	<b>65</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>62</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>47</b>	<b>102</b>	<b>88</b>

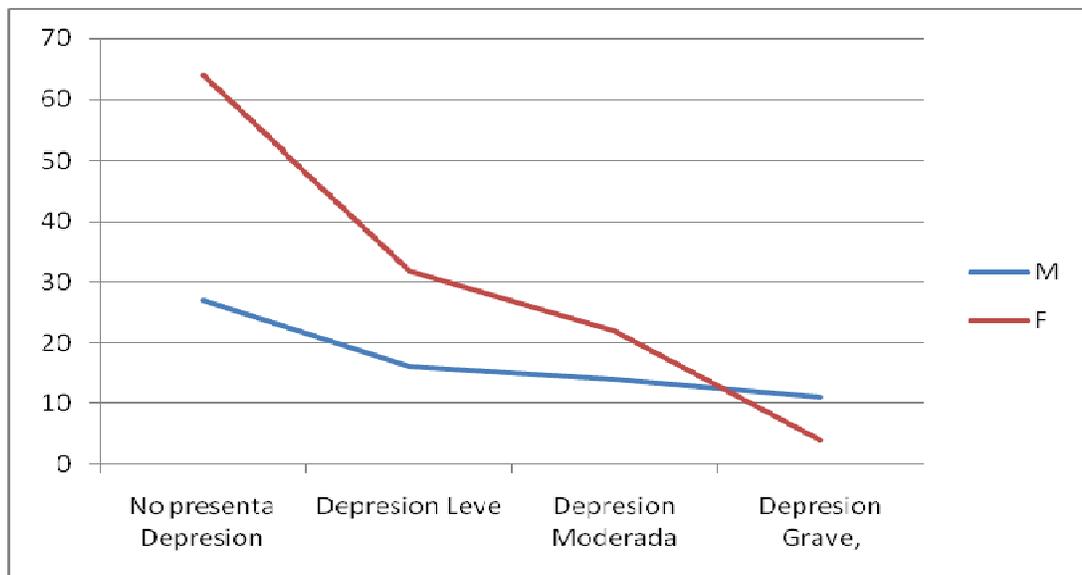
En las siguientes Gráficas del 11 al 15 se muestran los niveles de depresión con cada una de las variables sociodemográficas estudiadas: edad, sexo, estrato, programa académico y semestre, en la cual se hace evidente lo que se muestra en la Tabla 13.

En la siguiente Gráfica 11 se observa que los niveles de depresión se presentan tempranamente en la vida universitaria, entre los rangos de 18 a 24 años de edad y luego tiende a disminuir a medida que avanza la edad.



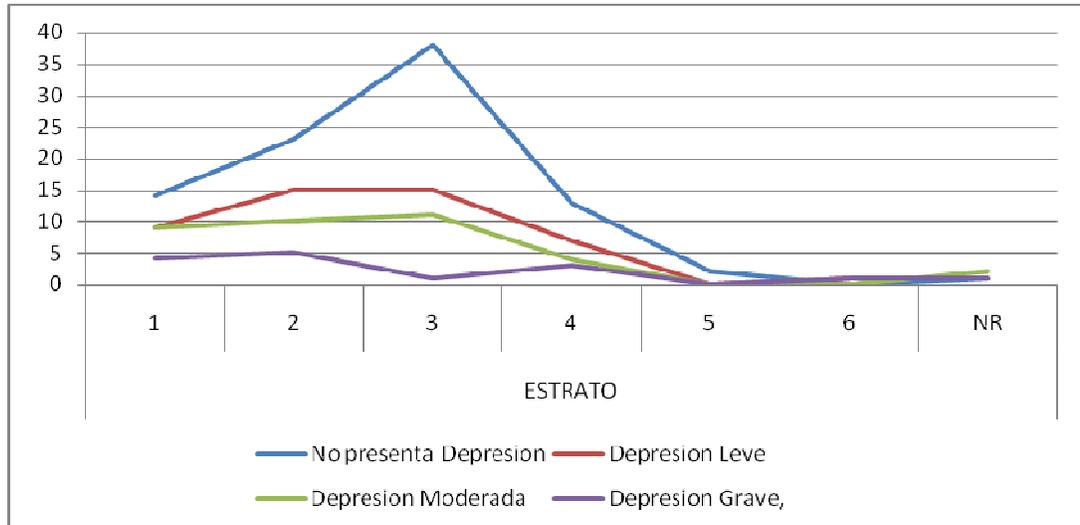
**Gráfico 11. Niveles de Depresión por grupo de Edades.**

