

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**



**SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS CON RELACIÓN A LA
UTILIZACIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS EN LA
ESCUELA DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE
LOS ANDES 2010.**

Trabajo para optar al grado de Doctor

Autor

Miriam del Carmen Sosa Nieto

Director

Dr. José María Poveda de Agustín

Madrid – España

2011

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOANÁLISIS
DEPARTAMENTO DE FARMACOGNOSIA Y
MEDICAMENTOS ORGÁNICOS**



**SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS CON RELACIÓN A LA
UTILIZACIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS EN LA
ESCUELA DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE
LOS ANDES 2010.**

Tesis presentada para la obtención
del grado de Doctor por Miriam del Carmen Sosa Nieto
Bajo la dirección del Dr. José María Poveda de Agustín
y la tutoría de la Dra. Ingrid Tortolero.

Mérida – Venezuela

2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que **Doña Miriam del Carmen Sosa Nieto**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo: **“SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON RELACIÓN A LA UTILIZACIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES 2010”**. Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Mayo de 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

DRA. INGRID TORTOLERO, Profesora del Departamento de Bioanálisis Clínico de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Mérida - Venezuela

CERTIFICO

Que **Miriam del Carmen Sosa Nieto**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo: **“SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON RELACIÓN A LA UTILIZACIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES 2010”**. Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Mayo de 2012

RESUMEN

SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON RELACIÓN A LA UTILIZACIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES 2010.

Autor Miriam del Carmen Sosa Nieto
Director Dr. José María Poveda de Agustín

La salud mental no puede enmarcarse exclusivamente con el surgimiento de alteraciones o desórdenes mentales, sino que integra la promoción de la salud a través de ambientes socio-culturales saludables, que involucren aspectos como: autoestima, relaciones interpersonales y otros elementos de bienestar que deben inculcarse en la educación desde la niñez y la juventud. Son conocidas las consecuencias de una salud mental deteriorada, para abordar la misma existen tratamientos con medicamentos o psicoterapia. Diversos autores han asociado el estado de salud mental con la utilización de fármacos. Se han realizado estudios sobre consumo de tabaco, alcohol de baja y alta graduación, cannabis, café, entre otros (anfetaminas, cocaína, éxtasis, alucinógenos, heroína). El consumo de ansiolíticos es significativamente mayor en los sujetos con GHQ-28 positivo. Es relevante estudiar las asociaciones del estado de salud mental con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicológica, factores de influencia negativa, hábitos de consumo de sustancias y la utilización de medicamentos sin prescripción médica, para aportar datos a la comunidad científica general, que sirvan de referencia para estudios futuros. Por tanto nos propusimos determinar asociaciones de la salud mental con la utilización de fármacos y otros factores que pudieran afectar el desenvolvimiento óptimo de los estudiantes. La investigación se desarrolló en la Cátedra de Farmacognosia de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid – España. La muestra estaba conformada por 243 sujetos (190 mujeres y 53 hombres), se aplicó el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg 28 ítems, *Cuestionario de Matutinidad Vespertinidad de Horne y Ostberg*, y una lista recopilada de preguntas sobre ayuda psicológica, estudio y salud, hábitos de consumo de sustancias, además de preguntas referentes a la utilización de medicamentos. Los datos se tabularon y compararon estadísticamente por SPSS 19. Resultados obtenidos revelaron que hay un 29,2% de casos GHQ positivos (25,5% mujeres y 3,7% hombres), la salud mental no varió en relación al año de la carrera. En cuanto a hábitos resalta el consumo de café, otras infusiones y/o refrescos estimulantes bebidas alcohólicas, dentro de los medicamentos más utilizados destacan antigripales, antitusígenos, descongestivos nasales, analgésicos, antiinflamatorios, antipiréticos. La salud mental en general entre los estudiantes es buena, la tendencia de medicarse sin prescripción médica es elevada a pesar de tratarse de estudiantes de Farmacia.

Palabras clave: Salud mental; utilización de medicamentos y drogas; estudiantes universitarios.

ABSTRACT

MENTAL HEALTH OF UNIVERSITY STUDENTS WITH RESPECT TO THE USE OF DRUGS AND MEDICINES IN THE SCHOOL OF PHARMACY OF LOS ANDES UNIVERSITY 2010.

Author Miriam del Carmen Sosa Nieto
Director Dr. José María Poveda de Agustín

Mental health can not be framed solely with the emergence of alterations or mental disorders, but integrates the promotion of health through healthy socio-cultural environments, involving aspects such as: self-esteem, interpersonal relationships and other elements of welfare to be inculcated in education from childhood and youth. They are known the consequences of impaired mental health, to address it there are medical or psychotherapycal treatments. Several authors have associated mental health with the use of drugs. There have been studies on the consumption of snuff, high and low-grade alcohol, cannabis, coffee, etc. (amphetamines, cocaine, ecstasy, hallucinogens, heroin). Anxiolytics consumption is significantly higher in subjects with GHQ-28 positive. It is relevant to study the associations of mental health with the need for objective and subjective psychological help, factors of negative influence, substance use habits and use of nonprescription drugs, to provide data to the general scientific community, to serve reference for future studies. So we decided to determine associations with mental health drug use and other factors which might affect the optimal development of students. The research was developed at the Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy and Bioanalysis, University of Los Andes, Merida, Venezuela and the Department of Psychiatry at the Autonomous University of Madrid - Spain. The sample consisted of 243 subjects (190 women and 53 men), we applied the Goldberg 28-item Mental Health Questionnaire, Horne and Ostberg Morningness Eveningness Questionnaire, and a compiled list of questions about psychological counseling, study and health, substance use habits, as well as questions regarding the use of drugs. The data were tabulated and compared statistically by SPSS 19. Results obtained showed 29.2% of positive GHQ cases (25.5% women and 3.7% men), mental health was unchanged from a year of the career. Regarding to habits, underscores coffee, other teas and/or stimulating drinks alcoholic beverages consumption; within the most commonly used medications include flu, cough suppressants, nasal decongestants, analgesics, anti-inflammatory, antipyretic. The overall mental health among students is good; the trend of non-prescription medication is high despite being Pharmacy students.

Keywords: Mental health, use of medications and drugs, college students.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	i
ABSTRACT.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	ix
AGRADECIMIENTO	xii
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2 Antecedentes de la Investigación	4
1.3. Justificación	23
1.4 Objetivos de la Investigación	25
1.4.1 Objetivo General	25
1.4.2 Objetivos Específicos.....	25
1.5. Hipótesis.....	26
CAPÍTULO II	27
MARCO TEÓRICO	27
2.1. Revisión de la literatura. Aspectos conceptuales y teóricos	27
2.2 Variables.....	51
CAPITULO III	56
MARCO METODOLÓGICO.....	56
3.1 Diseño y muestra.....	56
3.2 Selección de los elementos muestrales.....	56
3.3 Encuestas.....	57
3.4 Análisis estadístico.	58

CAPITULO iV RESULTADOS	60
CAPITULO v	93
DISCUSIÓN	93
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES.....	109
BIBLIOGRAFÍA.....	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Base de datos inicial en estudiantes de la Facultad de Farmacia.	60
Tabla 2.- Grados de salud mental según género, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	61
Tabla 3.- Grados de salud mental según el año de estudio, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	63
Tabla 4.- Ayuda psicológica en estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	64
Tabla 5.- Principales razones que conllevan a necesitar ayuda psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	67
Tabla 6.- Influencias negativas en la calidad de vida, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	68
Tabla 7.- Distribución de frecuencias de la variable posibilidad de realizar otras actividades y aficiones, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	70
Tabla 8.- Distribución de frecuencia de la variable que esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera, estudiantes Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	71
Tabla 9.- Distribución de frecuencia de la variable grado de satisfacción en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010).....	74
Tabla 10.- Distribución de frecuencias asociadas a la variable grado de consumo de sustancias subjetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	75
Tabla 11.- Distribución de frecuencias asociadas a la variable grado de consumo de sustancias objetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	77

Tabla 12.- <i>Distribución de frecuencias en cuanto a la automedicación y salud mental, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	79
Tabla 13.- <i>Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	80
Tabla 14.- <i>Distribución de frecuencias de los motivos para medicarse sin previa consulta médica, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	82
Tabla 15.- <i>Distribución de frecuencias sobre la fuente de información por la cual los estudiantes decidieron emplear un medicamento, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	84
Tabla 16.- <i>Distribución de frecuencias sobre la eficacia de la medicación, empleada por iniciativa propia del estudiante, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	86
Tabla 17.- <i>Distribución de la fuente de adquisición o acceso a los medicamentos, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	87
Tabla 18.- <i>Distribución de frecuencias según el riesgo que representa para la salud consumir algún medicamento sin control médico, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	89
Tabla 19.- <i>Distribución de frecuencias de los estudiantes según el ritmo circadiano, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	90
Tabla 20.- <i>Distribución de frecuencias de los estudiantes según el ritmo circadiano y automedicación, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....</i>	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Salud mental GHQ-28 según género, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	62
Figura 2.- Salud mental / año carrera, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	63
Figura 3.- Ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	65
Figura 4.- Ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	65
Figura 5.- En la actualidad utiliza algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	66
Figura 6.- En la actualidad cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	66
Figura 7.- Principales razones que conllevan a necesitar ayuda psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	67
Figura 8.- Influencias negativas en la calidad de vida y QHQ-28, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	69
Figura 9.- Influencia negativa en la calidad de vida en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010).....	70
Figura 10.- Antes de empezar los estudios de universidad que esperaba de la carrera, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010- 2011)	72
Figura 11.- Actualmente que ha encontrado en la carrera, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010 2011)	73
Figura 12.- Grado de satisfacción en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010).....	74

Figura 13.- Grado de consumo de sustancias subjetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	76
Figura 14.- Grado de consumo de sustancias objetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	78
Figura 15.- Automedicación y salud mental, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	79
Figura 16.- Consumo de medicamentos, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	81
Figura 17.- Motivos para medicarse sin previa consulta médica, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	83
Figura 18.- Fuente de información por la cual los estudiantes decidieron emplear un medicamento, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	85
Figura 19.- Eficacia de la medicación, empleada por iniciativa propia del estudiante, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	86
Figura 20.- Fuente de adquisición a los medicamentos, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	88
Figura 21.- Riesgo que representa para la salud consumir algún medicamento sin control médico, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	89
Figura 22.- Ritmo circadiano, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	90
Figura 23.- Ritmo circadiano y automedicación, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	92

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.- Carta de consentimiento del encuestado.....	129
Anexo 2.- Datos personales e instructivo (GHQ-28)	130
Anexo 3.- Síntomas somáticos (GHQ-28).....	131
Anexo 4.- Ansiedad e insomnio (GHQ-28).....	132
Anexo 5.- Disfunción social (GHQ-28)	133
Anexo 6.- Depresión grave (GHQ-28).....	134
Anexo 7.- Ayuda psicológica APESH-UAM.....	135
Anexo 8.- Estudios y salud APESH-UAM	137
Anexo 9.- Hábitos APESH-UAM	138
Anexo 10.- Cuestionario Matutinidad Vespertinidad	141
Anexo 11.- Formato de recopilación de datos asociado a la automedicación	142
Anexo 12.- Frecuencia por sub-escalas del GHQ-28 por género y año de estudio, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	143
Anexo 13.- Ayuda psicológica y salud mental, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	144
Anexo 14.- Influencias negativas en la calidad de vida y QHQ-28, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	144
Anexo 15.- Distribución de frecuencia de la variable que esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera y GHQ-28 en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	145
Anexo 16.- Distribución de frecuencia de la variable grado de satisfacción y GHQ-28 en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	146

Anexo 17.- Distribución de frecuencia asociada a la variable hábitos de consumo de sus compañeros vs. GHQ, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010).....	147
Anexo 18.- Distribución de frecuencia asociada a la variable hábitos de consumo vs. GHQ, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	148
Anexo 19.- Distribución de frecuencia año de carrera, GHQ, genero y automedicación, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)	149
Anexo 20- Distribución de frecuencia año de carrera, GHQ, genero y cantidad de medicamentos tomados, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010).....	150
Anexo 21.- Automedicación y GHQ-28 total, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	151
Anexo 22.- Representa algún riesgo para su salud consumir algún medicamento sin control médico y GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	152
Anexo 23.- Representa algún riesgo para su salud consumir algún medicamento sin control médico y GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010.....	153
Anexo 24.- Distribución de frecuencia según las sub-escalas del GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010..	154
Anexo 25.- Distribución de frecuencias posibles influencias negativas en la calidad de vida I GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	155
Anexo 26- Distribución de frecuencias posibilidad de realizar otras actividades y aficiones I GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010	156
Anexo 27.- Distribución de frecuencias de la variable que esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera / GHQ-28, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.....	157

Anexo 28.- <i>Distribución de frecuencias de la variable grado de satisfacción / GHQ-28, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.</i>	158
Anexo 29.- <i>Distribución de frecuencias de la variable hábitos de consumo según año de carrera y genero, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.</i>	159
Anexo 30.- <i>Distribución de frecuencias de la variable hábitos de consumo según tipología circadiana, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.</i>	160

AGRADECIMIENTO

A **Dios Todopoderoso**, por depositar en mí la fe para lograr la victoria del saber.
Gracias por iluminar mi camino y lograr este gran sueño.

Al **Dr. José María Poveda de Agustín**, por orientar mis ideas, por su comprensión y dedicación en la realización de este trabajo, mi más sincero agradecimiento.

A la **Dra. Ingrid Tortolero**, por sus consejos, ayuda desinteresada y su gran amistad.

Al **Dr. Jesús Poveda de Agustín**, por su valiosa asesoría y orientación para el desarrollo de la investigación.

A la **Dra. Rosario López**, por sus acertadas orientaciones en el plano metodológico y aportes en el análisis estadístico de la información.

A **todos los estudiantes**, de la Escuela de Farmacia que participaron en las encuestas de manera voluntaria para la realización de la investigación.

A **las Autoridades de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis**, por aprobar y apoyar la realización de este proyecto.

A **todos y cada uno de los profesores**, por organizar y colaborar en la aplicación de las encuestas en las diferentes secciones.

MIRIAM

*“El Señor hizo brotar las plantas medicinales, y el hombre prudente no las desprecia.” **Eclesiástico cap. 38,4***

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

El uso de drogas y fármacos en las sociedades con un cierto nivel de urbanismo, es una actividad cotidiana y hasta cierto grado normal, debido a que estamos en un mundo globalizado y la información es de fácil acceso, convirtiéndonos en consumidores subliminales de los mercados farmacéuticos, quienes ofrecen productos maravillosos, pero dejando a un lado los inconvenientes que pueden acarrear estos para la salud, cuando no son bien orientados por profesionales del área, causando en gran parte uso inapropiado y automedicación, en el peor de los casos situaciones de dependencia y adicción.

No obstante, un grupo considerable de personas consumidoras de drogas y medicamentos acuden o se orientan con profesionales de la salud que dominan el tema como son médicos y farmacéuticos, siendo estos últimos más consultados por ser más accesibles al público. Otro grupo lo conforman los hipocondríacos, quienes están permanentemente alertas a evitar síntomas, no para evadir los mismos sino por miedo a padecer la enfermedad, y un tercer grupo que toman los medicamentos de manera irresponsable.

Muchas veces las personas tienden a usar medicamentos sin prescripción facultativa u orientándose en función a su sintomatología usando prescripciones anteriores, pudiendo caer en una automedicación, en cierto grado permisible si es de manera consciente y por razones prácticas, antes

de llegar a la consulta o por sugerencia médica, siempre y cuando se practique en un lapso corto de tiempo.

En la presente investigación de carácter cuantitativo inferencial, se plantea como objetivo principal evaluar el nivel de salud mental asociado al consumo de drogas y medicamentos de los estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, de la Universidad de Los Andes – Mérida, Venezuela.

El trabajo se estructuró en cinco capítulos, cuyo contenido está referido a:

- **Capítulo I**, se abarca el problema, los antecedentes, destacando el planteamiento y delimitación, así como los objetivos de la investigación, hipótesis, justificación, alcances y limitaciones.
- **Capítulo II**, aborda las bases teóricas, es decir, aspectos teóricos de la misma y antecedentes de la investigación y aspectos referidos al consumo de drogas y medicamentos en estudiantes universitarios.
- **Capítulo III**, se encuentran los elementos que conforman el marco metodológico, señala el nivel de la investigación, diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procesamiento y análisis de los mismos.
- **Capítulo IV**, se expone todo lo concerniente a la presentación y análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta de opinión.
- **Capítulo V**, se incluyen la discusión, conclusiones y recomendaciones, y por último la Bibliografía y anexos.

1.1. Planteamiento del problema

El abuso de drogas y medicamentos entre estudiantes universitarios es un problema de importancia fundamental, siendo abordado en diversos trabajos en estudiantes del área de la salud, tanto de pregrado como de postgrado en distintos lugares. Para nuestro objeto de estudio nos enfocaremos en los estudiantes de pregrado de la carrera de farmacia de la Universidad de Los Andes – Venezuela. Los estudiantes en las universidades están en un continuo y constante proceso de aprendizaje, pudiéndose ver afectado por factores no específicos de carácter psicológico, somáticos y condiciones de trabajo estresantes. El enfoque más corriente para tratar las relaciones entre el medio ambiente psicológico del trabajo y la salud del estudiante, pueden verse afectadas por factores diversos por los que el universitario se ve imposibilitado en manejar aspectos asociados al estrés, problemas de diversa índole ajenos al recinto universitario, ritmos de sueño, tipología circadiana, entre otros, que pueden predisponerlos a un uso inapropiado de medicamentos y drogas.

Por lo anteriormente expuesto nos planteamos en este estudio las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el estado de salud mental de estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia utilizando el Cuestionario de salud mental de Golberg?, ¿necesitan los estudiantes atención psiquiátrica o psicológica, de acuerdo a su estado de salud mental?, ¿las influencias negativas afectan la calidad de vida entre los estudiantes, así como la posibilidad de realizar otras actividades y aficiones?, ¿Difieren las expectativas de los estudiantes antes y en la actualidad con respecto a la carrera?, ¿Cuál es el grado de satisfacción de los estudiantes con sus compañeros, profesorado, y personal administrativo?, ¿Cuál es el grado de consumo personal de sustancias y la percepción que los encuestados tienen de sus compañeros?, ¿cuál es la automedicación en los estudiantes?, ¿Cuál

es el grupo de medicamentos más utilizado y el motivo por el cual los estudiantes se medican? ¿Cuál es la tipología circadiana más resaltrante de los estudiantes?.

La Universidad de Los Andes – Venezuela está conformada por tres núcleos principales ubicados en los estados de Mérida, Táchira y Trujillo, para efectos del presente estudio nos concentraremos en el núcleo Mérida, sobre la salud mental de estudiantes universitarios con relación a la utilización de drogas y medicamentos en la Escuela de Farmacia de la Universidad de Los Andes desde mayo de 2010 hasta la actualidad.

1.2 Antecedentes de la Investigación

En el segundo consenso (Consensus Comite, 2002) celebrado en Granada - España, se presentó como objetivo general definir el concepto de problemas relacionados con el resultado clínico negativo del uso del medicamento. El estudio se llevó a cabo en más de 2500 pacientes, analizando la prevalencia de problemas relacionados con medicamentos, los resultados obtenidos reflejaron que, uno de cada tres pacientes presenta problemas relacionados con medicamentos (PRM) (Consensus Comite, 2002)

El trabajo publicado por Aguado (2005), sobre automedicación en estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, ubicada en Sáenz Peña, Chaco, Argentina, utilizando una muestra de 417 estudiantes, presenta un estudio de tipo transversal, descriptivo con recolección prospectiva de la información. La autora refiere que estudios realizados en la población general en Brasil y Argentina muestran un elevado porcentaje de consumo de medicamentos sin que medie la consulta médica. Sin embargo, no existen publicaciones de estudios que indiquen las

características específicas de la automedicación en poblaciones bien definidas, como la de los estudiantes universitarios.

Para Peruga et al (2002), en un estudio relacionado con el consumo de sustancias adictivas en las Américas, realizado en el Cono Sur de América Latina, señala que a los 15 años de edad ya fuman cerca del 40% de los jóvenes y la gran mayoría respira en casa el aire contaminado por el humo de tabaco de los demás. En América Latina cada persona consume en promedio 6 kilos de alcohol puro por año, lo que constituye la cifra más alta del mundo menos desarrollado. Los autores reflejan que la marihuana es la droga que mayormente consume la población. Se estima que 45 millones de ciudadanos en estas poblaciones la consumen. Si bien los daños causados al organismo que genera el consumo de drogas ilegales no llegan a la magnitud de la ocasionada por las drogas legales, las consecuencias sociales son mucho mayores.

La recopilación documental sobre el abuso en el consumo de drogas en diversos países de América Latina obtenido por Peruga en la década de los noventa, no se aleja de la realidad actual y pudiera ser incluso mayor en cuanto al consumo de sustancias estudiadas por el autor.

Según Gutiérrez, et al (2001), en un trabajo sobre el consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conducta alimentaria de riesgo, realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente DF. México, cuyo objetivo de investigación consistió en conocer la prevalencia del uso de drogas (excluyendo alcohol y tabaco) alguna vez en la vida, el último año y/o el último mes de dos grupos de mujeres adolescentes con o sin conductas alimentarias de riesgo, e indagar la relación con algunas variables ambientales asociadas a la probabilidad de iniciar o continuar con el uso habitual de drogas. Con respecto a los resultados encontrados entre drogas médicas y drogas ilegales, los datos mostraron que las ado-

del grupo en riesgo han consumido, por lo menos una vez en la vida, 3 veces más drogas médicas y 2,4 veces más drogas ilegales, que las mujeres del grupo sin riesgo, con diferencias significativas entre los grupos Chi-cuadrado (X^2) 8.37, $p < 0,05$ para las drogas médicas y $X^2 = 5,21$, $p < 0,05$ para las ilegales); el porcentaje más alto correspondió a las drogas médicas 16,1%, seguido de las drogas ilegales 15,4%. Respecto a las prevalencias del uso de drogas médicas y no médicas, en el último año y en los últimos 30 días anteriores a la encuesta, se observó que el grupo de riesgo es el que consumió drogas en mayor proporción. Entre el grupo en riesgo y el grupo que no estaba en riesgo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el caso de las drogas ilegales consumidas en el último año, de manera que por cada adolescente del grupo sin riesgo, que consumió este tipo de drogas durante ese periodo, hay 4 adolescentes del grupo en riesgo ($X^2 = 8,32$; $p = 0,003$). Resulta interesante mencionar que sólo las adolescentes del grupo en riesgo habían consumido drogas ilegales recientemente. La distribución del consumo alguna vez en la vida, de acuerdo con el tipo de sustancia utilizada. Los índices del consumo de tranquilizantes 10,5%, cocaína 8,4%, y anfetaminas 7,7% son mayores en el grupo en riesgo que en el grupo sin riesgo. Por otra parte, la marihuana 3,5% y los inhalables 2,8% fueron las drogas que más usó este último grupo.

En Colombia, Butirica (2002), realizó un estudio sobre automedicación en estudiantes de la Universidad de Caldas, Manizales, cuyo objeto de estudio fue determinar la frecuencia y características de la automedicación en los estudiantes de la Universidad de Caldas, en el cual encontró que el 47% de los estudiantes se automedican, de los cuales el 68,6% se automedicaron un solo medicamento, mientras que el 31,4% utilizó dos o más. Gran parte de los fármacos automedicados correspondieron a productos de venta libre (70%). Quienes se automedicaron estaban en un rango de edad de 16-20 años y la mayoría eran mujeres (57,4%). La autora reseña que las facultades

donde se encontró mayor automedicación fueron Ciencias para la salud (30,3%) y Ciencias Agropecuarias (20%), el 49,7% restante se distribuyó en las otras facultades; cabe resaltar que la Facultad de Ingeniería tiene tendencia baja a automedicarse 8%. La mayoría de estudiantes pertenecían a un estrato socioeconómico medio (74,4%). El grupo farmacológico más utilizado fue el de los antiinflamatorios no esteroideos (67%), seguidos por antihistamínicos y antigripales (14%), antibióticos (8,5%), antiulcerosos (7%) y otros (3,5%). Todos los medicamentos se utilizaron vía oral. El motivo de uso más frecuente fue la cefalea (33%), seguida de otros dolores (22,4%), afecciones respiratorias (18%), afecciones de los sistemas genitourinario y gastrointestinal (9%) cada uno, problemas osteomusculares (7%) y para el sistema nervioso central (1,6%).