En la Gráfica 12 se observa que las mujeres tienden a deprimirse más que los hombres, pero curiosamente, son los hombres los que más presentan niveles graves de depresión.



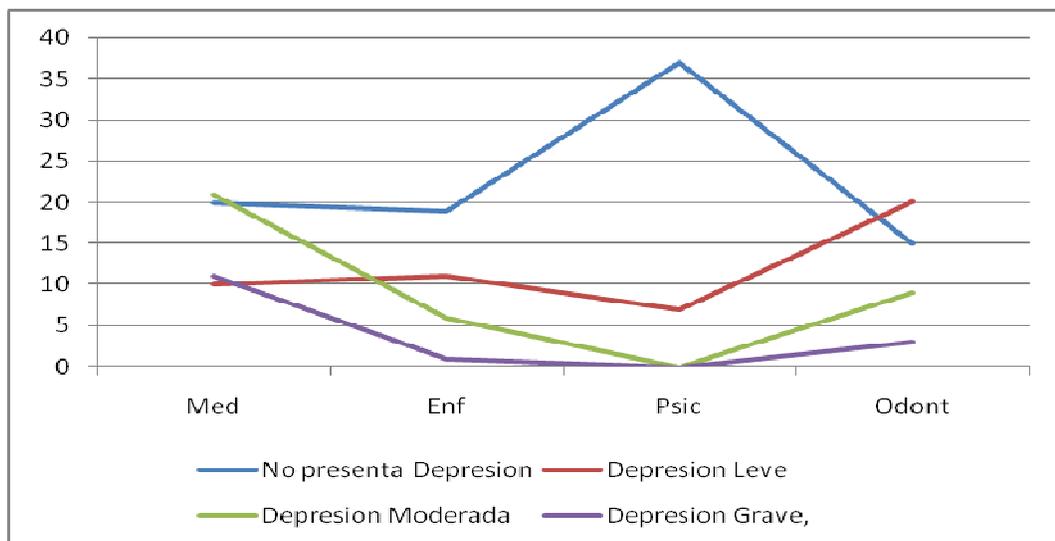
**Gráfico 12. Niveles de Depresión por Sexo.**

En la siguiente Gráfica 13 se observa que los niveles de depresión grave se concentran en los estratos 1 y 2, mientras que los niveles de depresión leve, moderada e incluso los que no presentan depresión se concentran en los estratos 2 y 3 prioritariamente.