Por su parte, Boyd (2007) presenta un estudio sobre las motivaciones de los adolescentes para el abuso de medicamentos de prescripción, realizado en una comunidad del Sureste de Michigan, Estados Unidos, cuyo objeto de estudio consistió en determinar los motivos para el abuso de cuatro clases de drogas de prescripción: Inductores del sueño, sedantes/ansiolíticos, estimulantes y analgésicos opiodes y evaluar si las motivaciones para el consumo se asociaban a mayor riesgo de abuso de otras sustancias, el 12% de los estudiantes consumió opiodes para el dolor en los últimos 12 meses; el 3% inductores del sueño; el 2% sedantes/ansiolíticos y el 2% estimulantes. No hubo diferencias entre sexos salvo para los analgésicos, donde las mujeres mostraron mayor tendencia a su consumo ilícito ($X^2 = 9,9$; $p < 0,01$). Los varones presentaron mayor tendencia a la adicción (como razón del uso no médico) para 3 de las 4 clases de drogas. Sin embargo, este subgrupo fue pequeño, por lo cual los resultados deben ser interpretados cautelosamente.

Las motivaciones variaron según la clasificación de la droga: por ejemplo, el 75% de los estudiantes que utilizaron medicación para dormir sin prescripción en el último año, reveló que su única razón fue lograr dicho efecto.

En el estudio de Boyd et al, (2007) sobre el abuso de inhaladores para el asma, se observó que los estudiantes que usaban en forma incorrecta los inhaladores prescritos para su tratamiento eran más susceptibles al consumo de cigarrillos, marihuana, alcohol y al abuso de drogas ilícitas, sin diferencias entre sexos, indicando que éstas pueden variar según el tipo de droga.

Teter y col, citado por Boyd, (2007) evaluaron los motivos para el abuso de estimulantes en una muestra al azar de 9161 universitarios; el 8% los había utilizado sin indicación médica en alguna ocasión. Se solicitó a los estudiantes que describieran las razones para su uso ilícito: los motivos más frecuentes fueron mejorar la concentración, aumentar el estado de alerta, y elevar el ánimo; no variaron según sexos. Para determinar el abuso de estimulantes, Pasillo et al (citado por Boyd 2007) evaluaron a 370 estudiantes, no encontrando diferencias en las motivaciones entre ambos sexos; el 13% reconoció haber consumido estimulantes que no fueron prescritos para sí mismos. El 27% refirió consumirlos durante los fines de semana, el 15% antes de exámenes, y el 12% cuando finalizaban. Cuatro de los 10 estudiantes a los que se les había recetado estimulantes reconocieron también el uso no médico de los mismos.

Pohjanoksa (2008) en un estudio realizado en Finlandia, cuyo objetivo consistió en determinar la prevalencia de los servicios de correo electrónico y asesoramiento de medicamentos, además de evaluar la exactitud y la exhaustividad de las respuestas por parte de farmacias que ofrecen la oportunidad de asesorar sobre medicamentos por correo electrónico para

consultas relacionadas con el uso de antidepresivos, dicho estudio se realizó en las farmacias de la comunidad finlandesa. Los datos se recopilaron con los clientes virtuales relacionados con las preocupaciones comunes de los pacientes que toman antidepresivos. Dos preguntas fueron enviadas por correo electrónico a cada farmacia en enero y febrero de 2005. Las respuestas se analizaron, utilizando un sistema de puntuación previamente estructuradas por los investigadores. De las 1087 consultas relativas a información sobre drogas o la salud fueron del 65%, (55,2% mujeres), el 61% estaban entre 19 y 55 años de edad. Más del 60% de las consultas planteadas eran con receta o de venta libre. Los consumidores estaban más interesados en la eficacia del medicamento, la seguridad y las interacciones entre medicamentos.

Otras de las investigaciones relacionadas con el tema, fue la realizada por Georgef, et al (2006) sobre automedicación: experiencia en estudiantes de 5º año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina, los objetivos del estudio fueron: (1) Determinar la prevalencia de la conducta de Automedicación en estudiantes del 5ª año de la Facultad de Medicina. (2) Establecer cuáles son los medicamentos más frecuentemente consumidos en automedicación. (3) Identificar posibles motivaciones para la automedicación, así como las fuentes de información empleadas para esta conducta de los estudiantes de quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste Argentina. Los resultados obtenidos en dicho estudio fue que el 92% de los estudiantes han empleado uno o más medicamentos por cuenta propia, sin prescripción médica en los últimos seis meses. Siendo los más utilizados los analgésicos antiinflamatorios y antifebriles (84%), la presencia de síntomas leves fue el motivo principal de consumo (50%) y si recibieron información de una prescripción anterior (40%).

En Argentina, La Gaceta (2007) publicó un reporte sobre que la mayoría de estudiantes de Enfermería se automedica, reportan que un 91% se automedica. El 78% afirma hacerlo a veces, y un 13%, siempre. El tipo de remedios que toman sin receta médica, es encabezada por analgésicos (65%). Seguido de antigripales (8%), antibióticos (6%), y antiácidos y corticoides (3%). El dolor: de cabeza, muscular, por lesiones o menstrual, es la razón de automedicación (52%). Otros motivos malestar general (19%), fiebre (11%), alergia (4%), acidez (3%), cansancio y debilidad (2%). Un 55% de los encuestados compra los medicamentos en farmacias. El 27% lo hace en quioscos; el 11% los obtiene en hospitales y el 7% de familiares o amigos.

De igual manera, Bureau (2009), analiza la automedicación responsable versus autoprescripción en una subpoblación de estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Determinó que es alto el porcentaje de estudiantes que se automedican (72%). Pese a ello, los responsables de la investigación afirman que un número importante lo hace de manera responsable, conociendo la posología y el tiempo adecuado de consumo.

Para Dos Santos et al, (2006), en su investigación sobre el uso de drogas psicoactivas por parte de los estudiantes de pregrado de las ciencias de la salud de la Universidad Federal de Amazonas, Brasil, encontró que un 87,7% consume alcohol, en comparación con el 30,7% que consume tabaco. Se observó un 39,7% de consumo de tabaco en varones. Dentro de las drogas ilícitas usadas más comunes se encontró un 11,9% en solventes, 9,4% marihuana, las anfetaminas y ansiolíticos 9,2% cada uno, la cocaína 2,1%, y alucinógenos 1,2%. El consumo de esteroides anabólicos fue de 2,1%. El abuso de alcohol en un 12,4% por parte de los estudiantes. El principal motivo de uso de drogas ilícitas era la curiosidad.

Cabrera et al, (2009), presenta un estudio descriptivo y transversal sobre la salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en el municipio "Rafael Urdaneta" del estado Miranda en la República Bolivariana de Venezuela, en 40 de los 49 alumnos de medicina del área de salud integral comunitaria de transporte, durante el segundo trimestre del curso escolar 2008. Aplicó el cuestionario de salud general de Goldberg (siglas en inglés GHQ) en su versión castellana de 12 ítems. El análisis estadístico fue realizado mediante el cálculo de la media y la desviación estándar, además del estadígrafo no paramétrico de χ^2 . Concluyeron que algunos estudiantes presentaban deterioro en la salud mental, así como también que no existía asociación entre el consumo de alcohol y tabaco y el resultado de la aplicación de dicho cuestionario; por otro lado, aunque entre las alumnas se halló el mayor número de casos, su porcentaje fue menor que entre los varones.

Gómez (2007), expone sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios de la Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, Venezuela, afirma que de los estudiantes el 85,3% consume alcohol (fines de semana (34,6%)), el 28,1% fuma, el 22,1% ha consumido drogas ilícitas alguna vez y el 13,7% consume actualmente. La edad de inicio de consumo fue antes de los 20 años, la droga ilícita de más uso es la marihuana (15,2%), seguida de cocaína (9,4%), éxtasis (5%), heroína (4,8%), bazuco (3,3%), crack (2%), inhalantes (1,7%), barbitúricos (1,5%), anfetaminas (1%). La vía más frecuente de uso es la oral (59,8%) y el lugar de consumo más frecuente en fiestas (29,8%), un 21,5% de los encuestados consume drogas en la universidad. Se encontró un porcentaje considerable de consumo de drogas lícitas e ilícitas en los encuestados, siendo en su mayoría del segundo año de la carrera, una parte de ellos lo hace dentro de las instalaciones universitarias.

Según González et al (2008), en su trabajo sobre las características de los estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad del Zulia 2005, Núcleo Maracaibo, Venezuela, aplicó el cuestionario GHQ-28, donde encontró que el 35,6% de los estudiantes presentaron ansiedad y angustia, 28,6% somatización, 5,9% depresión, y disfunción social 4%. En cuanto a hábitos de consumo menos del 40% consume café, menos del 10% fuma tabaco o cigarrillo, menos del 60% alcohol, y menos del 10% medicamentos.

En otro orden de ideas, Tineo, (2002), en relación a la salud mental, presenta en el Informe de la comisión institucional sobre la investigación del perfil del estudiante universitario Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez. Cohortes 1998 y 1999, Venezuela, que no se apreciaron elementos significativos indicadores de problemas psicológicos, sin embargo, se observa un porcentaje de riesgo de aproximadamente 15% en el área referente a ansiedad y angustia, particularmente en la población femenina. La población etárea de más riesgo se ubica de 16 a 20 años, lo cual declina progresivamente a medida que aumenta la edad. Este elemento es favorable a la población estudiantil del Instituto, cuyo promedio de edad supera los 20 años. Las escalas de menor incidencia de riesgo son la disfunción social y la depresión.

Morales (2010), presenta un estudio de salud mental en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, cuyo objetivo fue evaluar la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos que tiene el estudiante de la Facultad Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, siendo conformada por 833 estudiantes de los 11.448 estudiantes de esta facultad, utilizando el instrumento validado para tal fin, GHQ-28 Goldberg. Encontró que los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación en cuanto a los hábitos de consumo personal de sustancias

destacan: la ingesta diaria de café (13% alterados y 7% normales), existe consumo personal de otras infusiones y/o refrescos estimulantes (19% salud mental alterada y 5% los no alterados). La autora afirma que existe relación entre el estado de salud mental y el hábito de ingerir café y otras infusiones y/o refrescos estimulantes en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación objeto de estudio.

De igual manera, Karama et al (2000), en un estudio sobre el uso y abuso de sustancias lícitas e ilícitas: prevalencia y factores de riesgo entre los estudiantes en Líbano, cuyo objeto de estudio fue examinar los patrones de uso de sustancias en el Líbano en una muestra estratificada de 1851 estudiantes universitarios obtenida de entre dos universidades. Dicho estudio señala que la prevalencia de nicotina fue 18,3% del consumo de alcohol 49,4%. El 2,1% alcohólico y 2,4% alcohólicos dependientes según los criterios DSM-III. Para el resto de sustancias, tranquilizantes (10,2%), mientras que la heroína de tasa más baja (0,4%), las tasas de abuso y la dependencia en estas categorías (excepto el alcohol y la nicotina) según el criterio DSM III varió de 0,1 a 0,8%.

Para Espig et al (2009), en su investigación sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a escuelas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, tenía como meta, la caracterización de uso de alcohol en estudiantes de nuevo ingreso a la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Venezolana. Los resultados fueron: el 77% de sexo femenino y 97% solteros. La edad de inicio en uso de alcohol fue de 15 ± 2 años en promedio. El 80,8% de la población encuestada ha consumido alcohol. La cerveza, vodka y vino fue lo más consumido, con diferencias significativas entre las escuelas. Predominó un consumo ocasional (75,4%) y como motivo de consumo prevaleció el compartir con amigos (49,8%). En conclusión se presenta una población con

un alto factor de riesgo para el consumo de alcohol, lo que amerita un tratamiento preventivo ante el cambio de ambiente en la carrera universitaria.

Barrett (2006), en su publicación sobre las características del uso indebido de metilfenidato en una muestra de estudiantes universitarios, planteó como objetivo determinar la prevalencia de abuso de metilfenidato como droga estimulante de prescripción, y conocer sobre los patrones de uso indebido y las características de sus agresores. En lo reportado en dicho estudio el 70% informó el uso recreativo del metilfenidato, mientras que el 30% informó que se ha utilizado exclusivamente con fines de estudio. En relación con los que utilizan la droga exclusivamente para el estudio, los usuarios recreativos manifestaron consumir la droga por vía intranasal, así como el consumo del metilfenidato con otras sustancias.

Según resultados de Lambert, et al (2006), sobre la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas entre los estudiantes de medicina en Rio de Janeiro, Brasil, el objeto de esta investigación fue estimar e identificar características asociadas con el consumo de sustancias. En donde el uso del alcohol es del 96,4%. El cuestionario arrojó que el 19,8% de estudiantes con abuso alcohólico tienden a presentar cambios de conducta. Otras drogas usadas fueron el tabaco (54,3%), tranquilizantes (24,2%), cannabis (20,9%), inhalantes (18,4%), cocaína (3,4%), LSD (3,3%), anfetaminas (1,1%), sustancias para bajar de peso (0,9%) y éxtasis (0,4%).

Resultados similares fueron obtenidos por Pereira en el 2008, donde el 24% afirmó el uso de tranquilizantes, el 64% tenían medicamentos psicotrópicos en el hogar y 34% era con recetas médicas. El 2% compró en la farmacia sin receta, el 5% obtuvo los medicamentos por otras fuentes, tales como los amigos y las muestras gratuitas de los laboratorios farmacéuticos. El 45% sabía cómo y dónde comprar las drogas ilícitas y el 62% considera difícil

hacerlo. De los estudiantes que afirmaron consumir cannabis, el 33% reconoció consumir cocaína.

De igual manera, Pereira et al (2008), en su trabajo sobre el uso de sustancias psicoativas entre universitarios de medicina de la Universidad Federal del Espíritu Santo, en Brasil, presentó como objetivo de estudio describir el uso de sustancias psicoactivas entre los estudiantes universitarios del Centro de la Facultad de Medicina de Ciencias de la Salud, la Universidad Federal de Espírito Santo. Dicho estudio fue de tipo exploratorio, descriptivo, transversal y cuantitativo. Realizado en 168 estudiantes, de primero al último año de la escuela de medicina. El instrumento utilizado en la recolección de datos fue el cuestionario sobre el uso de medicamentos, adaptación del cuestionario de la OMS. El 54,8% de los universitarios son mujeres, el 76,8% tenían entre 17 y 22 años y 50% pertenecen a la clase B. En cuanto al uso de sustancias psicoactivas, el 86,9% informó de por vida el consumo de alcohol, seguido por el tabaco 22,0%, inhalantes 15,5%, anfetaminas 10,1%, cannabis 9,5%, los alucinógenos y los barbitúricos 1,8% a 0,6%. La autora concluye que, es necesario incluir planes de estudio sobre el tema y programas de prevención para esta población. para impedir el uso indebido de sustancias psicoactivas entre los universitarios.

Hall et al (2005), en su trabajo sobre el uso ilícito de medicamentos estimulantes recetados entre estudiantes universitarios, los objetivos del mismo fueron (a) examinar en qué medida los medicamentos estimulantes que los estudiantes universitarios utilizan ilícitamente prescritos para el trastorno de hiperactividad por déficit de atención, (b) determinar por qué los estudiantes universitarios abusan de tales drogas, y (c) identificar los factores de predicción del consumo ilícito de estimulante con prescripción médica. Los mismos revelaron que el (17 y 11) % de hombres y mujeres

respectivamente reportan uso ilícito de medicamentos estimulantes prescritos. 44% de los encuestados dijeron que sabían que usaban ilícitamente medicación estimulante por razones académicas y recreativas. Los estudiantes reportaron que experimentaron estrés asociado con la vida universitaria y debido a ello justificaron el uso de estimulantes para lograr mayor atención y energía.

González, citada por Gómez (2007), reporta que en la escuela de Arquitectura de la Universidad del Zulia (2000), en un estudio con 200 alumnos, señala que dentro de los factores de riesgos asociados al consumo de drogas, son mayores los institucionales y sociales; asimismo, encontró que la prevalencia mayor del consumo es de alcohol 55% y un 2,5% de los estudiantes usan drogas ilícitas como: la cocaína, marihuana, heroína, alucinógenos, anfetaminas e inhalantes

Siguiendo la línea de investigación Escobar en el 2005, presenta un trabajo relacionado con la automedicación en estudiantes, realizado en Santa Cruz de la Sierra - Bolivia, se basó en la frecuencia, acceso, tipo de fármaco, causas y motivación, más que reflexionar sobre los tipos de drogas consumidas, lo importante que podemos inferir de este trabajo es que, la razón de consumo de medicamentos lo hace por motivación propia 31%, por sugerencia de amigos 20%, por antigua prescripción médica 12%.

De acuerdo al criterio de los investigadores, el afectado es el primero en autodiagnosticarse, porque tiene cierto nivel de consciencia de su malestar, una molestia que a diferencia de otras épocas no lo lleva necesariamente a consultar a otra persona (médico, psicólogo, psiquiatra, curandero), sino a automedicarse; enmascarando así su problema y silenciando su síntoma. En relación al punto de compra del psicofármaco, un 63% de los estudiantes afirma haberlo adquirido en farmacias, a pesar de que existen normas de control que deben cumplir los establecimientos farmacéuticos para dispensar

psicotrópicos y estupefacientes, entre los cuales se encuentran los tranquilizantes, que ocupan el primer lugar de preferencia entre los universitarios.(Escobar N, 2005)

En Colombia Tobón (2002) realizó una investigación exploratoria y descriptiva de corte transversal sobre la automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia, en la cual plantea que algunas variables asociadas a los medicamentos contribuye a problemas de salud pública, por el uso no óptimo de los mismos. A pesar de que los universitarios conocen las implicaciones, riesgos y desventajas del uso inapropiado de medicamentos, se halló que un 97% de las personas se automedican, a pesar de que el 88% informan que conocen el posible riesgo de este hábito.

Osada (2008) presenta como objetivo determinar el consumo de cafeína y su relación con sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina de la Universidad Cayetano Heredia en Lima, Perú, donde el 96,3% de participantes consumen cafeína en un nivel promedio de 147,35 mg/día, 34,13% de los estudiantes presentó sintomatología ansiosa, 29,89% depresiva y 20,63% síntomas de ambas. No se encontró relación entre el grado de consumo de cafeína y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

Martínez et al, (2008) investiga sobre la calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol. El objetivo principal del estudio fue determinar las características socio-demográficas y de consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud medicina y enfermería. Se investigan, además, los grupos farmacológicos y fármacos de mayor uso, la prevalencia, la frecuencia del consumo y la persona que lo motiva. Se realiza un estudio de tipo descriptivo cross-sectional con 820 estudiantes encuestados con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving. Se estudió el consumo de fármacos psicotrópicos en

estudiantes. Este estudio es de tipo descriptivo, la prevalencia de consumo de psicotrópicos es de 18,3% en enfermería y 16% en medicina, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa y es mayor en hombres 19% que en mujeres 10%, $p=0.02$. Los hallazgos de este estudio confirman la tendencia a nivel mundial de un alto consumo de medicamentos psicotrópicos entre la población joven, donde el grupo de los antidepresivos figura en el primer lugar 12.9%. Estos resultados no tienen en cuenta si el consumo se hace por prescripción médica o por automedicación.

En un estudio de Magaldi et al, (2004), sobre farmacovigilancia y hábitos de consumo de medicamentos en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, el objeto de estudio fue evaluar los hábitos de consumo de medicamentos, incluyendo los grupos farmacológicos de mayor uso, la automedicación y la preferencia de compra ante los medicamentos de marca registrada vs. los genéricos observaron que el 68,9% de los estudiantes encuestados han experimentado algún evento adverso relacionado al consumo de medicamentos, siendo de tipo alérgico un 8,9%. En cuanto al hábito de consumo de fármacos, el 81% practica la automedicación y el 78% prefiere consumir genéricos versus los de marca registrada.

En Argentina, Grela et al, (2006) presentan un trabajo sobre la automedicación: experiencia en estudiantes de 5° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Del Nordeste. El objeto de estudio fue establecer cuáles son los medicamentos más frecuentemente consumidos en automedicación. Identificar posibles motivaciones para la automedicación, así como las fuentes de información empleadas para esta conducta, los resultados obtenidos fueron Se observó que en el 92% de los alumnos de 5ª año de la facultad de Medicina han empleado uno o más medicamentos por cuenta propia, sin prescripción médica en los últimos 6 meses. Siendo los

más utilizados los analgésicos antiinflamatorios y antifebriles en un 84%. Siendo el principal motivo en un 50 % la presencia de síntomas leves. Recibieron información en un 40% de una prescripción anterior. Los autores concluyen que los alumnos de medicina presentan un elevado porcentaje de automedicación a pesar de conocer el alto riesgo que dicha conducta representa.

Según una publicación hecha por el diario electrónico El Día, sobre alumnos de la Universidad de La Plata – Argentina, se encontró que de acuerdo a las respuestas dadas por 4017 estudiantes sobre automedicación; el 20,3% de estudiante de carreras relacionadas con ciencias biológicas se automedican; de carreras consideradas como ciencias duras el 30,0% y de ciencias sociales el 48,6%. La edad promedio de los estudiantes que respondieron a la encuesta fue de 23,6 años, mientras que el 52% de los consultados fueron mujeres y el 48%, varones. Uno de los autores del trabajo, Gustavo Marín, profesor adjunto de la cátedra de farmacología básica de la Universidad Nacional de La Plata, afirma que la peligrosidad del caso está dada en que la gran mayoría de los chicos que se están medicando, no reciben un monitoreo sanitario adecuado, lo que hace que los riesgos que supone el consumo de fármacos sin receta se acrecienten aún más. El estudio discrimina los distintos tipos de medicamentos consumidos por los universitarios el 88% consume analgésicos en forma periódica mientras que el 66% utiliza los mismos sin indicación profesional. Los antibióticos, consumidos periódicamente, en el 45% de los casos, un 45,1% lo hace sin prescripción médica u odontológica. Por su parte, casi un 7% de los alumnos consume regularmente ansiolíticos y en el 39,3% se automedican.

Según Aguado (2005) en un estudio relacionado con la automedicación en estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina, plantea como objeto de estudio definir el perfil de conducta de

automedicación de dichos estudiantes y establecer algunos parámetros que permitan una aproximación a la descripción de la realidad socio-sanitaria de los mismos.

La autora del párrafo anterior refiere que los estudiantes solteros, que constituyen la amplia mayoría de los encuestados (79,17%), se automedican en un 85,38%; los casados o en pareja se automedican en un 83,33%, mientras que los divorciados o separados lo hacen en un 100%. Sin embargo, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas. En relación al tipo de medicamentos empleados los 3 grupos de fármacos más frecuentemente utilizados resultaron ser, en orden de importancia: 1) analgésicos, antiinflamatorios, antifebriles; 2) antigripales, medicamentos para resfríos, tos, descongestivos nasales y 3) antiácidos y digestivos.

Tizón et al (2006), realiza un estudio con enfermeras y auxiliares de enfermería del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Profesor Novoa Santos, de A. Coruña, cuyos objetivos fueron conocer el comportamiento respecto a la automedicación de un grupo de profesionales de enfermería de atención hospitalaria e identificar los medicamentos más empleados por dichos profesionales en automedicación y sus fuentes de obtención. Afirma que las motivaciones variaron según la clasificación de la droga, el 75% de los estudiantes que utilizaron medicación para dormir sin prescripción en el último año, revelaron que su única razón fue lograr dicho efecto. Las edades promedio fueron de 63,8 años, 72,5% eran mujeres; el 57,5% tienen un nivel de educación primaria, y el 37,1% toma psicofármacos, más de un cuarenta 40% de la población tienen trastornos cognitivos y el 49,7% discapacidad funcional total. Según el GHQ-12, el 27% de los estudiados tenían trastornos de salud mental, el 31,3% de las familias eran disfuncionales y el 32,7% contaba con un apoyo social pobre.

Las variables que contribuyeron significativamente a la explicación de la salud mental del médico han sido: el consumo de drogas psicoactivas, la función familiar, apoyo social y nivel educativo. Las razones para el uso ilícito de analgésicos fueron más diversas. Aunque el 69% los usó solo para control del dolor y el 79% incluyó como motivación el alivio de dicho síntoma, un 11% reveló utilizarlos para estimularse. Con respecto a los estimulantes el 29% refirió utilizarlos solo para mejorar la concentración o el estado de alerta, y el 21% más de dos o tres motivaciones; mayor estimulación, mejorar la concentración y aumentar el estado de alerta. Pocos habían utilizado sedantes ansiolíticos en el último año: los motivos más frecuentes fueron para ayudar a dormir, disminuir la ansiedad, y conseguir estimulación.

Son numerosas las consecuencias de esta práctica entre las que podemos citar: el riesgo de reacciones adversas, el aumento de la resistencia bacteriana, el aumento de los costos en salud, el encubrimiento de enfermedades de fondo con las complicaciones por la misma y la disminución de la eficacia del tratamiento por uso inadecuado o insuficiente de los medicamentos; estos efectos negativos se ven aumentados en poblaciones donde es fácil tomar a la automedicación como una vía de tratamiento. (Georgef et al, 2006)

Rodríguez et al (2006) analiza las conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en 400 jóvenes universitarios, en la Universidad de Chile, de 18 a 26 años, de nivel socio-económico medio-alto y alto. El estudio fue de tipo correlacional con diseño transversal. Según dicho estudio los resultados fueron que en el grupo que tendía a tener conducta agresiva en la calle los consumos fueron de 15,4% éxtasis, 69% marihuana, 21,4% cocaína, 82,1% tabaco, 91,7% alcohol. Comparado con los que no tienen conductas agresivas cuyo consumo fue de 31% marihuana, 3,8% cocaína, 2,2% éxtasis, 75,3% tabaco, 89,2% alcohol.

Con relación a la tipología circadiana son pocos los trabajos referidos a este tema, sin embargo al relacionarlo con el consumo de drogas, se encontraron los trabajos de:

En España Adan (2010) presenta un análisis sobre la ritmicidad circadiana y adicción, realizado en la Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Estudió los aspectos cronobiológicos relacionados con la adicción el cual es un campo de reciente desarrollo que ha recabado datos tanto básicos como clínicos de interés. El consumo de drogas afecta negativamente la expresión rítmica circadiana, produciendo un aplanamiento de las funciones y un retraso de los valores máximos, pudiendo incluso desembocar en un estado de desincronización del control endógeno. Los genes reloj *Clock* y *Per2* se han mostrado asociación con la vulnerabilidad a la adicción, el primero regulando directamente la actividad dopaminérgica en el sistema de la recompensa y el segundo participando en la sensibilidad y abstinencia a las drogas. La tipología circadiana vespertina se ha perfilado como una diferencia individual a tener en cuenta como factor de riesgo en el desarrollo de adicción a drogas. La reorganización de la ritmicidad circadiana con hábitos horarios regulares ajustados al ciclo luz oscuridad, la exposición a luz natural o artificial y la administración de melatonina pueden ser estrategias a utilizar en el tratamiento de las drogodependencias.

Asimismo, Fernández et al (2010) estudia la referencia circadiana, el sueño nocturno y el funcionamiento durante el día en la edad adulta, en estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid. Uno de los objetivos fue investigar si la preferencia de la noche circadiana, medida por el Cuestionario de Horne y Östberg, se asocia con el sueño nocturno interrumpido, lo que genera peor funcionamiento durante el día, y el uso de sustancias / drogas en adultos jóvenes. La muestra se compone de 1.271 estudiantes universitarios de primer año, la edad media fue de $18,85 \pm 1,45$ años, y el 35,45% eran hombres. El estudio fue transversal, y los participantes completaron auto-

reporte, encuestas anónimas siempre en una encuesta en su clase. Modelos multivariados de regresión logística mostró que los tipos de la noche (E-Type) se caracterizan por tener dificultades para conciliar el sueño, después de irregulares patrones de sueño y vigilia, y tener una mayor deuda de sueño percibida. Por otra parte, faltan a clases debido a exceso de sueño, somnolencia diurna excesiva información, y consumo de tabaco y alcohol fueron las variables durante el día que más se asocian con tener un carácter vespertino. Estos resultados sugieren que la preferencia circadiana puede estar relacionada no sólo a los diferentes horarios de sueño-vigilia, sino también a diferentes estilos de vida, un hecho que se discute en relación con los modelos más recientes de la regulación circadiana del ciclo sueño-vigilia.

Según se observa en otras investigaciones donde se asocian el consumo de sustancias y el ritmo circadiano es probable pensar que en este estudio se encuentren casos de estudiantes que en función de su ritmo de vida requieran utilizar sustancias y medicamentos para poder corresponder activamente a las exigencias del día a día.

En base a lo expuesto se pretende realizar un estudio a universitarios de la carrera de Farmacia, a fin de medir la salud mental, asociada al uso y abuso de drogas y medicamentos en los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela en el periodo académico 2010.

1.3. Justificación

El motivo central que incentivó la realización de esta investigación fue evaluar el nivel de salud mental asociado al consumo de drogas y medicamentos de los estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia

de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Mérida- Venezuela, en el año de 2010.

Para lograr el objetivo, se encuestaron estudiantes y se agruparon por año académico, género y edad, los tipos de medicamentos y drogas consumidas así como la automedicación y frecuencias de consumo. Los resultados servirán a futuro de base para decidir y planificar medidas de prevención del consumo y evitar que a través del tiempo se convierta en una complicación mayor de salud pública en el recinto universitario. Con lo cual permitiría al personal involucrado con el proceso de enseñanza-aprendizaje, detectar las posibles causas que conllevan al abuso de drogas y medicamentos, ya que este es un flagelo que debemos atacar a tiempo con pasos firmes para así contribuir a la creación de ambientes sociales sanos y constructivos que permitan un mejor desarrollo personal-social del individuo.

La realización del presente trabajo de investigación estuvo condicionada por algunos factores que, aunque no impidieron la culminación del estudio, dificultaron en cierta medida la elaboración del mismo. Es válido indicar en esta parte, las condiciones limitantes, entre ellas:

- 1 No se recopilaban los datos de todos los estudiantes encuestados, debido a que se descartaron encuestas por no cumplir los criterios de inclusión. Posiblemente se deba al elevado número de variables recogidas, pues era necesario que dedicaran tiempo para contestar los instrumentos empleados.
- 2 Debemos ser prudentes con los datos obtenidos en las comparaciones entre hombres y mujeres, ya que la diferencia entre ambos es considerable.
- 3 La baja matrícula de estudiantes del quinto año de la carrera de farmacia, Aunque la muestra es pequeña, se trató de que la misma fuera lo más representativa posible, tal como sugiere el Dr. Novoa (2006).

- 4 La investigación cuenta con un número considerable de variables lo que presume una mayor dificultad en la interpretación de los resultados; sin embargo, se consideró útil para valorar de manera integral a los estudiantes.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Evaluar el nivel de salud mental asociado al consumo de drogas y medicamentos de los estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el estado de salud mental de los estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia utilizando el Cuestionario de salud mental de Golberg.
- Contrastar el estado de salud mental con la atención psiquiátrica o psicológica.
- Establecer las influencias negativas en la calidad de vida entre los estudiantes, así como la posibilidad de realizar otras actividades y aficiones.
- Determinar las expectativas de los estudiantes antes y en la actualidad con respecto a la carrera.
- Establecer el grado de satisfacción de los estudiantes con sus compañeros, profesorado, y personal administrativo.
- Conocer el grado de consumo personal de sustancias y la percepción que los encuestados tienen de sus compañeros.
- Evaluar la automedicación en los estudiantes.

- Establecer el grupo de medicamentos más utilizado y el motivo por el cual los estudiantes se medican.
- Determinar la tipología circadiana de los estudiantes.

1.5. Hipótesis

- Se presenta un elevado número de casos positivos en el Goldberg 28 ítems, entre los estudiantes.
- Existe diferencia entre los estudiantes en cuanto a la necesidad de ayuda psicológica o psiquiátrica según el estado de salud mental.
- Los estudiantes con resultados positivos en el Goldberg 28 ítems, se ven más afectados tanto en su calidad de vida como en la realización de otras actividades y aficiones.
- Los estudiantes con resultados negativos en el Goldberg 28 ítems, tienen mejores expectativas que aquellos con Goldberg positivo.
- El grado de satisfacción de los estudiantes con respecto a sus compañeros, profesores y personal administrativo es elevado en ambos grupos de GHQ-28.
- El hábito de consumo de sustancias es mayor entre los estudiantes con resultado GHQ positivos.
- La automedicación es predominante en los estudiantes con valores positivos de GHQ-28.
- Los estudiantes con valores GHQ-28 positivos tienden a consumir mayor número de medicamentos.
- Los estudiantes con tipología circadiana vespertina tienden a consumir mayor número de sustancias.

*“Los grandes conocimientos engendran las grandes dudas”. **Aristóteles***

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Revisión de la literatura. Aspectos conceptuales y teóricos

Desde tiempos inmemoriales el ser humano ha utilizado las propiedades de plantas, animales y minerales para aliviar el sufrimiento físico curando enfermedades o como paliativos al dolor, la angustia o el insomnio. Este conocimiento fue ampliándose y pasando de generación en generación. Las “pociones” inicialmente utilizadas como sedantes fueron las bebidas alcohólicas, el láudano, la mandrágora y más adelante los agentes alucinógenos. Los médicos primitivos quienes tenían la facultad de distinguir algunas plantas útiles y sabían cómo emplearlas en el tratamiento de diferentes enfermedades heredaron este legado. (Forès, 2000; Juscafresa, 1995; Evans, 1991; Poveda, 2001).

Antes de 1900 el bromuro y el hidrato de cloral, se usaron como hipnóticos y sedantes. Posteriormente en el s. XX se utilizaban los barbitúricos y en la década de 1930, las anfetaminas. Arizaga, Quiña, Alvarez, (2007) Los psicofármacos, en 1950 revolucionan la psiquiatría. En 1947 Paul Charpentier, en la búsqueda de nuevos antihistamínicos redescubre las fenotiazinas. Henri Laborit (1949) descubrió las ventajas sedativas y deshinibidoras de la clorpromazina. En esta misma línea de hallazgos coyunturales podemos clasificar a las drogas inhibidoras de la monoamino oxidasa, que tratan trastornos depresivos mayores a partir de la búsqueda de fármacos antituberculosos y las benzodiazepinas, cuyo efecto ansiolítico fue descubierto en la búsqueda de tratamientos para la esquizofrenia. En 1960

Richard Sternbach, inaugura la era de las benzodiazepinas (Librium[®]), el diazepam (Valium[®]), y lorazepam. A finales de 1980, surgen las drogas antidepresivas selectivas como la fluoxetina (Prozac[®]), también conocida como “droga de la felicidad”.

La conciencia de la existencia de problemas derivados del uso de medicamentos existe, al menos desde mediados del s. XX. (Consensus Comite, 2002). Existen maneras para controlar los medicamentos, mediante la receta médica, evitando que se desvíen al mercado ilícito y diversas razones para su uso ó abuso que puede conllevar a consecuencias negativas, incluida la sobredosis. (Haydon, et al 2005).

Dentro de los medicamentos prescritos encontramos a los psicoterapéuticos (analgésicos, tranquilizantes, estimulantes, y sedantes). (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2010; Rayne, 1980) Estos medicamentos, de muy fácil acceso y disposición, son aquellos con los cuales los jóvenes abusan, debido a que experimentan un conjunto de efectos deseados. (Dirección Estadounidense Antidroga, 2009; Kondraki 2011). Con frecuencia no se percatan del riesgo que implica a la salud el abuso de estos medicamentos. Generalmente consiguen los medicamentos por medio de compañeros de clase, amigos o familiares. Los medicamentos prescritos, disponibles ampliamente en el mercado, proporcionan a los jóvenes un medio fácil y económico para alterar su estado mental y físico. Experimentando una sensación agudizada de placer, euforia, somnolencia, energía y otros efectos. Los jóvenes que abusan de medicamentos prescritos se exponen a sufrir efectos secundarios peligrosos, como son las reacciones adversas que constituye un problema de toxicidad farmacológica. (Farmacovigilanx, 2004; Comisión Legislativa Nacional, 2000; Klaassen, 1999)

No está muy lejos de la realidad que en Venezuela es relativamente fácil la adquisición de psicoterapéuticos, aún teniendo el Ministerio de Salud pertinente controles rigurosos para disminuir y evitar el uso ilícito de los mismos. Ya que se han encontrado casos en los cuales existe abuso de estos causando dependencia física y psicológica.

La dependencia es el resultado de un proceso de acomodamiento psicológico, fisiológico y bioquímico del organismo frente al uso constante de una droga. En esta etapa es prácticamente imposible la recuperación del adicto. Según la OMS la dependencia es un estado psíquico, a veces también físico (Díaz, 2002), que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas comportamentales que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga de forma continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar las molestias de su ausencia. (Flores, 2008; Sanchez, 1991; OMS, 1996). Antes se creía que la adicción grave se reducía a la dependencia física; en otras palabras, cambios biológicos que afectan al cuerpo, hoy se da igual importancia a la dependencia psíquica. (Rossi, 2008; Rang, 2008; Sanchez, 1991) Aunque la expresión dependencia física (fisiológica) se consideró asimismo confusa, dado que los médicos solían interpretar la manifestación del síndrome de abstinencia a la vez como un indicio de dependencia física y de farmacodependencia. No obstante la OMS descarta el uso de la dependencia física por la dificultad de establecer clínicamente las diferencias entre una dependencia física y una dependencia psíquica (OMS, 2003; Oficina Nacional Antidrogas, 2006) Tal distinción sería incongruente con la creencia moderna de que todos los efectos farmacológicos son virtualmente explicables en términos biológicos.

Sin embargo, el término todavía se utiliza para referirse al estado de adaptación evidenciado por la manifestación de un síndrome de abstinencia

al interrumpir la administración del fármaco, o al desarrollo de tolerancia, incluso a ambos. (OMS, 2003)

En las clasificaciones diagnósticas vigentes, Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) (Caballo, 2002; Poveda, 2001) y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 2003; Magaritos, 2008), los trastornos relacionados se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias.

Según sus características, una droga siempre genera dependencia, que será mayor o menor en lo físico o psíquico según sus peculiaridades químicas y la cantidad consumida. La dependencia psicológica genera una situación en la que existe sentimiento de satisfacción e impulso psíquico, que exigen la administración regular de la droga para producir placer o evitar el malestar. La dependencia física hace que el organismo vivo necesite realmente la presencia de la droga para mantener su homeostasis. (Centro de Noticias OPS/OMS, 2009; Rang, 2008)

La dependencia de las sustancias consiste en un grupo de síntomas, cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, a sufrir la abstinencia y a una administración compulsiva de la sustancia. (CN OPS/OMS, 2009; Rang, 2008)

Según los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) la cual expresa que para establecer el diagnóstico de dependencia de sustancias debe cumplir al menos, tres de los siguientes criterios durante un periodo de doce meses:(Circulo de Lectores, 2001)

- Tolerancia, necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado o disminución de los efectos obtenidos con las mismas cantidades.
- Abstinencia, aparición del síndrome de abstinencia característico para la sustancia implicada o consumo de la misma sustancia, o de otra muy parecida, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- La frecuencias de consumo de la sustancia es cada vez mayor o ésta se toma durante más tiempo del pretendido inicialmente.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea un excesivo tiempo en conseguir, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Hay una reducción de las actividades sociales, laborales o recreativas como consecuencia del consumo de la sustancia.
- El consumo de la sustancia continúa a pesar de tener conciencia de que es nociva.(Circulo de Lectores, 2001)

La farmacodependencia, estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal, que es coherente con lo que el público en general entiende y con la más sofisticada definición de farmacodependencia. La CIE-10 destaca la pérdida de control por sobre la conducta toxicófila del individuo como la noción básica de farmacodependencia y estableció directrices diagnósticas para el síndrome de dependencia con seis puntos de control. Dos de ellos se refieren al estado de abstinencia y a la tolerancia y los cuatro restantes se pueden considerar manifestaciones diferentes del estado de dependencia en sí. Para poder hacer un diagnóstico positivo del síndrome de dependencia, se deben cumplir por lo menos tres de los seis criterios. De este modo, aún cuando se produzca tanto tolerancia como abstinencia, ello no es suficiente para que se cumplan los requisitos del síndrome de dependencia, excepto si se cumple

alguno de los cuatro criterios restantes. A la inversa, incluso si no se produce abstinencia ni tolerancia, un individuo todavía puede padecer de un síndrome de abstinencia si se cumplen tres de los cuatro criterios restantes. (OMS, 2003) Por lo que la abstinencia y la tolerancia no son necesarias ni suficientes para establecer un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia. No obstante, un excesivo hincapié en esto puede llevar a creer equivocadamente que el síndrome de abstinencia no guarda relación con la dependencia. El estado o síndrome de abstinencia es uno de los seis criterios de los que por lo menos se han de cumplir tres para establecer un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia. En otras palabras, si existe un síndrome de abstinencia, se ha cumplido un tercio de los requisitos para establecer un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia. (OMS, 2003; OMS, 1996)

Del abuso de drogas, se deduce que la utilización médica adecuada del fármaco, independientemente de que cause farmacodependencia, no se puede considerar un abuso de drogas. En algunos casos el tratamiento con un fármaco que engendra dependencia debe proseguir, incluso después de que el paciente se ha vuelto dependiente de él. En este caso, la farmacodependencia puede notificarse como reacción farmacológica adversa, pero no como un abuso de droga. Es de recalcar que el riesgo de dependencia no es razón suficiente en sí misma para proponer la fiscalización internacional de un psicofármaco. Es el riesgo de abuso del fármaco el que ha de tenerse en cuenta. Es preciso distinguir entre el abuso de un psicofármaco, que tiende a producir el deterioro físico, psicológico y del funcionamiento social del individuo, y su utilización terapéutica, cuya finalidad es mejorar cualesquiera o todos estos aspectos. Además, es sabido que no todos los fármacos que engendran dependencia se utilizan de forma abusiva. El abuso de drogas y la mala administración de medicamentos, es la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma

incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible. El uso intencional de dosis excesivas, o el uso premeditado de dosis terapéuticas con fines distintos de la indicación para la cual el fármaco ha sido prescrito, se considera un abuso de drogas. El uso indebido y uso no médico son sinónimos de abuso de drogas. No obstante, la prescripción inapropiada o los errores de medicación, si son fortuitos o no deliberados, no deben clasificarse como abuso de drogas. (National Drug Intelligence Center, 2003; OMS, 2003; Naciones Unidas, 2006; Vallejo-Naguera, 1990).

La noción de que la abstinencia no guarda relación con la dependencia es incongruente con los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Con objeto de evitar la asociación entre la dependencia y el síndrome de abstinencia, un número cada vez mayor de investigadores comenzó a utilizar un término distinto, que es síndrome de interrupción, en lugar de síndrome de abstinencia. En 1997, al cabo de un simposio sobre el síndrome de interrupción de antidepresivos que se celebró en 1996, la expresión «síndrome de interrupción» en la literatura médica internacional investigada comenzó a ser relativamente más frecuente que «síndrome de abstinencia». El hecho es que el síndrome de dependencia se ha señalado al Centro de Vigilancia de Uppsala a través de los sistemas de farmacovigilancia, aunque hay un número significativamente menor de informes de síndrome de dependencia que de síndrome de abstinencia. (OMS, 2003)

La automedicación, entendiéndose como el uso de fármacos sin que medie una consulta profesional previa, en ella se incluye medicamentos de dispensación bajo receta como los de dispensación libre. Los médicos saben que los pacientes no siguen con rigor los tratamientos prescritos calculándose que solo se administra un 50% de las medicaciones recetadas. (Vallejo-Naguera, 1990; Spilva, 2008) En conclusión, el uso indiscriminado

de los medicamentos es un problema serio y grave, al que muy pocas personas toman en serio.

Los factores resultantes de esta mala práctica, la automedicación, son los que se deberían considerar para remediar este problema, entre los cuales se encuentran:

- Escasez de tiempo para acudir a la consulta médica.
- Pérdida de la credibilidad sanitaria basada en el deterioro de la relación médico-paciente.
- Proceso patológico banal que por su carácter crónico es poco valorado por el paciente e interpretado por éste como “auto-medicables” (resfriados, gripe, cefaleas, trastornos gastrointestinales)
- Influencia de los medios de comunicación e interpretación errada por el paciente de la cultura sanitaria aportada.
- Propaganda de medicamentos que muestran alivios inmediatos de síntomas, que en muchas ocasiones complican más la patología de base.(Hernández Manjarrez, s.f.)

El problema no radica únicamente en el hecho de la automedicación, sino también en la amplia lista de productos farmacológicos que frecuentemente se usan para la automedicación, como son:

- Antiinflamatorios tipo naproxeno para migrañas.
- Analgésicos tipo paracetamol para cuadros inflamatorios.
- Antibióticos tipo amoxicilina para molestias faríngeas inespecíficas o resfríos.
- Ansiolíticos tipo diazepam para cualquier cuadro depresivo o ansioso.
- Antidiarreicos tipo loperamida para cualquier episodio de gastroenteritis.
- Mucolíticos para cualquier proceso de tos.

Esto sin obviar claro está, aquellos medicamentos con prescripción controlada o que requieren de un seguimiento médico – farmacéutico meticoloso.

En función a lo antes expuesto, cabría preguntarse si los estudiantes de la Facultad de Farmacia de La Universidad de los Andes, son propensos a practicar la automedicación, la utilización de fármacos y drogas lícitas e ilícitas en Venezuela.

Siguiendo un orden de ideas, El ser humano es un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos Mengelberg, (2009), que interacciona continuamente con su entorno, incluyendo aspectos físico-ambientales (familia, cultura, política y economía). (Novel, 2005; Ojeda, 2007) Para comprender al hombre como un ser bio-psico-social (Poveda, et al 2006) se debe considerar la relación de dependencia e influencia mutua entre las distintas partes o componentes de la persona, de forma tal que se establece un status de cada una con respecto a las restantes y la alteración de cualquiera de ellas puede alterar las demás. (Novel, 2005; Ojeda, 2007) por lo que es de gran importancia el funcionamiento normal del individuo no solo en los aspectos físicos y biológicos, sino también los psicosociales.

Dentro de las interacciones en las que el hombre interactúa, es decir la perspectiva psicosocial de las personas, según Imogene King citado por Novel (2005) encontramos: 1) Sistema personal: es el yo individual (la persona como unidad total). Para la comprensión de este sistema se definen los conceptos de percepción, autoconocimiento, crecimiento y desarrollo personal, auto-concepto, autoimagen, espacio y tiempo, señalando las relaciones y las influencias que existen entre los mismos y que configuran el yo. 2) El sistema interpersonal: está compuesto por dos o más personas que interactúan en una situación determinada. Los conceptos de King señalan que para comprender este sistema debemos saber acerca de interacción,

comunicación, transacción, rol y estrés, como los aspectos principales que influyen en las interacciones personales. 3) El sistema social: es el que proporciona las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento en los modos de acción. Los conceptos de organización, poder, autoridad, status y toma de decisiones definen características importantes de este sistema. Dentro de él se encuentran también las creencias, actitudes, valores y costumbres que se transmiten culturalmente a través de sistemas sociales tales como la familia o la escuela.

Según Novel (2005), El carácter psicosocial del ser humano hace que no se pueda definir la salud en términos absolutos, sino que haya que entenderla como un status relativo, en el que intervienen aspectos individuales, sociales y culturales que provocan variaciones de entre un continuum. Por lo que la salud es una cuestión gradual que va desde la salud a la enfermedad y que adquiere múltiples variantes entre los dos extremos.

La relación interpersonal, es la forma en que las personas establecen relación con otras, de manera real, imaginaria o anticipada dentro de su contexto social. Esta relación está influenciada por acontecimientos internos de la persona, su rol, status y por acontecimientos externos, como son las características personales de los sujetos de la interacción y del entorno en que se realiza (Novel, 2005; Carranza, 2009).

El ser humano establece relaciones a lo largo de su vida, (padres, hijos, amistades o compañeros de trabajo y estudio). A través de las cuales existe un intercambio de formas de ver la vida; también se comparten necesidades, intereses y afectos. A esto se le conoce como relación interpersonal. Pero en ocasiones, por diversas circunstancias, el estar relacionados con las personas y en virtud de estar en un mundo cada día más globalizado, donde observamos competición a distintos niveles de la sociedad e incluso en grupos de trabajo con una meta o actividad en común, (estudiantes,

profesionales), pueden conllevar a que sea socavada su salud, en especial la psicológica ya que se asocia íntimamente con el propio ser. La salud, entendiéndose como un estado de equilibrio o armonía entre las distintas dimensiones que componen la persona y su entorno. Lo que implica que la salud es algo más que un buen estado físico (Novel, 2005; Díaz, 2007).

Esto nos llevaría a pensar, si el hecho de que los estudiantes tiendan o no a practicar la automedicación o el uso de drogas, pueda estar asociado a problemas de tipo psicológico, sin caer en los casos psiquiátricos, sino en lo relacionado con la vida universitaria, así como solventar la carga académica que exigen las universidades hoy en día, por lo que el estudiante no escapa a verse afectado por factores como el estrés, traspaso e incluso en función de su tipología circadiana, que a corto, mediano o largo plazo pudiera incidir en su salud.