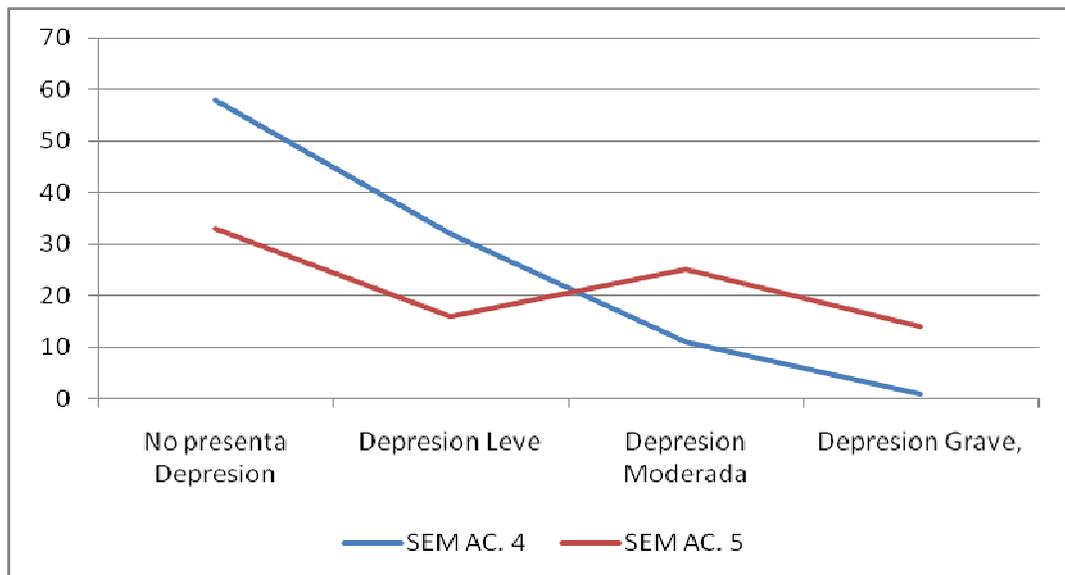
**Gráfico 13. Niveles de Depresión por Estrato.**

En el siguiente Gráfico 14 se observa que los niveles de depresión moderada y grave se presentan en el Programa de Medicina y el de depresión leve en Odontología; mientras que el Programa de Psicología se diferencia de los demás ya que no evidencia presencia de síntomas depresivos.



**Gráfico 14. Niveles de Depresión por Programas Académicos.**

Finalmente, se observa en el siguiente Gráfico 15, que los estudiantes de 5º semestre son los que presentan niveles de depresión moderada y grave, en mayor porcentaje que los estudiantes que cursan 4º semestre. En cambio, son los estudiantes de 4º semestre los que no presentan depresión en mayor porcentaje que los de 5º semestre. De acuerdo con estos datos, estos dos semestres son muy sensibles a la presencia o ausencia de los distintos niveles de depresión, por lo que sería conveniente prestarles la debida atención.



**Gráfico 15. Niveles de Depresión por Semestre Académico.**

## 7. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, se halló que el 53% de la población universitaria estudiada sufren de algún grado de depresión, de los cuales el 8% presenta síntomas de depresión grave, así como una alta tendencia a desarrollar esta alteración puesto que el 19% de ellos presenta depresión moderada y el 25% depresión leve.

En cuanto a los factores sociodemográficos asociados se encontró que de los Programas académicos de Ciencias de la Salud estudiados, el que presenta mayor porcentaje de depresión es el de Medicina, seguido de Odontología, Enfermería y finalmente Psicología, presentado éste último muy baja presencia de la enfermedad. Igualmente, se encontró que hay una mayor presencia de la enfermedad en mujeres que en hombres, sin embargo, son los hombres los que presentan mayor presencia de depresión grave en una proporción superior a casi la tercera parte, lo que podría significar que hay un mejor manejo de la depresión por parte de las mujeres. De igual manera, son las mujeres quienes tienen mayor presencia en el grupo que no presenta depresión en comparación con los varones, en la misma proporción. También se encontró que los niveles de depresión grave se concentran más en los estratos 1 y 2, mientras que los niveles de depresión leve, moderada e incluso los que no presentan depresión se concentran en los estratos 2 y 3 prioritariamente. Finalmente, se halló que la depresión ataca más a los jóvenes de 18 a 24 años más que a los que tienen mayor edad.

Los anteriores resultados evidencian la importancia de esta investigación y reafirman la presencia de la depresión en el grupo de estudiantes universitarios que participaron, especialmente del Programa de Medicina. El hecho de que se tratara de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud es una situación particular, ya que se trata de carreras con

una alta exigencia de formación académica y, por ejemplo en el caso de Medicina, es una de las más apetecidas por los aspirantes de esta Institución, lo que convierte esta situación en un factor de presión social que puede predisponer al estrés y en consecuencia a la depresión. Como señalan Bernal y Escobar, (2000) y Gómez y Rodríguez (1997), los eventos estresantes de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, entre otras.