Los estudios de las carreras profesionales se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica que demandan del estudiante esfuerzos de adaptación. A ello se agrega la necesidad de una preparación óptima, fundamental para un futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo. Adicionalmente, la carrera se desarrolla en un periodo del ciclo vital con características que le son propias, la adolescencia y la adultez joven. Como corolario de lo expuesto, se postula que el estrés que soporta un estudiante durante su adiestramiento es obligadamente alto, con riesgo de menoscabo de su salud mental. (Casas Hilari, 2007)

La dicotomía establecida entre la salud-enfermedad ha evolucionado hacia la concepción de la salud-enfermedad como dos extremos dentro de un mismo parámetro que es la salud óptima, es decir, el estado de máximo bienestar físico, psicológico y social. Todas las medidas de cuidados o de atención deberán ir encaminadas a tener un mayor grado de salud, independiente del

grado en el que la persona se encuentre. (Novel, 2005; González, 2008; Romagosa, 1998)

Segun la OMS, citado por Pérez y Juárez (2010) en su trabajo titulado, Validez de constructo de la escala de bienestar psicológico de Peter Warr en trabajadores mexicanos, establece que la salud mental es el estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, a trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos.

Hughes et al (2005) citado en un trabajo titulado Salud Mental en estudiantes Universitarios en cuatro continentes , (s.f.), afirma que el estado mental es función de las habilidades que cada persona muestra en sus relaciones consigo mismo (habilidades intrapersonales), con su entorno social (habilidades interpersonales) y con su ecosistema físico de referencia (resolución de problemas y manejo del estrés).

La salud de la mente influye en la salud del cuerpo, al igual que un buen estado físico ayuda a mantener el equilibrio mental. (Romagosa & Rosales, 1998) La salud mental, es un concepto en el que se encuentran asociados el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y el potencial emocional, entre otros. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, y disputas entre teorías profesionales (OMS, 2005; Vicente, s.f.;Poveda de Agustin, 1981)

La salud mental no puede enfocarse únicamente con el surgimiento de alteraciones o desórdenes mentales, sino que integra la promoción de la

“salud” a través de “ambientes socio-culturales saludables”, que involucren aspectos tales como autoestima, relaciones interpersonales y otros elementos de bienestar que deben venir ya desde la educación en la niñez y la juventud. Proponiendo un “modelo de bienestar” donde están conformadas seis áreas vitales: espiritualidad, amor, amistad, autodominio, trabajo y ocio; y doce sub-áreas: sentido del valor, sentido del control, sentido realista, conciencia emocional, capacidad de lucha, sentido del humor, nutrición, ejercicio, sentido de autoprotección, control de las propias tensiones, identidad sexual, identidad cultural, solución de problemas y creatividad. Pero existe la necesidad de establecer diferencias entre "salud mental" y "condiciones de salud mental".

La condición de salud mental, se refiere al estudio de enfermedades mentales y al tratamiento médico posible y consecuente. Los psiquiatras se basan frecuentemente en manuales que definen las condiciones de salud mental de una persona, como por ejemplo el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM).

EL DSM, es una nosología, es decir, un sistema de clasificación de las enfermedades y trastornos que presentan síntomas fundamentalmente mentales y comportamental aunque no exclusivamente, con independencia de su etiología, en gran parte de ellos desconocida. El DSM es también un listado de trastornos aceptados encuadrados en determinadas categorías y el sistema para diagnosticarlos, dicho de otra manera, la mecánica de diagnóstico de dichos trastornos, que en este caso se realiza a través de criterios diagnósticos y de un sistema multiaxial. (Jarne, 2009)

Uno de los aspectos que pueden afectar la salud mental en los estudiantes es la depresión, que según Kendler citado por Ayuso (2004) probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la

definición del caso y el tipo de instrumento empleado, según el instituto internacional del consorcio internacional de psiquiatría epidemiológica (2000) y Weissman (1996) citado por Ayuso 2004, se acepta que un 2 a 15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar. Algunos estudios de seguimiento muestran además que el trastorno depresivo a menudo recurre y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos.

Por otro lado el estudiante puede estar en un cierto grado de ansiedad, la cual definiremos como un estado emocional propio de quien desea, espera o teme un acontecimiento importante o grave. Puede tener un inicio lento e insidioso con sentimientos generales de tensión y molestias menores o bien un comienzo agudo, caracterizado por una irrupción brusca de ataques de ansiedad agudos que pudieran incapacitar al que la padece para cualquier tarea. Los ataques ansiosos agudos pueden aparecer repentinamente en una persona que hasta ese momento, parecía tranquila y despreocupada; pero con frecuencias se presenta en personas con ansiedad crónica, donde muchos de los síntomas, fase aguda, han estado presentes con baja intensidad por largos períodos. (Hollander, 2004)

En una crisis de ansiedad hay una explosión neurovegetativa, con síntomas en todos los aparatos y sistemas, pero además, se acompaña de cogniciones anticipatorias catastróficas y negativas, que mantienen la sintomatología.

Para abordar el cómo evaluar la salud mental, existen métodos para determinarla, uno de los cuales y el que se implementara para el estudio es el General Health Questionnaire (GHQ), (Moreno et al, 2009) en su versión veintiocho (GHQ-28).

Kokkevi, (1995) citado por (Pérez et al (2010) Probablemente, en el ámbito de las drogodependencias los dos instrumentos de *screening* más utilizados

para la detección de posibles pacientes con trastornos en el eje I son el *Symptom Checklist* SCL-90-R y el GHQ. Además, es frecuente encontrar ambos instrumentos como indicadores de resultado del estado emocional. En este sentido, el GHQ-28 está incorporado dentro de la estructura dimensional del OTI, Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos, mientras el SCL-90-R ha sido utilizado con el EuropASI.

Se ha demostrado en algunos estudios que pacientes con enfermedad somática grave puntúan alto en el GHQ, se ha sugerido que en este tipo de pacientes sería necesario elevar el umbral para mejorar la sensibilidad y especificidad. En los últimos años, el GHQ ha demostrado ser uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, por lo que sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

El diseño del GHQ, consulta médica no psiquiátrica (Rodríguez Muños, 2006), detecta cambios en la función normal del paciente, no determina los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida, sino, explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad funcional, desde el punto de vista psíquico (Matud, 2004; Ayuntamiento de Madrid, 2003), a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. Fue diseñado por David Goldberg (1972) (Maj, 2002) para la identificación de pacientes con alteración mental, no psicótica, en población general y que amerita tratamiento especializado; es decir, no sirve para establecer un diagnóstico clínico sino que monitoriza el cambio reciente que han experimentado los pacientes en su sintomatología, no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y este no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será "no más que lo habitual" y no identificará este como problemático. Este problema se puede obviar

parcialmente utilizando la puntuación CGHQ para corregir el GHQ. Este cuestionario evalúa el estado de salud mental actual pero no ofrece una medida duradera ni la posibilidad de prever recaídas. (Morales, 2008) El su formato original consta de 93 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12). (Pérez, 2010)

Goldberg y Hillier (1979), diseñaron un nuevo modelo “escalado” de 28 ítems (GHQ-28) el cual mide las dimensiones de la salud (física, mental y social), (Morán Astorga, s.f.) Está conformado por cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (síntomas de ansiedad e insomnio), subescala C (síntomas de disfunción social) y subescala D (síntomas depresivos) (Ríos et al 2010). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. En cada escala se pueden obtener desde 0 hasta 21 puntos. La puntuación total del GHQ-28 podría alcanzar los 84 puntos. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado. (Rodríguez, 2006; Castillo, 2010) La Interpretación de las diferentes subescalas del GHQ-28 valora sintomatología específica para cada uno de sus apartados pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, y no son independientes entre sí. Aunque las subescalas B y D se correlacionan bien con la valoración de los psiquiatras, para la ansiedad y depresión, esto no ocurre con la subescala A para síntomas somáticos. Por otro lado según subraya Moran, el cuestionario ofrece una medida del distrés psicológico.

A pesar de su uso en el ámbito de las drogodependencias, las propiedades psicométricas del GHQ-28 no han sido estudiadas en pacientes con problemas de adicción. Los puntos de corte utilizados para la detección de posibles casos psiquiátricos han sido adaptados a partir de los estudios realizados con otros grupos poblacionales realizado por Goldberg y Williams, (1991), Taylor et al (1997). Con lo que se contrasta con las recomendaciones

de la *American Psychological Association* (2002), que establece la necesidad de acumular evidencias sobre la población de interés para realizar una correcta interpretación de las puntuaciones.

Existen estudios sobre las propiedades psicométricas del GHQ-28 aplicado a pacientes con dependencia a sustancias lícitas e ilícitas. En donde se han estudiado aspectos como la fiabilidad del instrumento, validez de las muestras en estudio, centrándose en el análisis de la estructura factorial y la detección de un punto de corte óptimo de sensibilidad y especificidad, así como la calidad de vida (Pérez, 2010; Martínez, 2010)

Para determinar la puntuación del GHQ se pueden utilizar 3 métodos alternativos:

- 1) Puntuación Likert, Las escalas se contestan en un formato del tipo Likert de 4 puntos (0, 1, 2 y 3), desde 0 para expresar «no, en absoluto» a la presencia de síntomas de trastornos, hasta 3 para expresar esa presencia como «mucho más de lo habitual», con 1 y 2 de puntuaciones intermedias. (a, b, c, d) (Pérez, 2005; Benassi, 2008)
- 2) Puntuación GHQ, su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.(Pérez C. M., 2005)

Hay numerosos trabajos que comprueban la fiabilidad y validez del instrumento entre los que podemos citar a Pérez, (2005) quien reporta que con el método alfa de Cronbach arrojó valores de 0,826 (síntomas somáticos), 0,859 (ansiedad), 0,862 (disfunción social) y 0,834 (depresión). La fiabilidad de un compuesto, con valor de 0,938. La fiabilidad, procedimiento de dos mitades, dio un valor por el coeficiente de Spearman-Brown de 0,725 (síntoma somáticos), 0,857 (ansiedad), 0,851 (disfunción social) y 0,919 (depresión). La estimación para el GHQ-28 fue de 0,948. A la

vista de estos resultados debemos considerar que la fiabilidad de las subescalas y del instrumento en su conjunto es adecuada. Según los resultados de Gibbons y col (2004), el GHQ-28 es un instrumento de detección robusto para psicopatologías menores, con estructura de factores muy estable cuando se aplica a muestras no clínicas, en comparación con los hallazgos previos de diversos contextos culturales, indicando que los factores tienen una validez que en efecto, entre fronteras culturales y el apoyo a la hipótesis de un lenguaje común de angustia psicológica en las diferentes culturas.

En España, utilizan diferentes versiones: GHQ 60, GHQ-30, GHQ-12, siendo más difundido el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo et al. 1985, (*Ver anexo 2 al 6*).

La Universidad Autónoma de Madrid (UAM), puso en práctica un anexo al GHQ-28, denominado APESH-UAM (Castillo, 2010) el cual es un cuestionario que consta de tres partes: (1) ayuda psicológica; (2) estudios y salud; y (3) hábitos, dándole la denominación al GHQ como GHQ-28 Plus. Del apartado referente a ayuda psicológica el mismo está conformado por cuatro ítems de completación y uno de selección. El apartado de estudios y salud al igual que el de hábitos están conformados por ítems de completación (*Ver anexos 7 al 10*).

Aunque no está complementado en el estudio, dentro de los factores en que se predispone al uso de fármacos o drogas, es que los estudiantes de las carreras afines a la salud están bajo ciertos grados de estrés, El estrés, bajo un marco psico-social, es el estímulo y la situación generadora de éste, en especial en el agente externo. (Schultz, 1998), en otras palabras, es producto de la discrepancia, real o sensorial, entre las exigencias en el momento y las capacidades biopsicosociales en la que el individuo asume como una amenaza para su bienestar. Cuando el estrés se presenta en forma crónica,

prolongada en el tiempo, continua, aunque no necesariamente intensa, exigiendo adaptación permanente, superando la capacidad de control del individuo, se rompe el equilibrio entre demanda y resistencia y aparecen las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir, el organismo se encuentra sobre-estimulado, se agotan sus resistencias fisiológicas y el estrés se convierte en distrés. Esta es una situación generalmente crónica, con la que se convive sin darse cuenta, que da origen a numerosas alteraciones emocionales como ansiedad, miedos, fobias, inseguridad, tensiones, cansancio, agotamiento y problemas de relación social, entre otros. (Jaramillo, 2006; Fernández, 2008; Macías, 2004; Caldera, 2007). El estrés no es del todo malo, esto dependerá de la capacidad del individuo en manejar el grado de estrés que desarrolle:

- *El estrés positivo o eustrés:* es la adecuada motivación para culminar con éxito una prueba o situación complicada la cual es generada ante un reto o desafío generando una sensación de logro y control. Por lo que es adaptativa, y estimulante siendo necesario para el desarrollo de la vida en bienestar.
- *Estrés negativo ó distrés:* es la inadecuada actividad psicofisiológica que conduce al fracaso, es generado por una sensación de fracaso ante un esfuerzo a realizar. Dañino y desmoralizante, produce sufrimiento y desgaste personal. (Fernández, 2008; Román, 2008; Faulhaber, 2007)

El distrés pudiera influir negativamente en el rendimiento académico del estudiantado pudiendo afectar la capacidad de respuesta a nivel cognitivo, motor y fisiológico, por lo que disminuye la calificación del estudiante en las evaluaciones llegando al punto de no presentar el examen o de abandonar el aula antes de comenzar la evaluación. (Román, 2008) Afectando su autoestima, lo cual puede ser un indicador de salud y bienestar. La autoestima, se refiere a los sentimientos característicos de las personas

respecto a sí mismas, siendo consistente transituacional y transtemporal. Si bien su estabilidad varía en función del ciclo vital, siendo baja en la infancia, aumentando durante la adolescencia y los primeros años de juventud y disminuyendo durante la edad madura y la vejez. (Matud, 2004)

A nivel internacional el Departamento de Medicina Preventiva y Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), lideriza una investigación que busca evaluar las causas que hacen que se afecte el proceso de aprendizaje de los estudiantes de medicina, y descubrir por qué los estudiantes llegan a un “burn-out” prematuro (o estrés prolongado), que en la mayoría de los casos es motivado por la sensación que produce la realización de esfuerzos que no se ven compensados personalmente. Las repercusiones desencadenadas por ésta afectación, perjudican tanto al ámbito humano como al ámbito económico. Dado que esta situación no sólo se da en Madrid, sino que afecta también a los estudiantes con carácter global, su evaluación requiere que se involucren otras Universidades a nivel mundial. (Castillo, 2010)

Otros aspectos que pueden afectar al estudiante y el cual estará en estudio y asociado a la utilización de drogas y fármacos son los asociados a la tipología circadiana, diferencia individual, ya que no todos los individuos tienen idéntica expresión rítmica circadiana. Los individuos se clasifican en tres tipologías circadianas (matutinos, intermedios y vespertinos). (Díaz, 2005; Adan, 2010)

- *Los matutinos* se acuestan y levantan temprano y sitúan su mejor momento para desarrollar actividades físicas y mentales a primeras horas del día. (Adan, 2010)
- *Los vespertinos* se levantan y acuestan tarde manifestando sus óptimos a finales del día e incluso a primeras horas de la noche. (Adan, 2010)

Los desfases en las funciones rítmicas circadianas de los grupos extremos oscilan entre las 2 y las 12 h, dependiendo del parámetro. El grupo ningún tipo suele presentar una posición intermedia y a él pertenece alrededor del 60% de la población adulta joven, mientras que los grupos extremos suponen un 20% respectivamente. Matutinos y vespertinos no sólo difieren en la expresión rítmica, sino en rasgos de personalidad y hábitos, pudiéndose hablar de distintos estilos de vida.(Adan, 2010)

Esto nos lleva a pensar que la utilización de sedantes, ansiolíticos o estimulantes puede afectar el ritmo circadiano, provocando una desincronización del control endógeno. Como lo confirma el trabajo de Adan (1994), en el que observó diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas legales entre tipologías circadianas, siendo los sujetos vespertinos quienes consumen más de todas ellas. En posteriores trabajos en diversos países han confirmado la observación, siendo ello de especial relevancia en población adolescente.

Mientras que la tipología circadiana matutina parece ser un factor protector en el inicio y mantenimiento de consumo de drogas, la tipología vespertina puede considerarse un factor de riesgo. El vespertino inicia el consumo con estimulantes quizás para ajustar su grado de activación diurna a las demandas socio-ambientales cuando su estado se halla deficitario y el de depresores a finales del día cuando su nivel de activación excede el requerido en esos momentos. Así, los individuos vespertinos obtienen un refuerzo superior, lo que promueve el mantenimiento de la conducta.

En diciembre de 1998, un grupo de profesionales farmacéuticos se reunieron en Granada (España), para acordar algunos conceptos y establecer criterios comunes de interpretación, inherentes a Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).(Consensus Comité, 2002)

Existen modos para disminuir los trastornos causados por el insomnio, entre los cuales está, el evitar el uso de estimulantes a partir del mediodía como café, té, coca-cola, entre otros; Así como evitar en lo posible el uso de medicamentos (Poveda de Agustin, 1981)

El insomnio, percepción inadecuada de duración, continuidad, calidad o dificultad para conciliar el sueño (Sarason & Sarason, 2006; Cruz, 2002), puede ser un factor predisponente al uso de fármacos como son los somníferos (benzodiazepinas, triazolam, zolpidem, y zaleplón), (Rosenzweig, 2005) por lo que volverse dependientes (Zürcher, s.f.) de estos se plantea el problema de ser usados únicamente para conciliar el sueño. Aunque el consumo de estas sustancias sin prescripción médica no es muy elevado. Un modelo bastante habitual en el uso de las mismas consiste, en el inicio por prescripción facultativa, continuándose mediante automedicación por los usuarios. (Ayuntamiento de Logroño, s.f.)

La tendencia a usar somníferos, (Rosenzweig, 2005) según afirma Youngstedt (2000) citado por Garcia-Mas, (2003) tiene que ver con las relaciones existentes entre el sueño y la vigilia, los ciclos de descanso y actividad por una parte, el rendimiento deportivo y la actividad física, por la otra, son muy complejas, intrincadas y multifactoriales en ambos sentidos.

En función al párrafo anterior y enmarcándolo dentro de la medicina comportamental del sueño, rama de la medicina del sueño y la psicología clínica y de la salud. (Marín, 2005) Esto puede provocar dependencia (Zürcher, s.f.) y afectar el rendimiento académico en especial en los casos de insomnio, percepción inadecuada de duración, continuidad, calidad o dificultad para conciliar el sueño (Sarason, 2006). Que algunos autores afirmen que el consumo de estas sustancias sin prescripción médica no es elevado. Siendo un modelo bastante habitual en el uso de las mismas consiste en el inicio por prescripción facultativa, continuándose mediante

automedicación por los usuarios. (Ayuntamiento de Logroño, s.f.; Pérez-Olmos, 2006)

Según Martín et al (2005) citado por (Marín, 2005), dentro de la medicina comportamental del sueño, rama de la medicina del sueño y la psicología clínica y de la salud que se centra en dos aspectos puntuales: (1) (focos cognitivos-comportamentales), importantes en la identificación de los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo y/o el mantenimiento de los trastornos del sueño. (2) especialización en el desarrollo y el abastecimiento de técnicas de evaluación e interpretación cognitivo comportamentales, empírico-validadas y otras medidas interventivas de corte no farmacológico para el espectro entero de los desordenes del sueño.

En los últimos años se ha visto con preocupación cómo en Venezuela ha habido un incremento en cuanto al abuso de drogas y medicamentos con prescripción médica, particularmente en nuestros jóvenes. La edad a la cual comienzan dichos abusos tiende a disminuir, siendo probable el aumento de abuso. El porcentaje de adolescentes que abusan de ciertos medicamentos prescritos es elevado y va en aumento. (National Drug Intelligence Center, 2003; National Drug Intelligence Center, 2010) También es probable que el número de admisiones para tratamiento aumente al incrementar el número de jóvenes que experimentan con los medicamentos prescritos y se vuelven adictos.(National Drug Intelligence Center, 2010) Las autoridades del orden, los servicios de salud, los entes universitarios y los padres continuarán siendo desafiados a desarrollar e implementar soluciones innovadoras para lidiar con la situación. Entre dichos enfoques puede figurar el de informar a los estudiantes sobre los riesgos asociados con el abuso de medicamentos prescritos por medio de la acción de grupos multidisciplinarios de la universidad que aporten soluciones al estudiantado y así mejorar su nivel académico.

En virtud a lo antes expuesto hemos considerado estudiar la tendencia del estudiantado de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes – Venezuela con relación a la utilización de drogas y medicamentos asociados a su estado de salud mental, y si existe alguna relación entre la salud mental de los estudiantes con su ritmo circadiano.

2.2 Variables

Independientes:

- Edad
- Sexo
- Ayuda psicológica
- Influencias negativas en la calidad de vida.
- Actividades y aficiones
- Expectativas antes de comenzar la carrera y objetivos logrados.
- Apreciación de la carrera de farmacia.
- Grado de satisfacción de los estudiantes.
- Opinión de los encuestados sobre hábitos de consumo de sustancias por sus compañeros.
- Hábitos de consumo de sustancias de los estudiantes.
- Automedicación.
- Grupo de medicamentos.
- Fuente de información y adquisición de medicamentos.
- Número de medicamentos tomados.
- Ritmo circadiano

Dependientes:

- La salud mental general.
- Año de estudio de la carrera.

Cuadro Operacional					
Objetivo General: El objetivo general de investigación es evaluar el nivel de salud mental asociado al consumo de drogas y medicamentos de los estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis.					
Objetivos Específicos	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítem
Evaluación del estado de salud mental en estudiantes de primero, tercero y quinto año, de la Facultad de Farmacia de La Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela	Salud Mental	La salud mental, es un concepto en el que se encuentran asociados el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y el potencial emocional, entre otros. Sin embargo, la OMS establece que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, y disputas entre teorías profesionales (OMS, 2005; Poveda de Agustín, 1981)	La salud mental se puede considerar como el estado de equilibrio entre nuestras emociones y el como reflejamos estas y como actuamos en diferentes situaciones donde se ponga a prueba nuestro potencial psíquico	Salud Agotamiento y/o tensión Sensación de Enfermedad Dolores de cabeza	Subescala A 1-2 3 4 5-6-7
				Problemas y/o preocupaciones Insomnio Nerviosismo – Malhumor	Subescala B 1 2-3 4-5-6-7
				Actitud - Emociones	Subescala C 1-2-3-4- 5-6-7
				Estado de ánimo Suicidio	Subescala D 1-2-3 4-5-6-7
Comparar los resultados obtenidos en los tres grupos de estudio, primero, tercero y				Salud Agotamiento y/o tensión Sensación de Enfermedad Dolores de cabeza	Subescala: A 1-2 3 4 5-6-7
				Problemas y/o	Subescala B

quinto año de la Facultad de Farmacia de La Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela.				preocupaciones Insomnio Nerviosismo – Mal humor	1 2-3 4-5-6-7
				Actitud – Emociones	Subescala C 1-2-3-4- 5-6-7
Evaluación de la necesidad objetiva y subjetiva de atención psicológica y/o psiquiátrica en estos grupos				Estado de ánimo Suicidio	Subescala D 1-2--3 4-5-6-7
				Atención Psicológica o Psiquiátrica	1-2-3-4-5
Determinación del grado de satisfacción con respecto a su periodo de formación universitaria				Influencias negativas: (Cambio de domicilio, Cambio de Facultad, Relación estudiante docente, Tensiones, Relaciones personales, Oportunidad de realizar otras actividades, complementarias) Grado de Satisfacción	1-2 5
Análisis de factores estresantes y su influencia en estudiantes universitarios				Aspiraciones: Enriquecimiento personal, Desarrollo personal, Aprendizaje, Relaciones sociales, Autoconocimiento, Reconocimiento social- Prestigio, Dinero, Capacidad Profesional, Disfrutar, Ambiente Universitario, Falta de Tiempo, Competitividad, Presión Académica, Estudiar, Dificultad.	3-4

Análisis de hábitos personales y generales de consumo de diferentes sustancias				Consumo De Sustancias: (Café, Estimulantes Cacao – Sucedáneos, Tabaco, Alcohol Cannabis, Fármacos, Estimulantes, Cocaína, Éxtasis Alucinógenos, Fármacos, Ansiolíticos, Heroína)	1-2-3
Determinar el ritmo circadiano en estudiantes de primero, tercero y quinto año, de la Facultad de Farmacia de La Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela	Ritmo circadiano	La tipología circadiana permite explicar las diferencias “de fase” o acoplamiento de la curva de temperatura corporal y el estado de vigilancia subjetivo: la acrofase del nivel de vigilancia ocurre antes que la acrofase de la temperatura corporal en las personas matutinas, mientras que en las personas vespertinas ambos ritmos están “en fase” (Beniot, 1992).	El funcionamiento normal del organismo humano se adecua a los ciclos día-noche y se conjuga mediante las fases de sueño-vigilia. El ser humano tiene hábitos diurnos, de manera que la noche es fundamental para los procesos recuperativos del organismo. A estas funciones alternativas se les ha nombrado “ritmo circadiano”.	Vespertino (≤ 41 puntos) Matutino (≥ 58 puntos) Intermedio (42 – 58 puntos)	De la pregunta 1 a la 19
Determinar el uso de medicamentos y grupo de estos más usados	Uso y abuso de medicamentos	El uso de medicamentos por una persona que no sea el paciente para	La utilización de fármacos o sustancias ilegales, bajo récipe médico o sin el, con	Emplea medicamentos por cuenta propia, sin prescripción médica Medicamentos empleados	1 2

estudiantes de primero, tercero y quinto año, de la Facultad de Farmacia de La Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela		quien fue prescrito o el uso en dosis o maneras no prescritas, puede producir graves efectos adversos a la salud, incluyendo la adicción. (InfoFacs, 2010)	fines diferentes a los debidos o bien para consumo de éstos en grandes cantidades. El abuso de sustancias puede conducir a problemas físicos, emocionales, sociales y laborales.	La razón por la que se medica sin consulta médica?	3
				La fuente de información para el medicamento a emplear	4
				La eficacia de la medicación, empleada por usted.	5

*"...todo investigador verdadero puede
crear su propio método."*

Víctor Morles

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y muestra.

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el que la muestra estaba compuesta por tres grupos homogéneos de estudiantes de la Carrera de Farmacia de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis pertenecientes a la Universidad de Los Andes. El tamaño total de la muestra fue de 245 estudiantes, de los cuales 112 cursaban el primer año, 61 el tercer año y 72 el quinto año de la carrera.

Inicialmente se seleccionaron de cinco a diez asignaturas entre los cinco años de la carrera, se tomó en cuenta la población global escolarizada en el año y parcial de cada año para así estimar la población muestral en el estudio y que sea proporcional al número de alumnos de acuerdo a la asignatura seleccionada. Con lo que se conforma el marco poblacional en la carrera.

3.2 Selección de los elementos muestrales

La selección de unidades, se realizó en cada uno de los tres estratos (primero, tercero y quinto año) La selección de las unidades se realizó al azar asumiendo una probabilidad similar en cada año. (Garcia, 2003; Novoa, et al, 2004; Arias, 2006; Ruiiz et al, 2004) En el proceso de selección de las asignaturas se ha determinado un sustituto de cada año. El cual es estrictamente aleatorio. (Garcia E. , 2003; Arias, 2006)

3.3 Encuestas

Cuestionario de Salud Mental Goldberg de 28 ítems (GHQ-28)

El método de evaluación del estado de salud mental consistió en una encuesta voluntaria, auto-aplicada y anónima, compuesta por: Cuestionario de Goldberg, en su modalidad de 28 preguntas (GHQ-28), Determinándose una puntuación ≥ 5 como indicativo de posible caso positivo alteración en la salud mental. Se indagó en la percepción subjetiva que tenían los estudiantes sobre su estado de salud mental. (Al Nakeeb, et al. 2010) Se establecieron las categorías de positivos (casos) y negativos (no casos) según el puntaje global del cuestionario GHQ-28. Con base en el total de puntos acumulados en el test, se categorizó en la siguiente escala: ≤ 6 puntos normal, 7-13 puntos leve, 14-21 puntos moderado y 22-28 puntos grave (**Ver anexos 2, 3, 4, 5 y 6**).

Ayuda psicológica, estudios y salud, y hábitos (APESH-UAM)

El cuestionario, diseñado y proporcionado por el equipo del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UAM y dirigido por el Dr. José María Poveda, está conformado por, once preguntas de puntuación Likert y cuatro preguntas abiertas. Distribuidas en tres partes (ayuda psicológica, estudios y salud, y hábitos). (Castillo, 2010) Para estimar los factores que pudieran tener una influencia negativa en la calidad de vida de los estudiantes. Se pretendió valorar en qué grado los estudios universitarios habían cumplido las expectativas del estudiante, tanto en lo referente a las relaciones con otros estudiantes, y profesores, como en el grado de conocimientos y capacitación profesional adquirida. También se analizaron los hábitos y patrones de consumo de tabaco, alcohol y diversas sustancias psicotrópicas entre los estudiantes universitarios (**Ver anexos 7, 8, 9 y 10**).

Cuestionario de Matutinidad Vespertinidad de Horne y Ostberg (versión castellana).

El cuestionario consta de 19 ítems, los cuales tienen una puntuación cada uno, los mismos pasan por un sistema algorítmico y establecen un puntaje el cual determinara la tipología, la escala puntual va de 16 a 86 puntos, de manera general se pueden clasificar de acuerdo al puntaje en vespertinos (≤ 41), matutinos (≥ 59), e intermedios entre (42-58). Se pueden sub-dividir los grupos en virtud a una sub-escala en: Vespertino extremo (16-30), Vespertino moderado (31-41), Intermedio (42-58), Matutino moderado (59-69), Matutino extremo (70-86) (**Ver anexos 11, 12 y 13**)..

Utilización de medicamentos

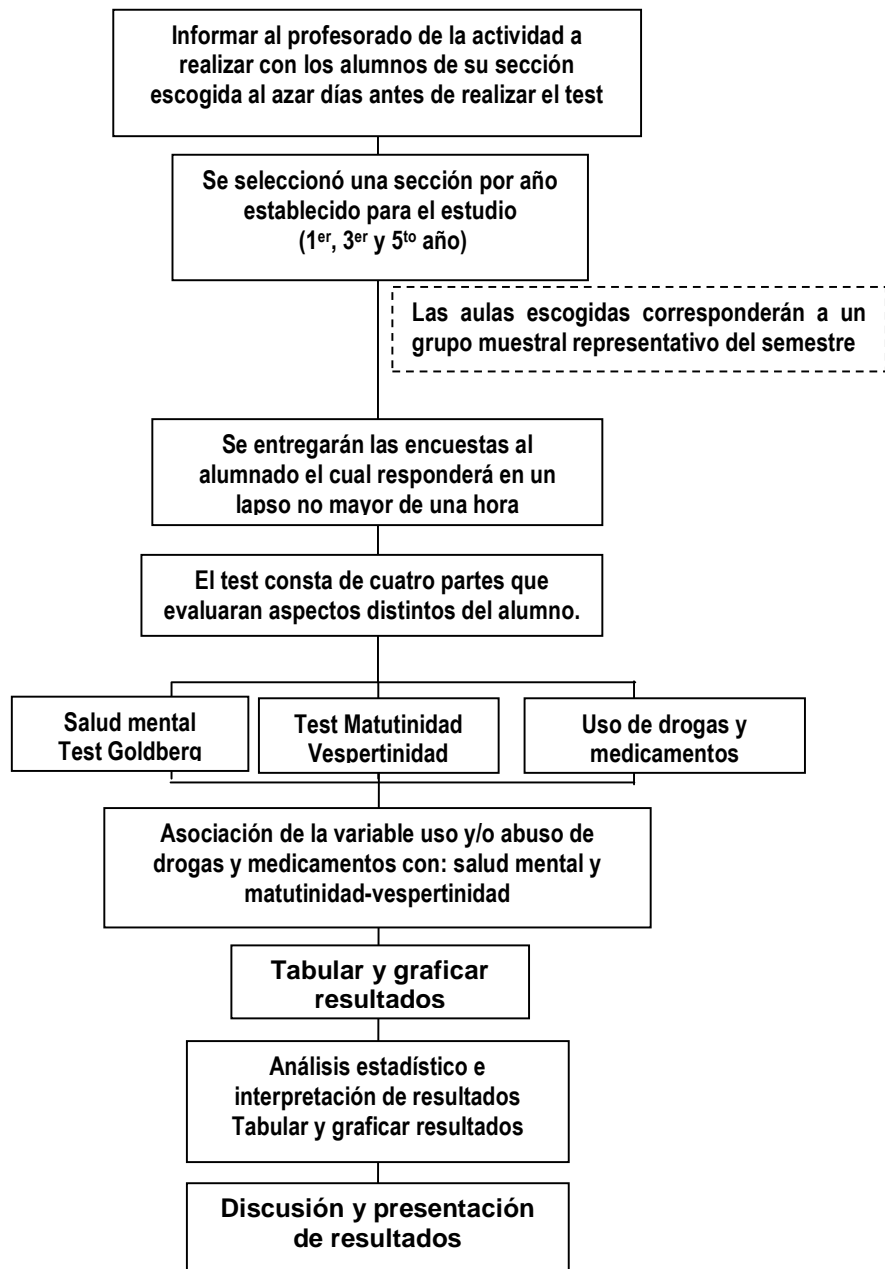
El instrumento fue construido con preguntas de elaboración propia, conformado por siete preguntas de selección, centrándose en: uso de medicamentos sin prescripción médica, grupo de medicamentos empleados, motivo para medicarse, fuente de información y adquisición de medicamentos, opinión acerca la eficacia de medicación, riesgo para la salud al consumir medicamentos sin control médico (**Ver anexos 14 y 15**).

3.4 Análisis estadístico.

Previamente al análisis se realizó un estudio descriptivo para depurar y corregir posibles errores en la introducción de los datos. Éstos se incluyeron en una base de datos específicamente diseñada, y fueron analizados con el programa informático de análisis estadístico SPSS, versión 19.0. Las variables analizadas eran de tipo cualitativo, y los resultados se basaron en la presencia o ausencia de dichas variables. Se recodificaron algunas variables para facilitar su análisis e interpretación. Posteriormente se calcularon las frecuencias de las variables, y la significación estadística, a

través de la prueba del Chi-cuadrado (χ^2), tras realizar las correcciones oportunas. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con $p < 0.05$. (Tapia, 2007, Novoa, 2004; Garcia, 2003; Clifford, et al, 2008).

ESQUEMA DE TRABAJO



El conocimiento descansa no solo sobre la verdad sino también sobre el error.

Carl Jung

CAPITULO IV RESULTADOS

Tabla 1.- Base de datos inicial en estudiantes de la Facultad de Farmacia.

EDAD	Fr	GÉNERO		AÑO CARRERA			GHQ-28*					RC		
		M	F	01 05	03		A	B	C	D	T	MA	VE	IN
17-18	39	08	31	38	01	--	26 /13	22 /17	26 /13	31 /8	13 /26	18	01	20
19-20	92	22	70	60	27	05	61 /31	53 /39	69 /23	85 /7	23 /69	38	04	50
21-22	59	13	46	09	18	32	42 /17	35 /24	48 /11	56 /3	17 /42	27	--	32
23-24	23	07	16	04	08	11	11 /12	10 /13	17 /6	23 /0	10 /13	10	02	11
25-26	13	--	13	--	03	10	8 /5	9 /4	9 /4	13 /0	03 /10	10	01	02
27-28	06	02	04	--	01	05	4 /2	4 /2	4 /2	6 /0	02 /04	03	01	02
29-30	05	--	05	01	01	03	4 /1	2 /3	4 /1	5 /0	-- /05	03	--	02
31-32	04	--	04	--	--	04	2 /2	2 /2	3 /1	4 /0	02 /02	02	01	01
>32	02	01	01	--	02	--	1 /1	0 /2	1 /1	2 /0	01 /01	01	--	01
Total	243	53	190	112	61	70	159 /84	137 /106	181 /62	225 /18	71 /172	112	10	121

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * Salud Mental (posibles casos positivos / casos negativos), Fr frecuencia, A "Síntomas somáticos" B "Ansiedad e insomnio" C "Disfunción social" D "Depresión grave" T "GHQ global" RC ritmo circadiano MA "Matutino", VE "Vespertino" IN "Intermedio".

Según los resultados iniciales de las encuestas realizadas a 243 estudiantes, predominando el género femenino 78,2% y masculino 21,8. La edad promedio es de $21 \pm 3,2$ años, en cuanto al año de carrera el 46% son del 1^{er} año, 25% del 3^{er} año y 29% del 5^{to} año. Siguiendo un mismo orden de ideas se encontró que en los Síntomas somáticos (A) 34,6%, Ansiedad e insomnio (B) 38,8% Disfunción social (C) 74,5% y Depresión grave (D) 7,4%. Del total de estudiantes posibles casos positivos fue de 29,2% y el 70,8% fueron casos negativos. Las mujeres presentan diferencias significativas entre las sub escalas (**Ver anexo 16**), mientras que los hombres no presentan diferencia significativa en la subescala D. En cuanto al ritmo circadiano el 46% son matutinos, 4% vespertinos y 50% intermedios.

Tabla 2.- Grados de salud mental según género, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Salud mental*	Hombres		Mujeres		Total	
	fr	%	fr	%	fr	%
Normal	44	18,1	128	52,7	172	70,8
Leve	07	2,9	50	20,6	57	23,5
Moderada	02	0,8	11	4,5	13	5,3
Grave	--	--	01	0,4	01	0,4

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **Normal** ≤ 5 , **Leve** 6 – 13, **moderado** 14 – 21, **grave** >21 $\chi^2 = 4,908$ $p = 0,027 < 0,05$

H₁= hay diferencia significativa entre los géneros y los grados de GHQ-28

H₀= no hay diferencia significativa entre los géneros y los grados de GHQ-28

El porcentaje de salud mental (casos negativos) resulto mayor en las mujeres 52,7% frente a 18,1% en los hombres. En los posibles casos positivos del Goldberg predominó el género femenino 25,5% con relación a los hombres 3,7%. Se observa que el test Chi-cuadrado tiene un nivel de significancia de ($p < 0,05$) lo que implica que se rechaza la hipótesis nula. Por tanto se afirma que en la muestra si hubo evidencia para determinar que los factores de estudio son dependientes. Es decir, estadísticamente el género si influye en la salud mental.

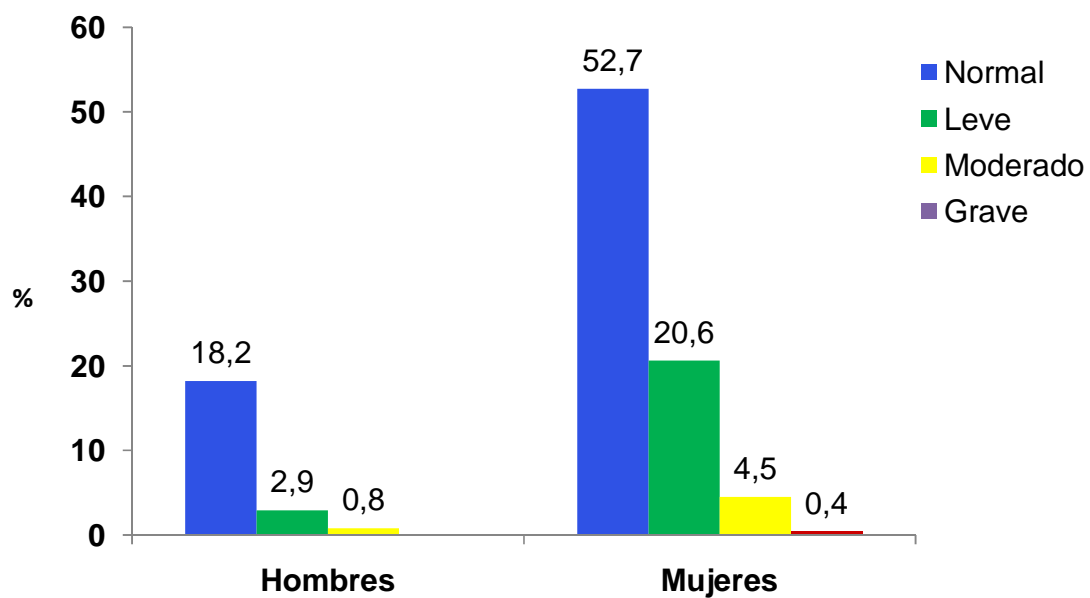


Figura 1.- Salud mental GHQ-28 según género, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 3.- Grados de salud mental según el año de estudio, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

GHQ-28	AÑOS DE CARRERA					
	1 ^{ro}		3 ^{ro}		5 ^{to}	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	81	33,3	47	19,3	44	18,1
Leve	25	10,3	11	4,5	21	8,6
Moderada	05	2,1	03	1,2	05	2,1
Grave	01	0,4	--	--	--	--

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **Normal** ≤ 5 , **Leve** 6 – 13, **moderado** 14 – 21, **grave** > 21 $\chi^2=3,413$ $p=0,180 > 0,05$

H₁= hay diferencia significativa entre los años de estudio y los grados de GHQ-28

H₀= no hay diferencia significativa entre los años de estudio y los grados de GHQ-28

Se puede observar que los casos de salud mental, posibles casos positivos, son mayoritariamente del primero y quinto año de la carrera (12,8 y 10,7)% respectivamente. Se observa que el test Chi-cuadrado tiene un nivel de significancia de ($p > 0,05$) lo que implica que no se rechaza la hipótesis nula. Por lo que se afirma que en la muestra no hubo evidencia para determinar que los factores de estudio son dependientes. Es decir, estadísticamente el año de la carrera no influye en la salud mental.

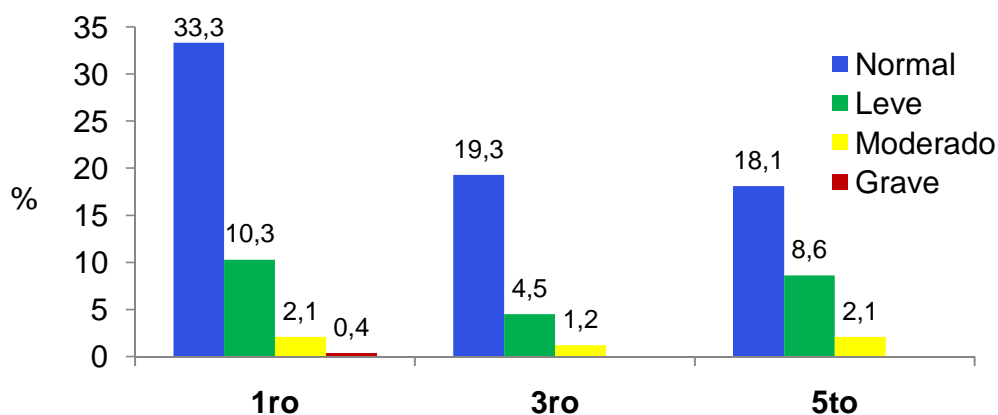


Figura 2.- Salud mental / año carrera, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 4.- Ayuda psicológica en estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica (%)		Si	No	NC/NR	χ^2 (p)
Ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica	A	4,1	93,0	2,9	0,015 (0,902)
	B	0,8	93,4	5,8	---
Ha podido necesitar atención psicológica y/o psiquiátrica	A	18,9	76,1	5,0	12,54 (0,000)
	B	16,5	79,4	4,1	28,46 (0,000)
Actualmente utiliza algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica		--	95,9	4,1	--
Actualmente cree necesario utilizar algún tipo atención psicológica y/o psiquiátrica		17,3	69,1	13,6	18,99 (0,000)

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **A** antes de empezar la carrera **B** A lo largo de la carrera

H₁= existe diferencia significativa entre ayuda psicológica y GHQ-28

H₀= no existe diferencia significativa entre ayuda psicológica y GHQ-28

En la tabla anterior se puede observar que los estudiantes entre un (69 a 96)% afirman no utilizar o no necesitar algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica. Sin embargo, un pequeño grupo (16,5 y 18,9)% afirman haber necesitado algún tipo de ayuda psicológica y/o psiquiátrica, en cuanto a la pregunta si actualmente cree necesario utilizar algún tipo atención psicológica y/o psiquiátrica el 17,3% respondió afirmativamente contra 69,1% que respondió que NO al evaluar estas últimas por el test Chi-cuadrado, a una significancia de ($p < 0,05$) observamos que hubo evidencia para determinar que los factores de estudio son independientes (**Ver anexo 17**).

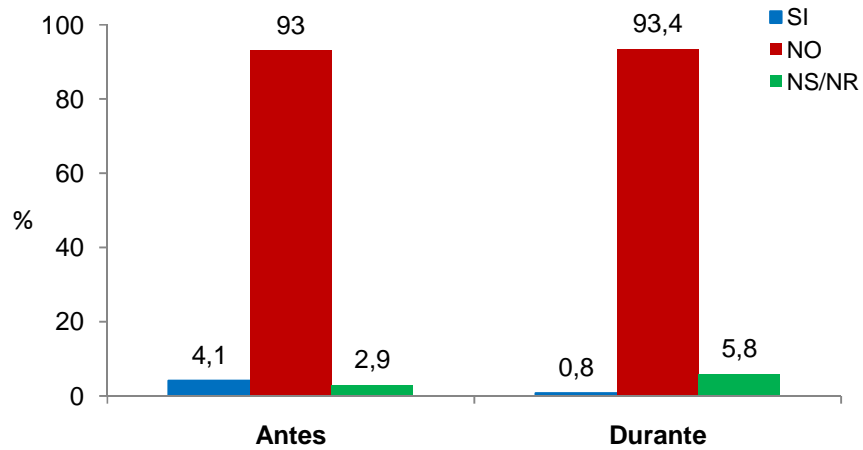


Figura 3.- Ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

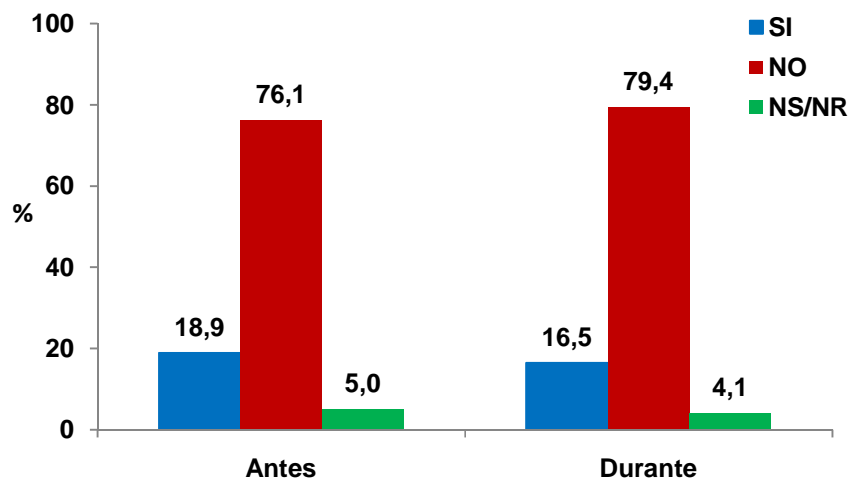


Figura 4.- Ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

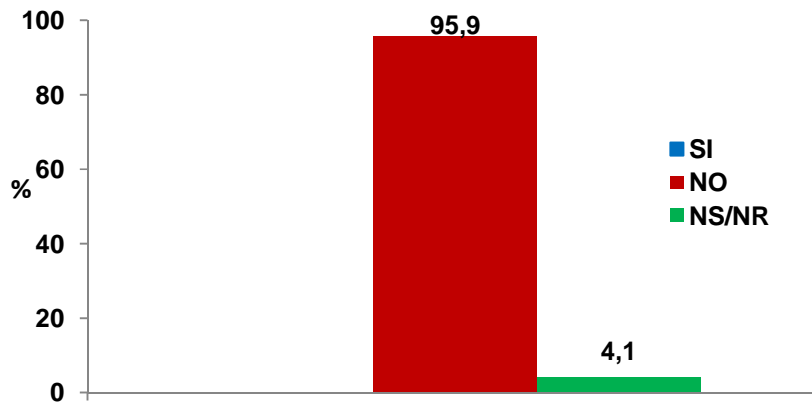


Figura 5.- En la actualidad utiliza algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

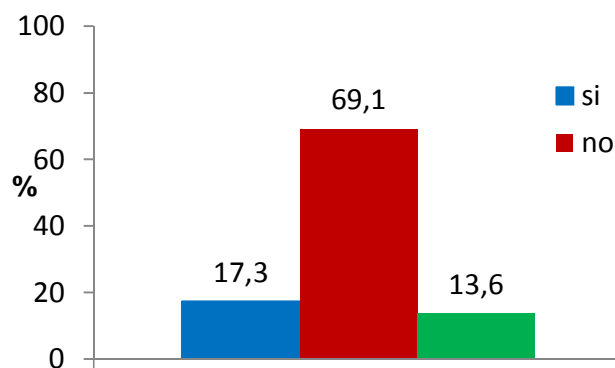


Figura 6.- En la actualidad cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 5.- Principales razones que conllevan a necesitar ayuda psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Razones para la ayuda psicológica y/o psiquiátrica	Fr	%
Problemas emocionales	77	26,1
Problemas familiares	52	17,6
Problemas asociados con la carrera	132	44,7
Problemas económicos	34	11,5

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

De acuerdo a los resultados encontrados en la tabla anterior, más del 40% de los estudiantes consideró que la razón por la cual requieren ayuda psicológica y/o psiquiátrica fue debida a problemas asociados con la carrera, seguida de un 26% por problemas emocionales y por debajo del 18% se debió a problemas familiares y económicos.