Los resultados aquí encontrados son más altos que los hallados por Fernández y Giraldo (2001), quienes reportaron una prevalencia de la depresión del 24% en 604 estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, a diferencia del 53% encontrado en nuestra investigación.

Sin embargo, son similares a los encontrados por Riveros (2007), en estudiantes universitarios ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (UNMSM), quien reporta que de una muestra 382 alumnos el 40% está propenso a desarrollar un cuadro depresivo. Y, muy similares a los reportados por Mkize y cols., de la Universidad de Tanskei, U.S.A., quienes reportaron una prevalencia para depresión del 53% en estudiantes universitarios.

En cuanto a los factores sociodemográficos, los resultados encontrados en esta investigación son similares a los hallados por Miranda y Gutiérrez (1998), con los estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle, Colombia, quienes hallaron que la edad con mayor tasa de depresión leve fue de 19 años, moderada 23 años y severa 20 años.

El estrato socioeconómico aparece como un factor fundamental desencadenante de dicha enfermedad, ya que a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de depresión aparecerá.

En cuanto a la edad, se confirma la mayor presencia de depresión en las mujeres, lo que se ajusta a los diferentes estudios a nivel de la epidemiología de la depresión, que demuestran que es más frecuente en el sexo femenino (Arrivillaga, 2003). Igualmente reportado por Vázquez (2005), en estudiantes universitarios de la Universidad de Santiago de Compostela, en que la proporción de mujeres dobla la de los hombres.

Factores como la genética o la configuración psicológica juegan un papel importante en la vulnerabilidad que puede tener una persona para caer en la depresión. Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que constantemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones, están propensas a la depresión (Sue, 1997). Según Arrivillaga (2003) y Paykel (1992), se ha demostrado la importancia que tienen los acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte en la aparición de una depresión.

El impacto de esta enfermedad se puede evidenciar en un estudio realizado en México, donde se encontró que aproximadamente el 38 % de más de 1.000 estudiantes universitarios que consultaron en el Programa de Salud Mental del Departamento de Bienestar Universitario (México), sufren algún grado de depresión (De la Fuente, 1994).

La alta prevalencia de la depresión entre los estudiantes universitarios aquí estudiados requiere la urgente necesidad de implementar acciones de prevención por parte de la Institución, tanto de investigación como de intervención a través del Departamento de Bienestar Universitario y el Programa de Psicología, para evitar comportamientos

disfuncionales o desadaptativos en los estudiantes, los cuales pueden ir desde las ausencias y deserciones a clases hasta el intento o acto suicida.

## REFERENCIAS

- Alto-Setala, T., Marttunen, M., Tulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1235-1237. Recuperado el 26 de mayo del 2007 de la base de datos PROQUEST.
- Alberdi, J., Taboada, O, Castro., C y Vázquez, C. (2006). Depresión. Rev. Guías Clínicas, 6(11). España.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV
- Amèzquita, M., Gonzáles, R. (2003). Prevalencia De La Depresión, Ansiedad Y Comportamiento Suicida En La Población Estudiantil De Pregrado De La Universidad De Caldas. *Revista Colombiana De Psiquiatría*. 32(4). Recuperado el 08 de mayo de 2007, de:  
[http://www.psiquiatria.org.co/revista/tematicasHTML.php?id\\_tematica=21&seccion=original](http://www.psiquiatria.org.co/revista/tematicasHTML.php?id_tematica=21&seccion=original).
- Areat, P., Perri, M., Nezu, A., Schein, R., Christopher, F, & Joshep, T. (1993) Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults.
- Antonini, C. (N.D.) Respuestas a la depresion. Extarido el 23 de mayo del 2007 de <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php#queesladepresion>