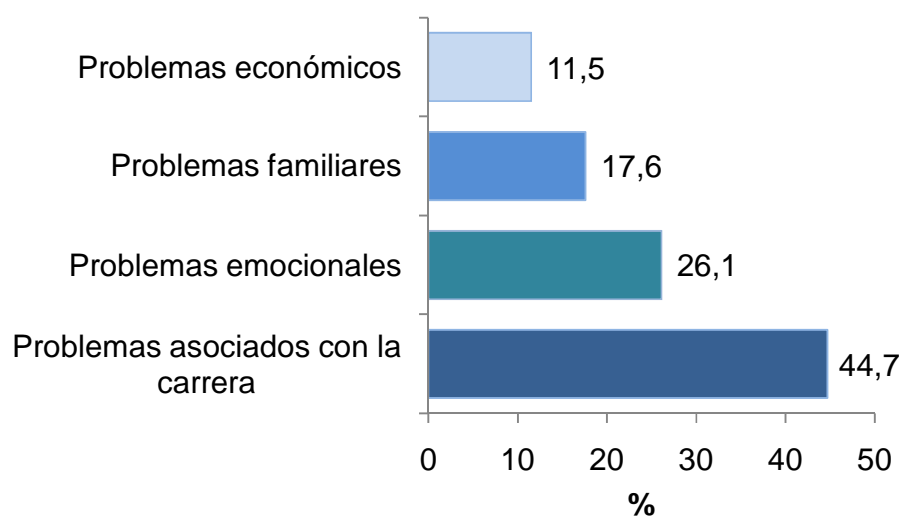


Figura 7.- Principales razones que conllevan a necesitar ayuda psicológica y/o psiquiátrica, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 6.- Influencias negativas en la calidad de vida, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Influencia negativa (%)	Nada – Poco	Bastante – Mucho	NS/NR
Cambio domiciliario	82,3	13,2	4,5
Cambio de facultad	87,2	9,1	3,7
Organización curricular	84,8	12,3	2,9
Relación entre estudiantes y profesores	67,9	28,8	3,3
Tensión acumulada en los exámenes	26,3	70,8	2,9
Tensión acumulada a lo largo de del cursos pasados	56,0	41,2	2,8
Relación con el personal administrativo y servicios	86,4	10,3	3,3
Otros	61,3	6,6	32,1

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

H₁= existe diferencia significativa entre influencia negativa en la calidad de vida y GHQ-28

H₀= no existe diferencia significativa entre influencia negativa en la calidad de vida y GHQ-28

Entre las influencias negativas que afectan la calidad de vida de los estudiantes destacan, la tensión acumulada en los exámenes y tensión a lo largo de cursos pasados (70,8 y 41,2) % respectivamente. Seguido de relación entre estudiantes y profesores 28,8 % y por debajo de un 13 5,% se encuentran cambio domiciliario, organización curricular, relación con el personal administrativo y servicios. Al comparar con el test Chi-cuadrado encontramos que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$) lo que implica que la hipótesis alternativa es aceptada, es decir, que las variables en estudio son independientes para las influencias negativas señaladas en la tabla anterior y el GHQ. (**Ver anexo 18**).

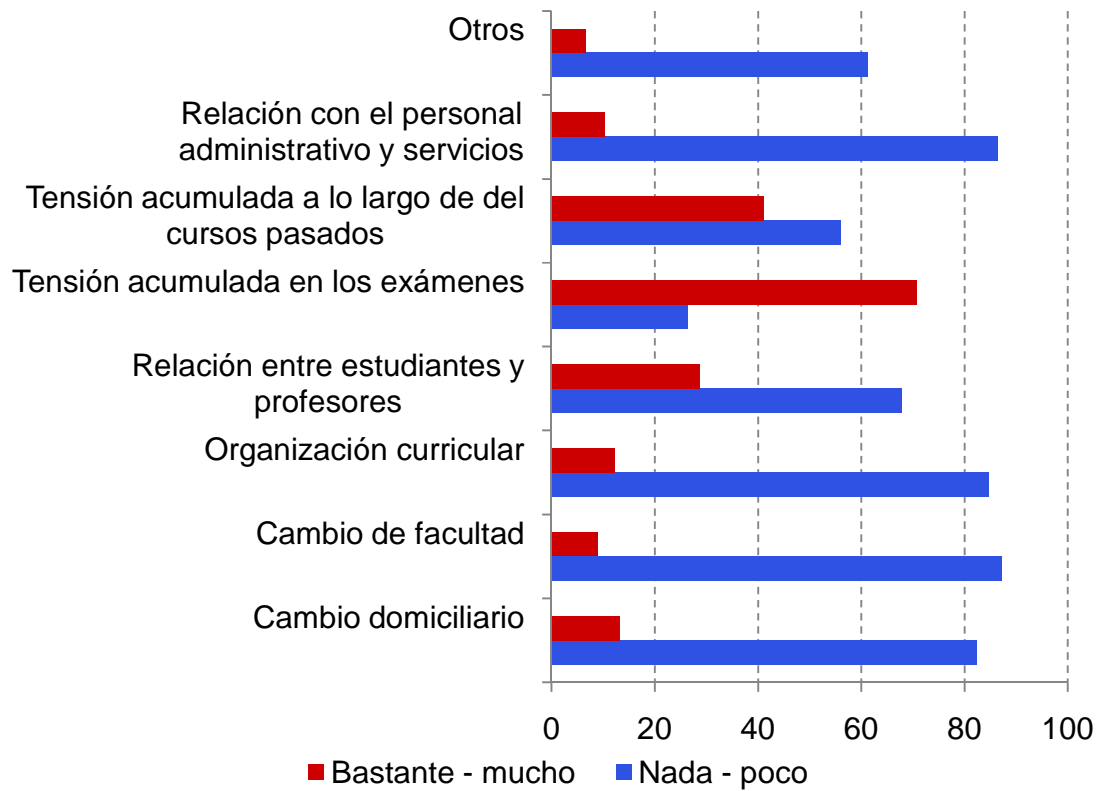


Figura 8.- Influencias negativas en la calidad de vida y QHQ-28, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 7.- Distribución de frecuencias de la variable posibilidad de realizar otras actividades y aficiones, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Otras actividades y aficiones	Fr	%
Ninguna – con alguna	193	79,4
Bastante – la mayoría	26	10,7
NS/NR	24	9,9

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio $\chi^2=0,02$ $p=089$

H_1 = existe diferencia significativa entre realizar otras actividades o aficiones y GHQ-28

H_0 = no existe diferencia significativa entre realizar otras actividades o aficiones y GHQ-28

En la tabla anterior se observa que más del 78% de los estudiantes afirma no poder realizar otras actividades y aficiones conjuntamente con los estudios de la carrera, Al realizar el test Chi-cuadrado, encontramos que no son estadísticamente significativos ($p>0,05$) lo que implica que la hipótesis alternativa se rechaza, es decir, que las variables en estudio son dependientes en cuanto a la realización de otras actividades y aficiones y el GHQ. (**Ver anexo 19**).

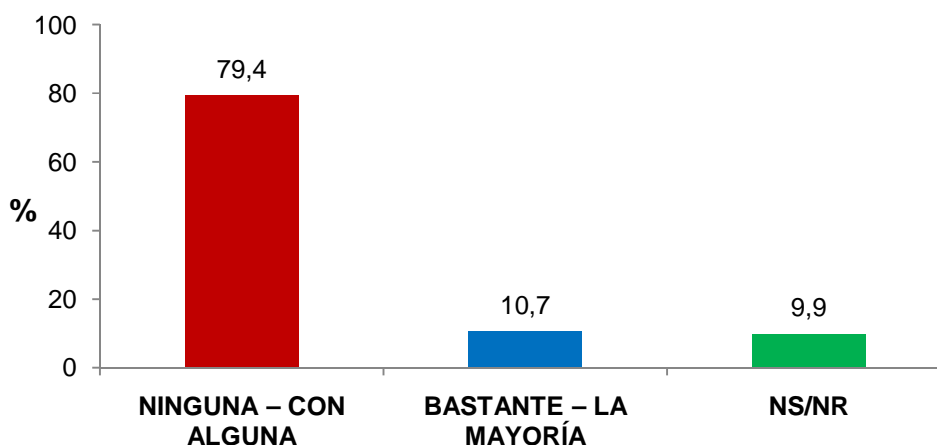


Figura 9.- Influencia negativa en la calidad de vida en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Tabla 8.- Distribución de frecuencia de la variable que esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera, estudiantes Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Expectativas sobre la carrera (%)	A/B	
	A/B	A/B
Enriquecimiento personal	81,1 / 08,2	88,5 / 07,4
Desarrollo personal	93,0 / 03,7	89,3 / 04,9
Conocimiento (teórico)	86,4 / 05,3	81,9 / 09,9
Habilidades (práctico)	87,2 / 04,9	81,9 / 10,3
Actitud humanitaria	84,4 / 07,8	82,3 / 09,5
Relación social	84,4 / 12,8	79,0 / 16,9
Auto-conocimiento	84,0 / 13,2	59,7 / 03,5
Prestigio, reconocimiento social	59,3 / 37,4	80,2 / 14,8
Dinero	55,1 / 42,4	85,2 / 11,1
Capacidad profesional	90,5 / 07,0	52,7 / 42,4
Disfrutar	80,2 / 01,7	22,2 / 73,7
Ambiente universitario	85,2 / 12,8	74,5 / 21,0
Falta de tiempo	43,6 / 53,1	79,4 / 16,9
Competitividad	50,6 / 46,1	70,8 / 25,1
Presión académica	68,3 / 02,9	84,4 / 11,9
Estudiar	93,0 / 04,1	63,0 / 32,9
Dificultad	53,9 / 42,8	60,5 / 34,6
Conocer / usar con eficiencia los servicios sanitarios	61,3 / 33,3	82,7 / 13,6
Aprender a cuidar de tu propia salud	86,0 / 09,9	92,2 / 04,1
Aprender a velar por la salud de los demás	88,1 / 07,4	69,5 / 21,8

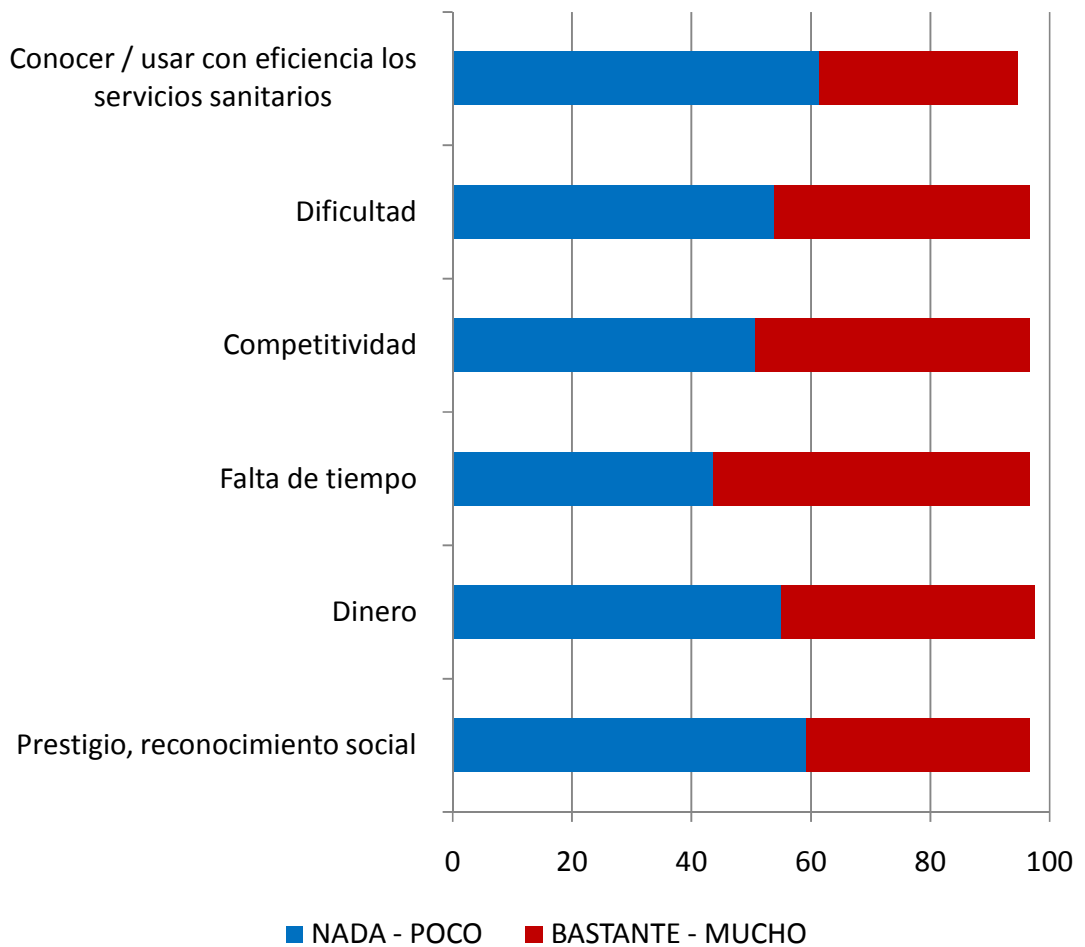
Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **A** Nada – poco **B** Bastante - Mucho

H₁= existe diferencia significativa entre Expectativas sobre la carrera y GHQ-28

H₀= no existe diferencia significativa entre Expectativas sobre la carrera y GHQ-28

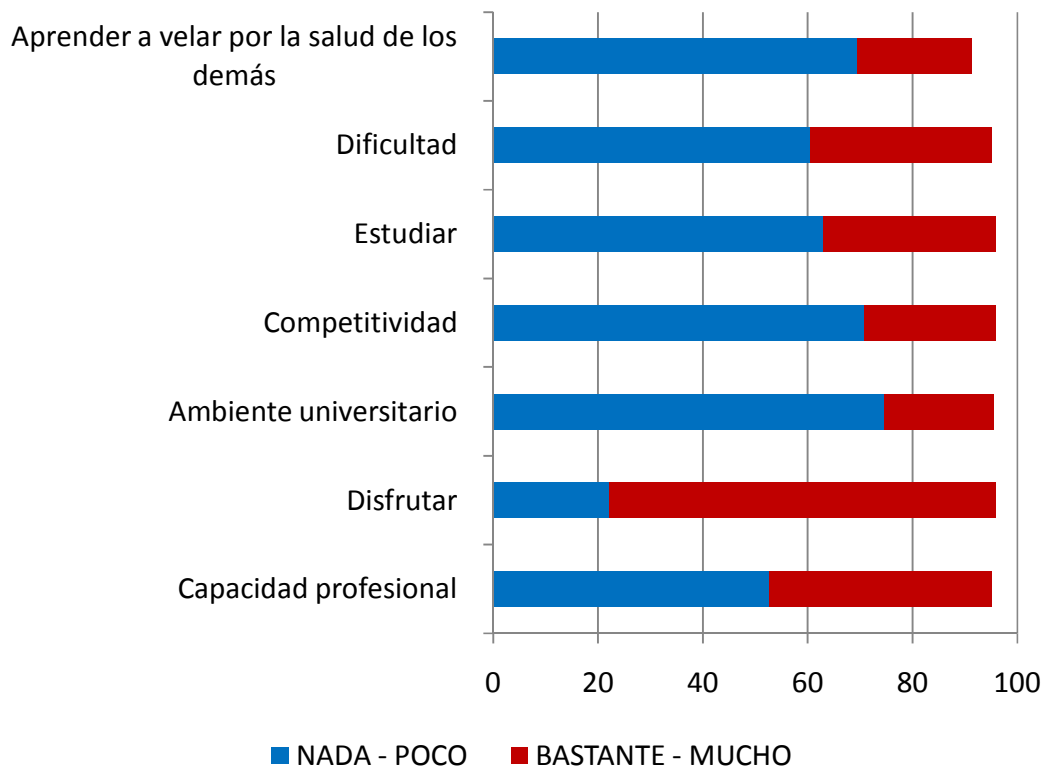
Más del 60% de los estudiantes encuestados señalaron no tener buenas expectativas antes de comenzar la carrera, los mismos resultados se reflejan cuando se les pregunto sobre las expectativas actuales de la carrera. Exceptuando el ítem de disfrutar donde alrededor del 73% afirmaron tener alta expectativa de la misma. Al aplicar el test del Chi-cuadrado se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los grupos de GHQ asociadas a: enriquecimiento, desarrollo personal, conocimiento, relaciones

sociales, competitividad, dificultad, velar por la salud de los demás (**Ver anexo 20**).



Nota: Solo aparecen reflejados los ítems más resaltantes en el estudio

Figura 10.- Antes de empezar los estudios de universidad que esperaba de la carrera, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010- 2011)



Nota: Solo aparecen reflejados los ítems más resaltantes en el estudio

Figura 11.- Actualmente que ha encontrado en la carrera, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010 2011)

Tabla 9.- Distribución de frecuencia de la variable grado de satisfacción en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Grado de satisfacción (%)	A	B	NS/NR
Los compañeros	17,3	81,1	1,6
Los profesores	21,0	77,0	2,0
El personal administrativo y obrero	42,0	56,0	2,0

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **A** (nada - poco) **B** (bastante - mucho)

H₁= existe diferencia significativa entre grado de satisfacción y GHQ-28

H₀= no existe diferencia significativa entre grado de satisfacción y GHQ-28

De acuerdo a los resultados encontrados es de hacer notar que los estudiantes manifestaron un alto grado de satisfacción con sus compañeros, con el profesorado y el personal administrativo y obrero. Al aplicar el test del Chi-cuadrado se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con respecto al grado de satisfacción con sus compañeros y el estado de salud mental. (Ver anexo 21)

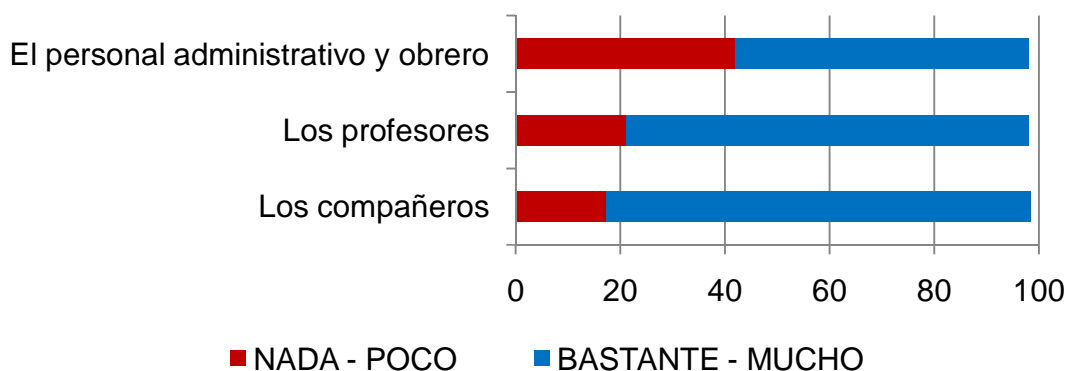


Figura 12.- Grado de satisfacción en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Tabla 10.- Distribución de frecuencias asociadas a la variable grado de consumo de sustancias subjetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Sustancias (%)	Nunca	Puntual- esporádico	Habitual - diario
Café	10,0	29,3	60,7
Otras infusiones y/o refrescos estimulantes	16,7	36,0	47,3
Cacao y derivados	29,7	43,9	25,1
Tabaco	43,5	25,9	31,0
Bebida alcohólica de bajo grado	18,4	40,2	41,8
Bebida alcohólica de alto grado	22,6	41,8	36,0
Cannabis y derivados	74,9	22,2	2,1
Fármacos estimulantes	67,4	30,1	2,5
Cocaína y derivados	81,2	16,7	2,1
Éxtasis y variantes	87,0	11,7	1,3
Alucinógenos	85,4	13,4	1,3
Fármacos ansiolíticos	72,8	25,9	1,3
Heroína	86,2	12,6	1,3
Otros	78,2	4,6	1,7

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

H₁= Hay diferencia en la percepción del consumo de sustancias entre los compañeros, según los grupos de GHQ.

H₀= No hay diferencia en la percepción del consumo de sustancias entre los compañeros, según los grupos de GHQ.

En la tabla anterior, se observa que para el consumo habitual – diario el 60,7% de los individuos señalo consumo de café, un 47,3% otras infusiones y/o refrescos estimulantes, y un 31,0% tabaco. En cuanto a la ingesta de bebidas de bajo y alto grado alcohólico es de (41,8 y 36,0)% respectivamente, por otro lado en cuanto al consumo de sustancias ilícitas encontramos que la cocaína, el éxtasis y variantes, los alucinógenos y la heroína se encuentran entre un (11,7 y 16,7)%, los fármacos estimulantes y fármacos ansiolíticos con (30,1 y 25,9) % respectivamente, (**Ver anexo 22**)

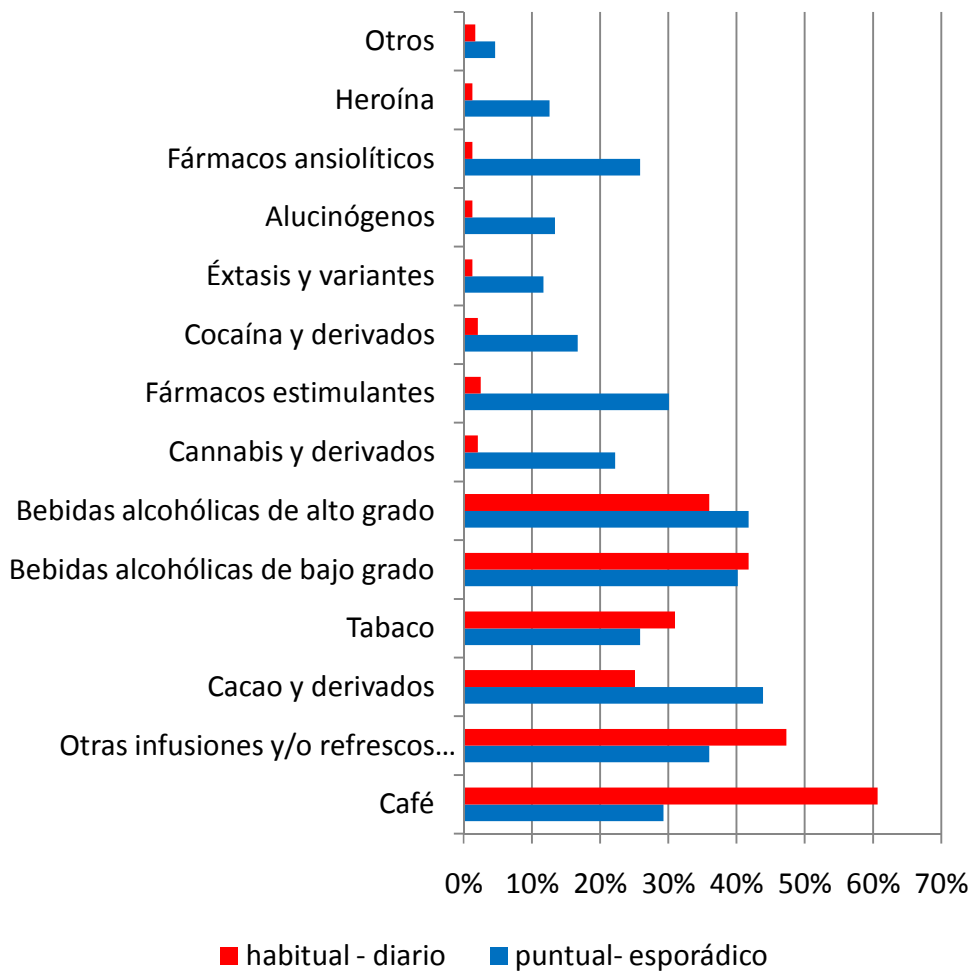


Figura 13.- Grado de consumo de sustancias subjetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Tabla 11.- Distribución de frecuencias asociadas a la variable grado de consumo de sustancias objetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Sustancias	Nunca	Puntual- esporádico	Habitual - diario
Café	21,7%	47,7%	30,6%
Otras infusiones y/o refrescos estimulantes	31,1%	52,8%	16,2%
Cacao y derivados	38,3%	50,6%	10,6%
Tabaco	87,2%	8,9%	3,8%
Bebidas alcohólicas de bajo grado	35,3%	57,0%	7,7%
Bebidas alcohólicas de alto grado	45,5%	47,2%	7,2%
Cannabis y derivados	97,4%	1,7%	--
Fármacos estimulantes	98,2%	1,7%	--
Cocaína y derivados	99,5%	0,4%	--
Éxtasis y variantes	100,0%	0,0%	--
Alucinógenos	100,0%	0,0%	--
Fármacos ansiolíticos	96,6%	3,4%	--
Heroína	100,0%	0,0%	--
Otros	90,2%	2,6%	1,7%

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Casos probables** (>5) / **casos negativos** (≤5)

H₁= El consumo de sustancias no difiere entre los grupos de GHQ.