- Arango, E. (2006, agosto 06). La depresión es lo que produce suicidio en los niños. *El Tiempo*. Bogota. Extraído el 7 de mayo del 2007 de:  
[http://www.eltiempo.com/salud/noticias/ARTICULO-WEB-NOTA\\_INTERIOR-3083460.html](http://www.eltiempo.com/salud/noticias/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-3083460.html)
- Arrivillaga, M., Cortes, C., Goigochea, V y Lozano, T. (2003). Caracterización De La Depresión En Jóvenes Universitarios. Pontificia Universidad Javeriana- Cali. Obtenido el 8 de mayo de 2007, de:  
[http://www.psiquiatria.org.co/revista/tematicasHTML.php?id\\_tematica=21&seccion=original](http://www.psiquiatria.org.co/revista/tematicasHTML.php?id_tematica=21&seccion=original). Bibliografía2.
- Álvarez, M y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Rev. Elec. PSICOTHEMA*, 13, 3, 493-510.
- Beck, A. (1979) Inventario de depresión de Beck, BDI.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de psicología de Desclée de Brouwer. 16<sup>a</sup> edición.
- Benassi, V.A., Sweeney, P.D. & Dufour, C.L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and epression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 357-367.
- Bernal, H., y Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, (3), 251-259.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo & C. Gastó, eds., *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Masson.

- Cassano, P. & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Coyne, J.C. & Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- De la Fuente, R. (1994). Papel de la depresión en la patología humana, “Revista Psicología”, 14, febrero 1994, UNAM, México, D.F. extraído el 8 de mayo del 2007 de:
- Depue, R.A. y Monroe, S.M. (1978). Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- Fernández, C. y Giraldo HD. (2001). Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado del programa de Medicina de la Universidad de Caldas, en el segundo semestre del año 2000. Manizales: Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano.
- Friedman, E.S & Thase, M.E (1995). Trastornos del Estado de Animo. Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. (1) (PP 618-681). Madrid: Siglo XXI.
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. & Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 939 – 946. Recuperado el 23 de mayo del 2007 de la base de datos PROQUEST.
- Goldman. Psiquiatría general (2001). 5ª Edición. Manual Moderno.

- González, Y. (1992) Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín.
- Gómez, C, y Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (1), 23-35.
- Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. Londres: Routledge.
- Guavita, P. y Sanabria, P. (2006) Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista de la facultad medica de la universidad de Colombia*, 54, (2).
- Hernández, S. (2002). Metodología de la investigación científica. Extraído el 3 de junio del 2007 de

<http://www.altillo.com/EXAMENES/uces/publicidad/metodic/metodic2002sbe.asp>

- Hernández. J (1996) Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín.
- Hidalgo, J., Cendali, J., Cerutti, M., Cuenca, J., Kappaun, B. (2003). Prevalencia de depresión en estudiantes de quinto año de la facultad de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. Extraído de <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-065.pdf> el 8 de mayo de 2007.

- Jalil, C. (1990). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad CES. Medellín.
- Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1989). *Increasing rates of depression. Journal of American Medical Association*, 261, 15: 2229-2235.
- Lamber, R. (2006) Factores predisponentes y desencadenantes de depresión en jóvenes universitarios entre 16 y 20 años de edad diagnosticados mediante la CIE-10 en una universidad pública de la costa Caribe. Tesis (Magister en Psicología) -- Universidad del Norte. Programa de Maestría en Psicología.
- Lazarevich, I., Guimaraes, L. y Delgadillo, J. (2008). Depresión y su relación con las características socio-demográficas en estudiantes de la UAM-X *Revista Científica Clínica*. 9(1):21-26. Extraído el 17 de enero del 2009 de: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=54134&id\\_seccion=59&id\\_ejemplar=5485&id\\_revista=11](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54134&id_seccion=59&id_ejemplar=5485&id_revista=11)
- Ley 1090. (2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario oficial edición no. 46383.g
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1584-1597.
- Matt, G., Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-255.

- Mkize L, Nonkelela N, Mkize D (ND) Prevalence of depression in a university population. University of Transkei.
- Méndez, F., Olivares J. y Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Salud (1998). *Resolución Número 02358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental: Un panorama de la salud y enfermedad mental. *INFORME PRELIMINAR*.
- Miranda, C. y Gutiérrez, F. (1998). Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 29 (5).  
Extraído el 7 de mayo del 2007 de:  
[www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/20397](http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/20397)
- Ocampo, L. (2007) Análisis Correlacional del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo con una muestra de Adolescentes y Universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). “*Revista desde el Caribe. Universidad del Norte* 20 (PP 28-49). Extraído el 8 de enero del 2009 de: [www.uninorte.edu.com](http://www.uninorte.edu.com).  
<http://redalyc.uaemex.mx>.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión. *Revista Psicothema* ISSN 0214-9915 Loden Psoteg. 13, 3, 493-510  
Extraído el 28 de Enero de 2009 de: [www.psicothema.com/pdf/471.pdf](http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf)

- Riveros, M., Hernández, H y Rivera, J. (2007). Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología, versión on-line*. Extraído el 8 de enero del 2009 de:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Tesis/Salud/Reyes\\_T\\_Y/Cap3.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Tesis/Salud/Reyes_T_Y/Cap3.htm).
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom. A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario de la Depresión de Beck. *Psicothema*. 10, 2, 303 – 318.
- Sears, D.O. (1986). College sophomores in the laboratory: Influences of a narrow data base on social psychology's view of human nature. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 515-530.
- Sue, D. (1997). *Comportamiento anormal*. México. Mc Graw Hill.
- Sweeney, P.D., Anderson, K. y Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A metaanalytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Téllez, H. (2000). La noradrenalina: su rol en la depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (1), 39-71. Extraído el 28 de noviembre de 2008 de: <http://redalyc.vaemex/redalyc/pdf/806/80629104.pdf>
- Tennen, H., Hall, J.A. y Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 870-884.

- Tomoda, A. (2000) One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neuroci* 54(5):583-8.
- Toro, F., Bilgin, G., Bugdaysi, R., Sasmaz, O., Kart, H. (2004). Prevalencia de la depresión medida por el CDBI, en una población escolar predominantemente adolescente de Turquía. “*Revista European Psychiatry*”. Extraído el 7 de mayo del 2007 de: [www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/20397](http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/20397)
- Vázquez, C. & Sáenz, J. (1995). Trastornos del Estado de ánimo: Aspectos clínicos. *Manual de Psicopatología (2)* (PP.299-337). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, F. (2005). Un 8% de los universitarios padecen depresión. Extraído el 8 de mayo del 2007 de: <http://universitarios.universia.es/noticia.jsp?idnoticia=1144&tittle=8%25-universitarios-PADECEN-DEPRESION>.
- Vredenburg, K., Flett, G.L. & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113, 327-344.
- Wu, L.-T. & Anthony, J. C. (2000). The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for a peak in later life. *Journal of Affective Disorders*, 60: 159-171.

**ANEXO A. CRONOGRAMA****Año 2007**

<b>MESES</b>											
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11 y 12</b>
Estructurar el grupo.											
Estructurar el planteamiento del problema											
Revisión Bibliográfica.											
Conceptualizar la Metodología.											
Reestructuración del proyecto.											
Corrección de bibliografía según las normas APA.											
Ultimar detalles de lo corregido anteriormente.											

**Año 2008**

<b>MESES</b>						
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Búsqueda de la información sobre la muestra.						
Mejorar las observaciones hechas por el director del proyecto.						
Presentación del proyecto al comité de grado.						
Aplicación de pruebas.						

**Año 2009**

<b>MESES</b>						
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Análisis estadístico de los resultados.						
Sustentación de la Tesis de Pregrado.						