H₀= El consumo de sustancias difiere entre los grupos de GHQ.

En la tabla anterior se observa una tendencia de consumo de sustancias por parte de los estudiantes puntual – esporádico, entre los que resaltan café 47,7%, otras infusiones y o refrescos estimulantes 52,8%, cacao y derivados 50,6%, bebidas de bajo y alto grado alcohólico (57 y 47,2)%. En un mismo orden de ideas el consumo de sustancias ilícitas de cannabis y derivados 1,7%, cocaína 0,4% con respecto a fármacos estimulantes y ansiolíticos (1,7 y 3,4)%. Es de resaltar que se observa un 87,2% de individuos que no fuman. (Ver anexo 23)

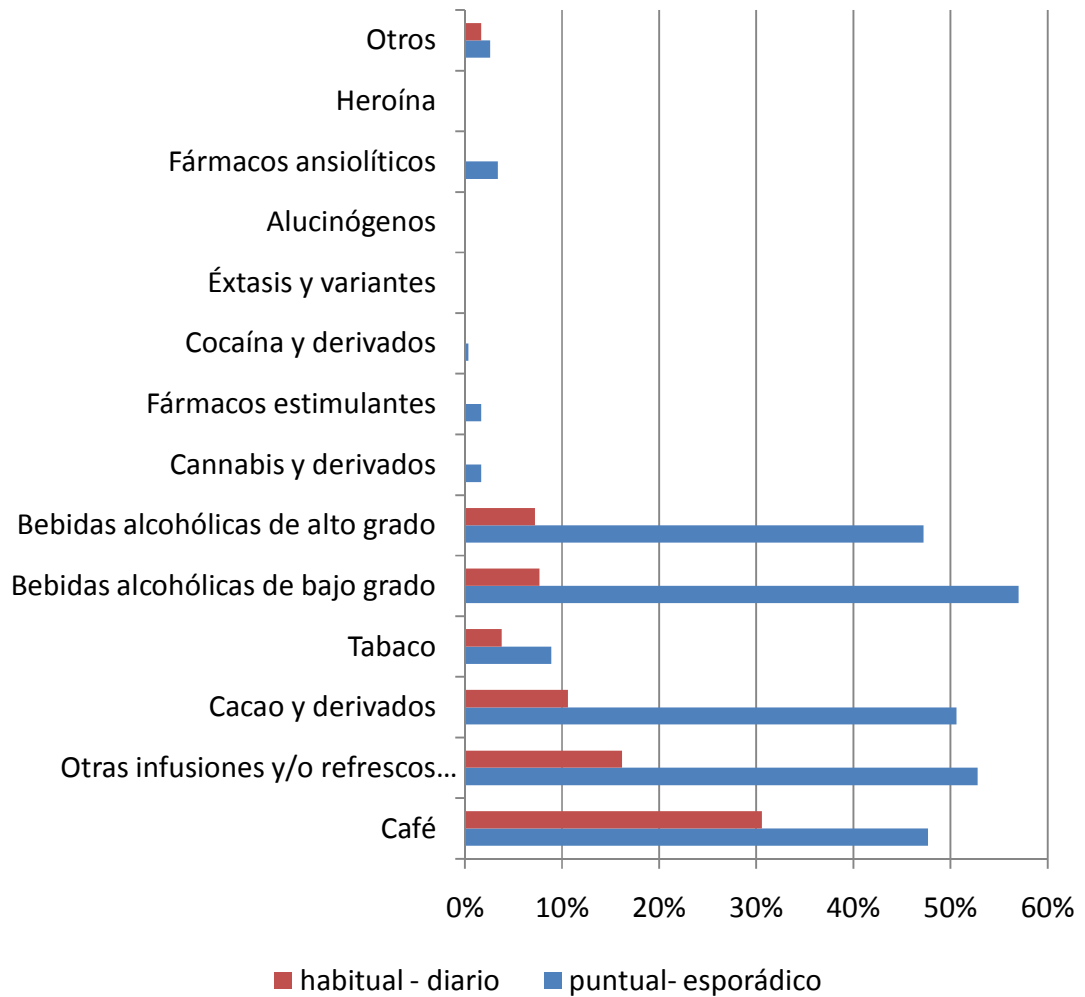


Figura 14.- Grado de consumo de sustancias objetiva, estudiantes de la Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Tabla 12.- Distribución de frecuencias en cuanto a la automedicación y salud mental, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

GHQ-28	Automedica (%)		Total
	SI	NO	
Posibles casos (>5)	25,5	6,2	31,7
Casos negativos (≤ 5)	51,9	16,0	67,9
TOTAL	77,4	22,2	99,6

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio $\chi^2 = 0,523$ $p = 0,47 > p = 0,05$

H_1 = existe diferencia significativa entre los que se automedican y los grupos de GHQ-28

H_0 = no existe diferencia significativa entre los que se automedican y los grupos de GHQ-28

En referencia a la tabla anterior encontramos que la automedicación entre los estudiantes es alta en ambos grupos, independientemente del grado de salud mental del individuo, lo que implica que no existe evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula entre las dos variables de estudio ($p > 0,05$).

(Ver anexo 24)

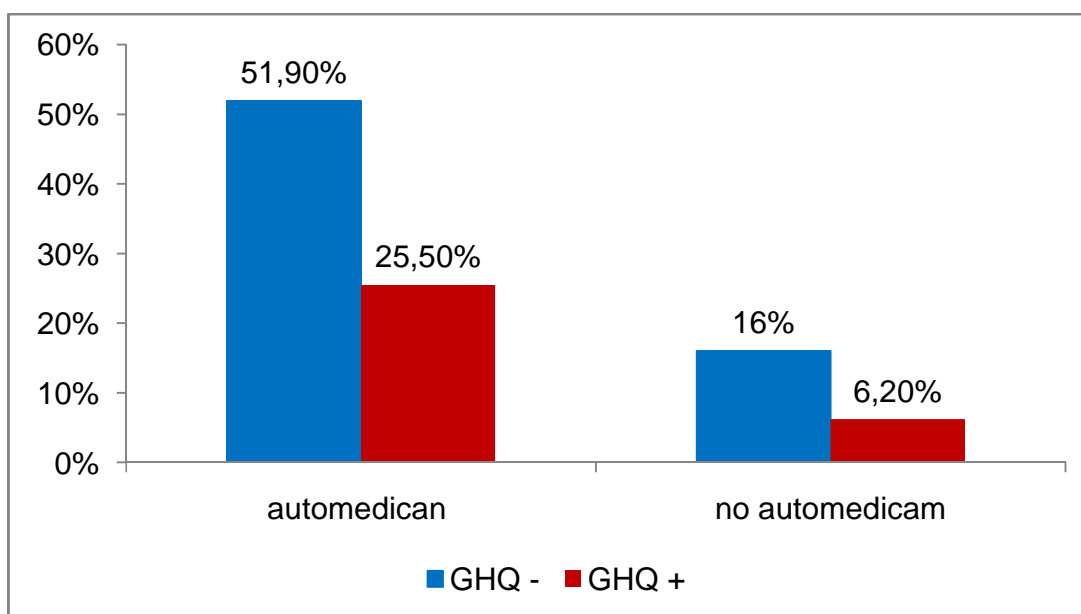


Figura 15.- Automedicación y salud mental, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 13.- Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Grupo farmacológico	Fr* N=229	%
Analgésicos, antiinflamatorios, antipiréticos	39/116	15,9/42,6
Antihistamínicos	12/39	4,8/15,9
Antigripales, antitusígenos, descongestivos nasales	35/121	14,5/49,7
Antibióticos	12/44	4,8/17,9
Antiácidos y digestivos	17/49	6,9/20,0
Anticonceptivos (orales)	--/20	--/8,3
Ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes e hipnóticos	3/7	1,4/2,8
Otros medicamentos	7/10	2,8/4,1

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * hombres / mujeres

Como podemos observar en la tabla anterior, el grupo de medicamentos de mayor consumo es de antigripales, antitusígenos, descongestionantes nasales con un 64,2 (14,5% hombres y 49,7% mujeres) y con un valor similar de un 58,5% (15,9% hombres y 42,6% mujeres) el grupo de analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos, seguido del grupo antiácidos y digestivos 26,9%, antibióticos y antihistamínicos con (22,7 y 20,7)% respectivamente. El resto de grupo de medicamentos se encuentra por debajo del 9%.

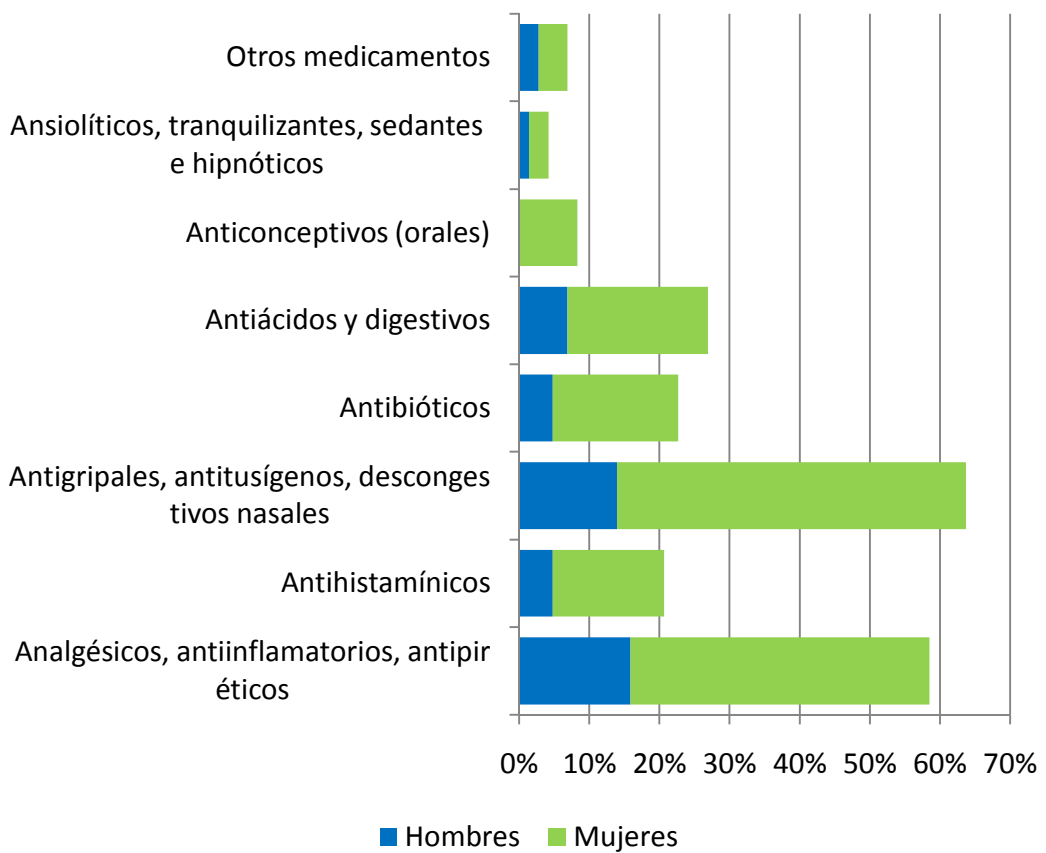


Figura 16.- Consumo de medicamentos, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 14.- Distribución de frecuencias de los motivos para medicarse sin previa consulta médica, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Motivos para automedicarse	Fr	%
<i>Dificultad económica y no posee otra ayuda</i>	5	1,4
<i>Tiempo que demanda esperar un turno médico para ser atendido</i>	32	9,2
<i>Síntomas no serios para acudir al médico</i>	168	48,3
<i>Confianza de que el medicamento no le causa malestar</i>	45	12,9
<i>Cree tener suficiente conocimiento para medicarse</i>	50	14,4
<i>Desconfianza del fármaco indicado por el médico</i>	5	1,4
<i>Vergüenza de acudir a la consulta médica</i>	3	0,9
<i>Otros</i>	5	1,4
<i>NS/NR</i>	35	10,1

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

La opinión predominante en cuanto al principal motivo para medicarse sin previa consulta médica fue, el no presentar síntomas no serios para acudir al médico 48,3%, creer tener suficiente conocimiento para medicarse 14,4%, confianza de que el medicamento no le causa malestar 12,9%, tiempo que demande esperar un turno médico para ser atendido 9,2%, el resto de motivos presentaron un valor menor al 1,5%.

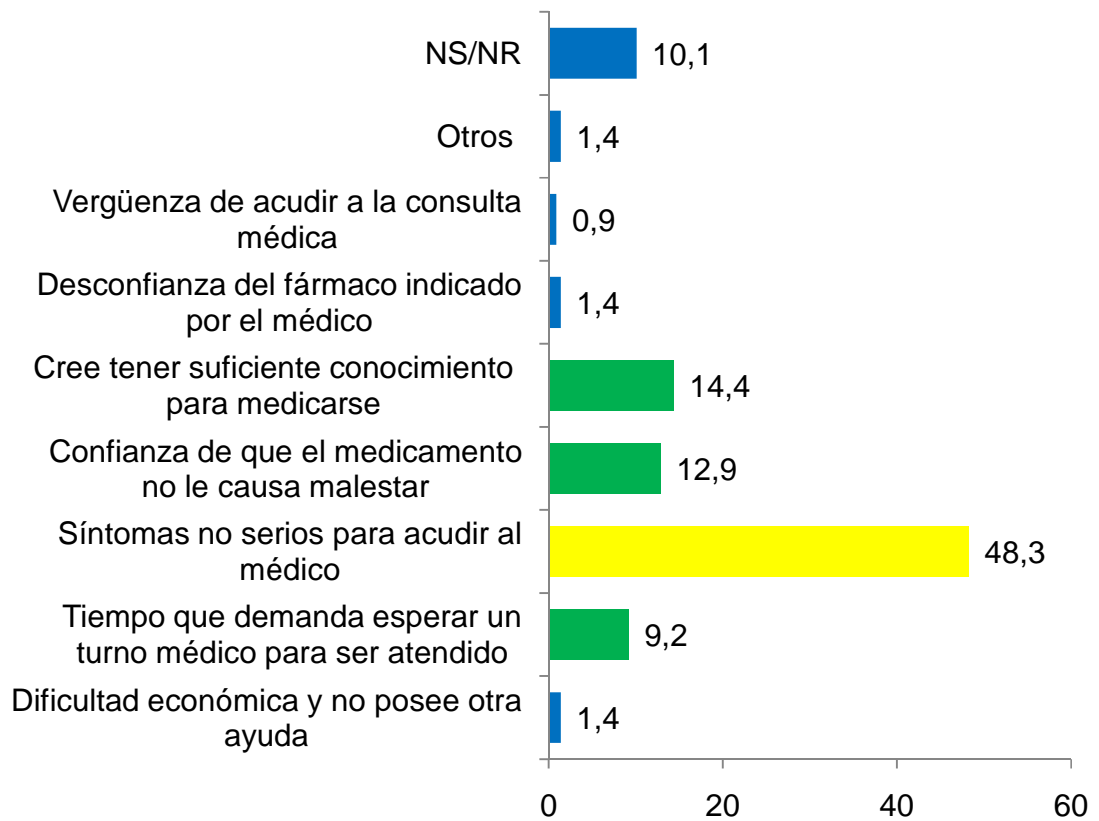


Figura 17.- Motivos para medicarse sin previa consulta médica, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 15.- Distribución de frecuencias sobre la fuente de información por la cual los estudiantes decidieron emplear un medicamento, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Fuente de información	Fr	%
<i>Un médico, por receta anteriormente prescrita</i>	126	29,0
<i>Información leída en el prospecto del medicamento</i>	43	9,9
<i>Consejo o recomendación de familiar, amigo, compañero, etc</i>	82	18,9
<i>Consejo o recomendación de un aviso publicitario</i>	17	3,9
<i>Consejo o recomendación de un profesional farmacéutico</i>	65	14,8
<i>Consejo o recomendación de otro profesional</i>	43	9,9
<i>Otra fuente de información</i>	17	3,9
<i>NS/NR</i>	42	9,7

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

Los criterios más señalados como fuente de información para emplear un medicamento fueron 29% por un médico, 18,9% por consejo o recomendación de familiar, amigo, compañero, 14,8% por consejo o recomendación de un profesional farmacéutico. Los criterios restantes presentaron un valor por debajo del 10%.

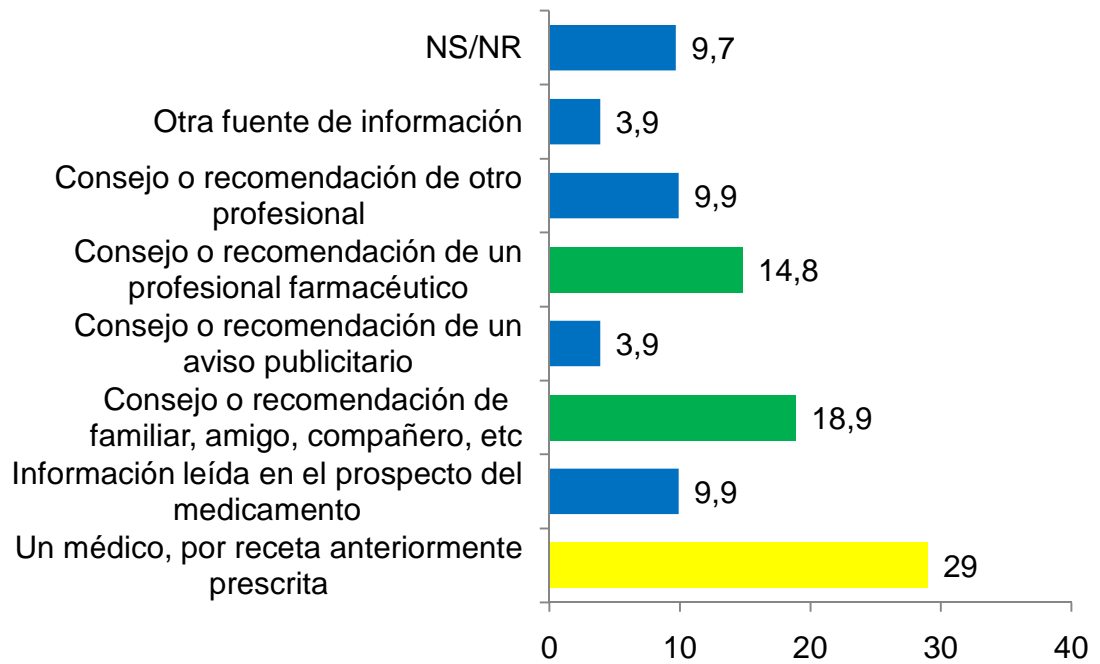


Figura 18.- Fuente de información por la cual los estudiantes decidieron emplear un medicamento, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 16.- Distribución de frecuencias sobre la eficacia de la medicación, empleada por iniciativa propia del estudiante, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Eficacia de la medicación (automedicación)	Fr	%
Muy buena	84	34,6
Buena	149	61,3
Ninguna	8	3,3
Empeoraron los síntomas	2	0,8
Aparecieron otros síntomas	--	--

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

Al realizar la pregunta, ¿Señale cual fue la eficacia de la medicación, empleada por usted? Observamos que en la muestra total el 95% señalaron como respuesta buena y muy buena, 3,3% no presentaron mejoras y el resto (0,8) señalaron que los síntomas empeoraron.

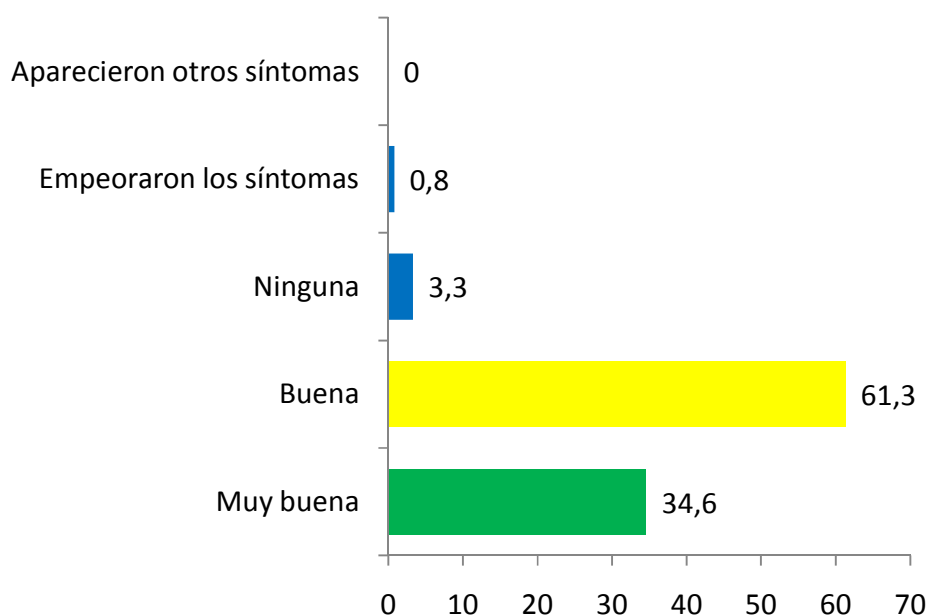


Figura 19.- Eficacia de la medicación, empleada por iniciativa propia del estudiante, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 17.- Distribución de la fuente de adquisición o acceso a los medicamentos, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Fuente de adquisición o acceso del medicamento	Fr	%
<i>En una farmacia</i>	216	62,8
<i>En un kiosco, supermercado o almacén</i>	10	2,9
<i>Uso medicación que tenia en el botiquín</i>	58	16,8
<i>Uso medicación dada por un familiar, amigo, vecino, compañero</i>	10	2,9
<i>En otro lugar o en otra forma</i>	5	1,5
<i>NS/NR</i>	45	13,1

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

Cuando se realizó la pregunta: ¿donde o como adquirió los medicamentos?, podemos observar que en la muestra el 62,8% de los estudiantes señalaron farmacias, el 16,8% usó medicación que tenia en el botiquín, 13,1% señalaron no saber o no respondieron, y el 7% señalaron en un kiosco, supermercado o almacén; uso medicación dada por un familiar, amigo, vecino y en otro lugar o en otra forma.