**ANEXO B. PRESUPUESTO**

<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>1. Investigadores</b>	<b>3</b>	<b>500.000</b>	<b>1.500.000</b>
<b>2. Fotocopias</b>	<b>468</b>	<b>100</b>	<b>46.800</b>
<b>3. Papel</b>	<b>4</b>	<b>11.000</b>	<b>44.000</b>
<b>4. Lápiz</b>	<b>196</b>	<b>300</b>	<b>58.800</b>
<b>6. Test (hoja de respuesta)</b>	<b>196</b>	<b>2500</b>	<b>490.000</b>
<b>7. Computador</b>	<b>1</b>	<b>1.000.000</b>	<b>1.000.000</b>
<b>8. Impresora</b>	<b>1</b>	<b>140.000</b>	<b>140.000</b>
<b>9. Llamadas telefónicas</b>	<b>196</b>	<b>250</b>	<b>49.000</b>
<b>10. Personal especializado (Estadístico)</b>	<b>1</b>	<b>1.000.000</b>	<b>1.000.000</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>2.830.100</b>

**ANEXO C. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)****BDI  
INVENTARIO DE DEPRESIÓN  
AARON T. BECK**

Identificación..... Fecha.....

**INSTRUCCIONES:** En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.

- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. No me siento fracasado.

- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

1. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
2. No me siento especialmente culpable.
  - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - Me siento culpable constantemente.
3. No creo que esté siendo castigado.
  - Me siento como si fuese a ser castigado
  - Espero ser castigado.
  - Siento que estoy siendo castigado.
4. No estoy decepcionado de mí mismo.
  - Estoy decepcionado de mí mismo.
  - Me da vergüenza de mí mismo.
  - Me detesto.
5. No me considero peor que cualquier otro.
  - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
  - Continuamente me culpo por mis faltas.
  - Me culpo por todo lo malo que sucede.
6. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
  - Desearía suicidarme.

- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
7. No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
  - Lloro continuamente.
  - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
8. No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - Me siento irritado continuamente.
  - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
9. No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - He perdido todo el interés por los demás.
10. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
  - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - Ya me es imposible tomar decisiones.
11. No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
  - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
  - Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.

- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16. Duermo tan bien como siempre.

- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. No me siento más cansado de lo normal.

- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Mi apetito no ha disminuido.

- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL: 63 puntos.

### **Interpretación**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido en  $\geq 13$  puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.:  $\geq 16$  en pacientes diabéticos,  $\geq 21$  en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es  $\geq 21$  puntos.

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión.

En población geriátrica los ítems de síntomas somáticos pueden distorsionar al alza la puntuación total, y en general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos.

Al ser un cuestionario autoaplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación

para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es pertinente que el participante conozca las siguientes consideraciones éticas, y posterior a esto tome la decisión bajo ninguna presión de participar activamente de la investigación “**Factores Socio Demográficos y presencia de Depresión en Estudiantes Universitarios de los Programas Académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de una Universidad Pública del Magdalena, Colombia**”.

Dentro de las consideraciones éticas pertinentes para el estudio se encuentran las siguientes:

- **Secreto profesional:** se debe garantizar el anonimato de los participantes, debido a la importancia, respeto a la dignidad y valor del individuo, además por el derecho a la privacidad.
- **Derecho a la no participación:** los participantes al estar informados de la investigación y el procedimiento de la misma, tienen derecho a no contestar la prueba.
- **Consentimiento informado:** los participantes serán informados de que la información será divulgada como material escrito en la biblioteca de la Universidad del Magdalena. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiese revelar el conocimiento de la identidad.

El abajo firmante debe tener conocimiento de las consideraciones éticas establecidas en esta investigación y asume participar de forma voluntaria en el estudio.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**APARTADO DE DATOS COMPLEMENTARIOS.**

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**GENERO:** \_\_\_\_\_

**ESTRATO SOCIO-ECONOMICO:** \_\_\_\_\_

**PROGRAMA:** \_\_\_\_\_