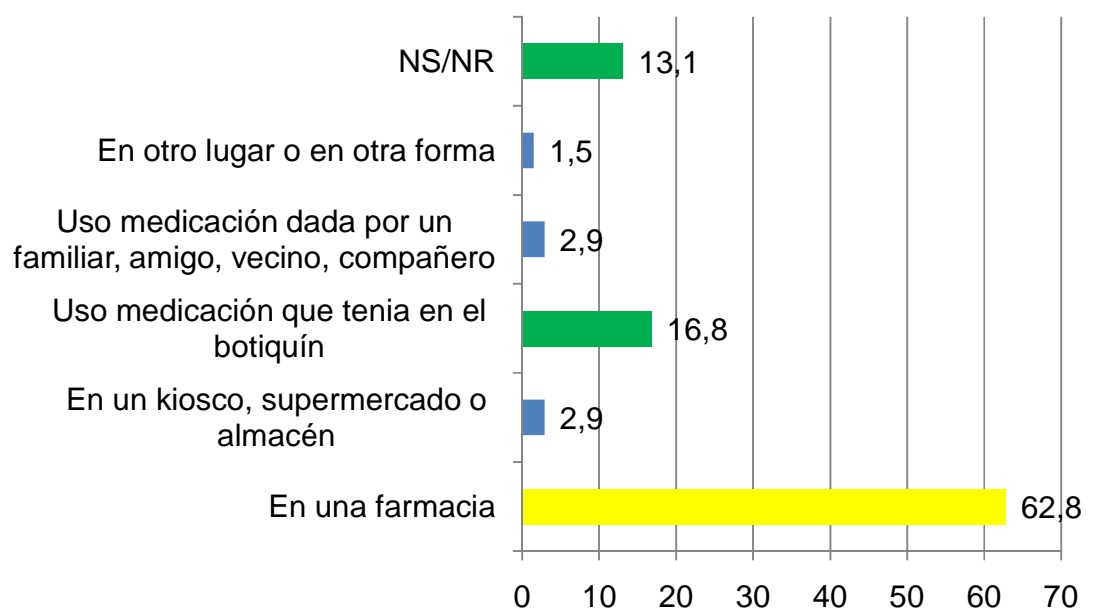


Figura 20.- Fuente de adquisición a los medicamentos, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 18.- Distribución de frecuencias según el riesgo que representa para la salud consumir algún medicamento sin control médico, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Riesgo de consumir medicamentos sin control médico	Fr	%
SI	80	33,0
NO	157	65,8
NS/NR	6	1,2

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio χ^2 3,1 $p=0,078 > 0,001$

H₁= hay diferencia de opinión sobre el riesgo de consumir medicamentos según el grupo de GHQ-28

H₀= no hay diferencia de opinión sobre el riesgo de consumir medicamentos según el grupo de GHQ-28

Podemos observar que el 65,8% de los estudiantes señalaron que NO representaba riesgo para su salud consumir algún medicamento sin prescripción médica. Solo el 33% respondieron que SI. Al aplicar el test Chi-cuadrado se encontró que no existe significancia estadística en los criterios de opinión entre los grupos de GHQ. **(Ver anexo 25)**

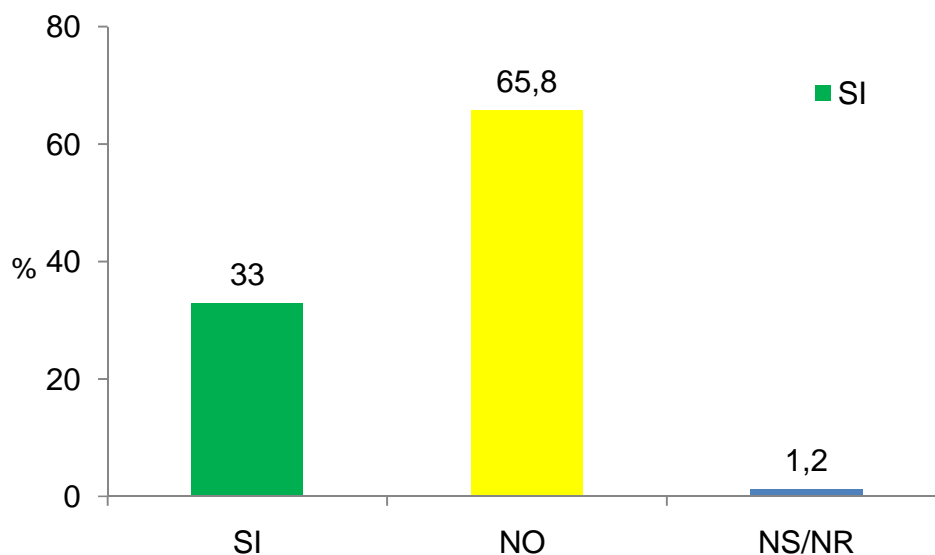


Figura 21.- Riesgo que representa para la salud consumir algún medicamento sin control médico, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 19.- Distribución de frecuencias de los estudiantes según el ritmo circadiano, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Ritmo circadiano	Fr.	%
Matutino	112	46,1
Vespertino	10	4,1
Intermedio	121	49,8
Total	243	100,0

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla anterior con relación al ritmo circadiano encontramos que los estudiantes evaluados en su mayoría presentaron una tipología matutino e intermedio (46,1 y 49,8)% respectivamente. Al evaluar la tipología circadiana con la salud mental encontramos que no existe relación estadísticamente significativa (**Ver anexo 26**)

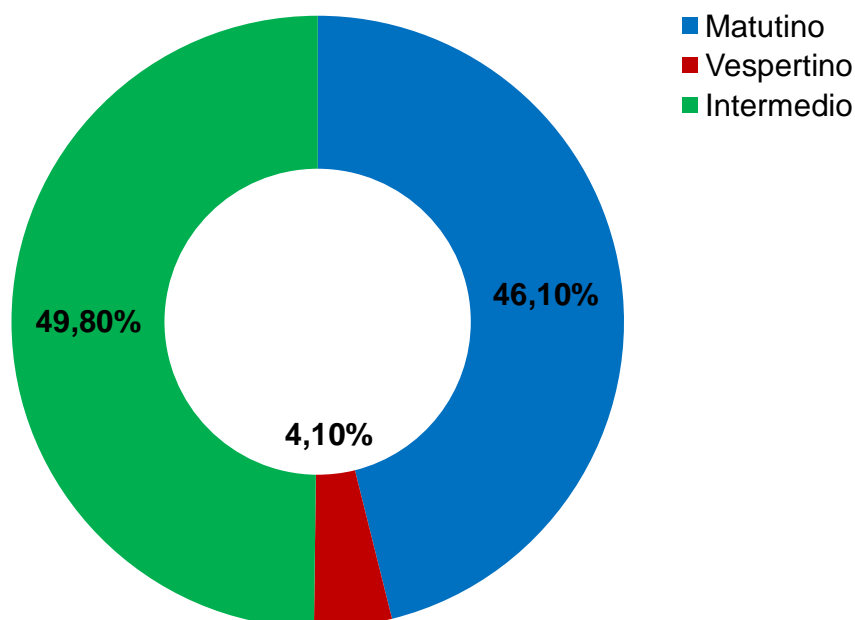


Figura 22.- Ritmo circadiano, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Tabla 20.- Distribución de frecuencias de los estudiantes según el ritmo circadiano y automedicación, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Ritmo circadiano	Automedicación		Total
	SI	NO	
Matutino	89	18	107
Vespertino	3	2	5
Intermedio	89	27	116
Total	181	47	228

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **Fisher: 1,478 p 0,397 > 0,05**

H₁= existe diferencia significativa entre los que se automedican y el ritmo circadiano

H₀= no existe diferencia significativa entre los que se automedican y el ritmo circadiano

Al evaluar la variable de automedicación (**ítem 1 del anexo 14**) con el ritmo circadiano encontramos que la tendencia a automedicarse es similar entre los grupos de tipología matutino e intermedio. no se encontró diferencia significativa entre las variables de estudio; por lo tanto, se rechaza la hipótesis “existe diferencia significativa entre los que se automedican y el ritmo circadiano”.

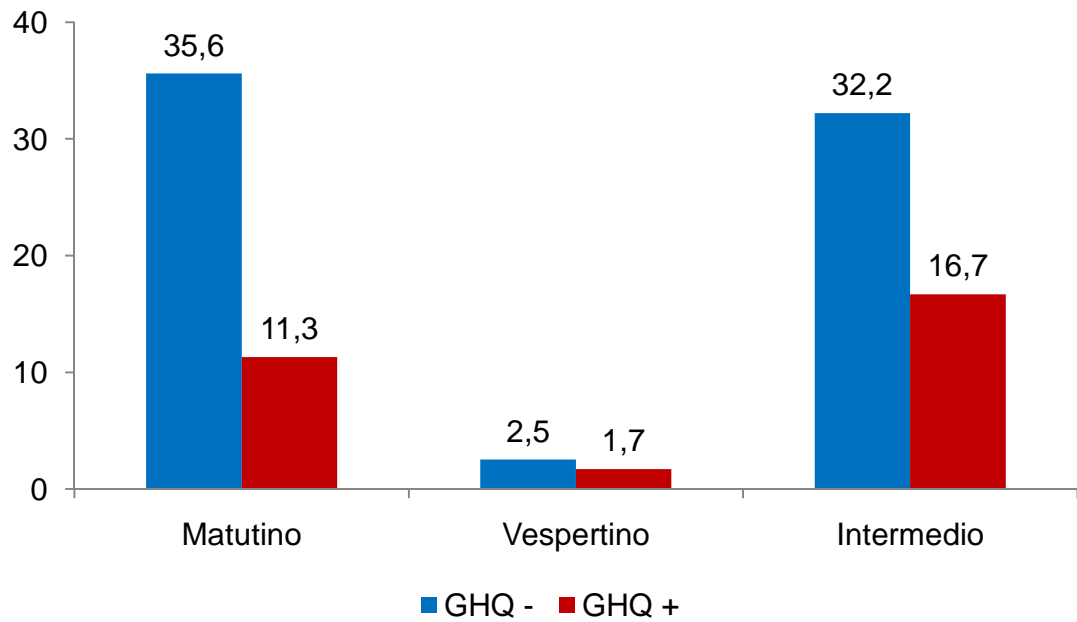


Figura 23.- Ritmo circadiano y automedicación, estudiantes, Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Objetivo 1.- Evaluar el estado de salud mental de los estudiantes universitarios de la Escuela de Farmacia utilizando el cuestionario de salud mental de Golberg.

De acuerdo al objetivo planteado, la evaluación del estado de salud mental de los estudiantes de la facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes se encontró que de los 243 estudiantes, 78,2% son del género femenino y el 21,8% son del masculino, al aplicar el Cuestionario de Salud Mental Golberg - 28 ítems, encontramos que el 29,2% resultaron posibles casos positivos (62 mujeres, 09 hombres) y 70,8% casos negativos, en cuanto a las subescala se encontró un 34,6% con Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio 38,8%, Disfunción social 74,5% y Depresión grave 7,4%. Las mujeres presentan diferencias significativas entre las sub escala, mientras que los hombres no presentan diferencia significativa en la subescala D.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los de Tizón et al (2006) quienes realizaron un estudio de salud mental aplicando el Cuestionario de Salud Mental de Golberg versión 12 al personal de enfermería de un hospital de la Coruña, encontraron que un 27% tenían trastornos de salud mental, por su parte Mórales (2010) refiere que un 24,7% de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación presentan alteración en la salud mental. Al referirnos a los resultados obtenidos por, la autora en cuanto a años de la carrera, los distribuye de la siguiente manera 10,4% primer año, 6,2% tercer año, y 8% quinto año. Dichos resultados son similares a los nuestros siendo de (12,8%, 5,7%, 10,7%) en los años de 1^{ro}, 3^{ro} y 5^{to} respectivamente para la carrera de Farmacia.

Al comparar el porcentaje de casos en función a las subescala de GHQ con otros estudios vemos que superan a los obtenidos por González et al (2008) en la Universidad del Zulia Venezuela, quienes reportaron un 28,6% de síntomas somáticos y 4% disfunción social. Por otra parte, en el Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez, Venezuela, Tineo (2002) reportó en su estudio un porcentaje de riesgo de aproximadamente 15% referente a la subescala de ansiedad e insomnio y con menor incidencia de riesgo las de disfunción social y la de depresión.

Ávila et al (2004) encontró un elevado porcentaje de GHQ-28 positivo entre los estudiantes de Medicina en los que se planteó si podría relacionarse con el estado de salud mental previo a la carrera; los resultados encontrados no difieren significativamente de los del resto de la población, más de la mitad de los alumnos creen haber necesitado ayuda en algún momento de sus estudios; una cuarta parte de ellos cree necesitarla ahora. Otro dato que se ha reflejado también en años anteriores, es la falta de percepción de malestar psicológico y la escasa solicitud de ayuda, más de la mitad de los GHQ positivos no cree necesitar atención psicológica y el 90% de los que creen necesitarla no la solicitan. Estos resultados son similares a los encontrados en la presente tesis con estudiantes de Farmacia donde más del 50% de los GHQ positivo no considera necesitar ayuda psicológica.

Al Nakeeb, et al (2010) reporta un 14,7% de estudiantes de Medicina del sexto curso que presentan alteraciones de la salud mental. Al comparar dichos resultados con nuestros estudiantes del último año de la carrera de Farmacia encontramos un 10,7% de casos GHQ positivos.

Objetivo 2.- Contrastar el estado de salud mental con la atención psiquiátrica o psicológica.

Los estudios revelan que un (69 a 96)% no utilizan y no necesitan algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica. Una minoría (16,5 y 18,9)% afirmaron haber necesitado ayuda psicológica y/o psiquiátrica, en la actualidad un 17,3% creen necesitar de ayuda o atención psicológica o psiquiátrica. Al evaluar las dos últimas preguntas por el test Chi-cuadrado, a una significancia de ($p < 0,05$) observamos que hubo evidencia para determinar que los factores de estudio son independientes. Resultados similares reporta Morales (2010) en los que el 21,6% manifiestan necesitar ayuda psicológica, (10,7% GHQ positivos y 10,9% GHQ negativos). La autora también refiere que del 24,7% GHQ positivos, un 12,6% señalan no tener necesidad actual de ayuda psicológica.

Arias, (2011) encontró que los estudiantes que respondieron no tener necesidad de ayuda psicológica 66,6% (42% GHQ positivo) dijeron que NO contra 20% (28% GHQ positivo) que dijeron que SI. Dichos resultados difieren a los nuestros en cuanto a GHQ, en los que observa que de los estudiantes que respondieron negativamente a la necesidad de ayuda psicológica 59,3%(11,8% GHQ positivo) contra los que afirmaron necesidad de ayuda psicológica 27,2% (GHQ positivo 37,9%). Sin embargo la tendencia en cuanto a la necesidad de ayuda psicológica son similares.

Al Nakeeb (2010), encontró que la percepción subjetiva de necesidad de ayuda psicológica presenta una gran discordancia con la necesidad objetiva de recibirla. Únicamente un 29.2% de los sujetos que tienen alterada su salud mental son capaces de reconocerlo. Mientras que en nuestro trabajo la proporción fue mayor, el 37,9% de la muestra estudiada manifiesta la necesidad de recibir ayuda psicológica.

Objetivo 3.- Establecer las influencias negativas en la calidad de vida entre los estudiantes, así como la posibilidad de realizar otras actividades y aficiones.

Dentro de las influencias que afectan la calidad de vida de los estudiantes de la Facultad de Farmacia en este estudio destacan, la tensión acumulada en los exámenes y tensión a lo largo de cursos pasados (70,8 y 41,2)% respectivamente, relación entre estudiantes y profesores 28,8% y con menos de 14% se encuentran cambio domiciliario, organización curricular, relación con el personal administrativo y servicios. Al comparar con el test Chi-cuadrado encontramos que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$), lo que implica que la hipótesis alternativa es aceptada, es decir, que las variables en estudio son independientes para las influencias negativas señaladas en la tabla anterior y el GHQ. Estos resultados difieren de los reportados por Morales (2010), quien no encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,671 > 0,05$); por consiguiente en sus datos no hay relación entre la tensión producida por los exámenes y la salud mental en los alumnos objeto de estudio.

Encontramos que un 11,9% (3,7% GHQ positivos y 8,2% GHQ negativos) de los estudiantes afirma realizar otras actividades y aficiones conjuntamente con los estudios de la carrera. Al realizar el test Chi-cuadrado, se obtuvo que no son estadísticamente significativos ($p > 0,05$) lo que implica que la hipótesis alternativa se rechaza, es decir, que las variables en estudio son dependientes en cuanto a la realización de otras actividades y aficiones y el GHQ. Al comparar nuestros resultados con los de Morales (2010) quien señala que los estudiantes que practican la mayoría de otras actividades y aficiones que conforman su rutina 87,7% son GHQ negativos mientras que un 12,3% son GHQ positivos. Existe relación entre el estado de Salud mental y la continuación de la práctica de aficiones en los estudiantes. Estas

diferencias de resultados pudieran deberse a: 1) las carreras no son afines, 2) los pensum de estudio son diferentes, 3) la carrera de farmacia posee practicas de laboratorio a diferencia de la carrera de Ciencias de la Educación.

Por lo antes expuesto en la alta proporción de los estudiantes con pocas actividades y aficiones en nuestro estudio habría que considerar la necesidad de adaptar o implementar políticas dentro de la facultad para mejorar esta situación y por consiguiente mejorar el estilo de vida del estudiantado como lo refleja Ávila (2004) en su estudio en el cual concluye que el mantenimiento de las actividades extraacadémicas se relaciona con un mayor bienestar mental porque permitiría liberar estrés, relativizar la importancia de los estudios, mantener las relaciones sociales de apoyo.

Nuestros resultados concuerdan con los encontrados por Al Nakeeb, (2010) en su trabajo consigue que dentro de los factores que ejercen una mayor influencia negativa en la calidad de vida de los estudiantes universitarios, y de manera significativa en los que tienen GHQ positivo son: Tensión producida en los exámenes. Tensión acumulada en cursos pasados. Así como la relación con el profesorado es altamente satisfactoria.

Objetivo 4.- Determinar las expectativas de los estudiantes antes y en la actualidad con respecto a la carrera.

En relación a la pregunta sobre las expectativas que tenían los estudiantes antes de comenzar la carrera y su opinión actual al momento de realizar la encuesta, los estudiantes respondieron tener alta expectativa en el ítem de disfrutar con más de un 74% de ambos grupos de GHQ. En cuanto al resto de ítems señalaron en su mayoría tener pocas expectativas respecto a la carrera de Farmacia más del 60%. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los grupos de GHQ asociadas a: enriquecimiento, desarrollo

personal, conocimiento, relaciones sociales, competitividad, dificultad, velar por la salud de los demás.

Resultados obtenidos por Morales (2010) en base a las expectativas que tienen los estudiantes antes de comenzar la carrera, sobresalen las relaciones sociales tanto en los alumnos con alteración en la salud mental (64%) como en los que no presentan alteración en salud mental (56%). Sin embargo, esta diferencia no es significativa ya que al realizar la prueba estadística correspondiente, los resultados arrojan que no hay relación entre el estado de salud mental y el tener como expectativa al comenzar la carrera en las relaciones sociales en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación objeto de estudio.

Por otra parte, nuestros resultados difieren a los obtenidos por Morales (2010) quien destaca la categoría bastante – mucho expectativa alcanzada en los siguientes ítems: el aprender a cuidar tu propia salud tanto en los alumnos con alteración en la salud mental (67%) como en los que no presentan alteración en salud mental (57%), también han logrado las relaciones humanas en la categoría bastante – mucho con un 65% para los alumnos con alteración en la salud mental y un 57% para los que no tienen esta alteración, otro objetivo logrado es el ambiente universitario con una notoria diferencia de 16% observado en un 61% para los estudiantes con alteración en salud mental y un 45% para los que no sufren de esta anomalía. Las diferencias son significativas para los logros: aprender a cuidar tu propia salud ($p\text{-valor} = 0,001 < 0,01$), relaciones sociales ($p\text{-valor} = 0,001 < 0,01$) y ambiente universitario ($p\text{-valor} = 0,000 < 0,01$), por lo tanto se puede afirmar que existe relación entre el estado de Salud mental y los logros de aprender a cuidar tu propia salud, relaciones sociales y ambiente universitario en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación.

Cuando comparamos nuestros resultados con los de Al Nakeeb, (2010) observamos que hay similitudes al relacionar factores que influyen significativamente con la salud mental de estudiantes universitarios como: La imposibilidad de continuar con la práctica de sus aficiones tras el comienzo de los estudios universitarios así como haber conseguido nada o poco enriquecimiento intelectual. Mientras que para los factores falta de tiempo. Haber disfrutado de su periodo de formación universitaria es diferente.

Objetivo 5.- Establecer el grado de satisfacción de los estudiantes con sus compañeros, profesorado, y personal administrativo y obrero.

En cuanto a los resultados encontrados en referencia al grado de satisfacción que tienen los estudiantes respecto a sus compañeros, con el profesorado y el personal administrativo y obrero el mismo fue alto, resaltando el referido a los compañeros y profesores. Al aplicar el test del Chi-cuadrado se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con respecto al grado de satisfacción con sus compañeros y la salud mental.

Al contrastar nuestros resultados con los obtenidos por Morales (2010) observamos que son similares en cuanto al grado de satisfacción con los, profesores. La autora en su tesis publicada señala que, destaca el criterio bastante- mucha satisfacción con los profesores tanto en los alumnos con alteración en la salud mental (54%) como en los que no padecen de este anomalía (45%). No obstante, esta diferencia no es significativa ya que al realizar la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson de 7,273 con un Sig. Asintótico de $0,064 > 0,05$; no existe relación entre el estado de Salud mental y el grado de satisfacción hacia los profesores en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación objeto de estudio.

Objetivo 6.- Conocer el grado de consumo y personal de sustancias y la percepción que los encuestados tienen de sus compañeros.

En nuestro estudio, con respecto al consumo personal de sustancias por parte de los estudiantes bajo el criterio habitual-diario, destacan café 30,6% (GHQ positivo 51,2% y GHQ negativo 49,5%), otras infusiones y/o refrescos estimulantes 16,2% GHQ positivo 36,5 y GHQ negativo 36,1%), cacao y 10,6%, bebidas de bajo grado alcohólico 7,7 % (GHQ positivo 35,9% y GHQ negativo 29%) y bebidas de alto grado alcohólico 7,2% (GHQ positivo 30,3% y GHQ negativo 22,6%). Al referirnos al consumo de sustancias ilícitas solo se encontraron bajo el criterio puntual-esporádico 1,7% de cannabis y derivados, 0,4% cocaína y derivados. Con respecto a fármacos estimulantes y ansiolíticos (1,7 y 3,4)% respectivamente. Es de resaltar que se observó un 87,2% de individuos que no fuman.

Resultados obtenidos por Morales (2010) en cuanto al hábito de consumo personal de sustancia señala que el consumo habitual de bebidas alcohólicas de alta graduación fue de 32% para los estudiantes con alteración de la salud mental y un 18% sin alteración; también el consumo diario de tabaco en un 25% y 15% para los alumnos con y sin alteración de salud mental respectivamente; de igual manera sobresale el consumo diario de otras infusiones y/o refrescos estimulantes en un 33% y 26% para los estudiantes con y sin alteración en salud mental en ese mismo orden; y finalmente se tiene la ingesta habitual de café en un 28% de estudiantes con alteración en salud mental y 19% sin esa patología. Las diferencias son significativas para los hábitos en consumo de: café (p -valor = 0,001 < 0,01), tabaco (p -valor = 0,010 < 0,05) y bebidas alcohólicas de alto grado (p -valor = 0,000 < 0,01), por lo tanto se puede afirmar que existe relación entre el estado de Salud mental y el hábito de consumir café, tabaco y bebidas alcohólicas de alta graduación en los estudiantes de la Facultad de Ciencias

de la Educación objeto de estudio; no así para la ingesta de otras infusiones y/o refrescos estimulantes para el cual sus diferencias no son significativas ($p\text{-valor} = 0,317 > 0,05$).

Al comparar nuestros resultados con los de Morales (2010), en cuanto al consumo personal de sustancias observamos que son similares con respecto a bebidas alcohólicas de alto grado y otras infusiones y/o refrescos estimulantes. Al referirnos al consumo de café nuestros resultados superan considerablemente. Al realizar la prueba de Chi-cuadrado sobre hábitos de consumo y salud mental no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos, por consiguiente la tendencia de consumo de sustancias es igual entre ellos.

Nuestros resultados, difieren a los de González et al (2008) en cuanto a consumo de café en el cual reporta menos del 40% mientras nosotros obtuvimos 78,1%, pero son similares en cuanto a consumo de tabaco y alcohol. Por otro lado Osada (2008) reporta consumo de café en un 96,3%. Al revisar los resultados de Teter et al (2007) y Pasillo (2007) en el cual reporta un consumo de fármacos estimulantes de (8 y 13) % respectivamente por otro lado Hall (2005) reporta un 44% de consumo de estimulantes prescritos, los cuales superan nuestros resultados, Por su parte los resultados de Dos Santos (2006), Lambert (2006), Rodríguez (2006), Gómez (2007), Pereira (2008), Tizón (2006) en cuanto al consumo de sustancias lícitas e ilícitas supera considerablemente a nuestros resultados.

De igual manera, Boyd (2007) encontró un 2% de consumo de fármacos estimulantes, y fármacos sedantes/ansiolíticos, resultando similares a las proporciones encontradas en nuestro trabajo. No obstante, en el mismo orden de ideas nuestros resultados superan en proporción en cuanto al consumo de alcohol a los reportados por Karama (2000) y Espig (2009).

Al Nakeeb et al (2010), en cuanto a los hábitos tóxicos no encontró diferencias significativas asociadas con alteración de la salud mental y el consumo de diversas sustancias, estos resultados son semejantes a los encontrados en nuestro estudio; pero difieren cuando comparamos los resultados referentes al consumo de fármacos ansiolíticos, pues estos autores encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a estos últimos, mientras que en nuestro caso no sucedió así.

De igual manera, en nuestro estudio, se observó que el consumo habitual – diario en cuanto a la opinión que tienen de sus compañeros encontramos que el 60,7% de los individuos señaló consumo de café, un 47,3% otras infusiones y/o refrescos estimulantes y un 31% tabaco. En cuanto a la ingesta de bebidas de bajo grado alcohólico 41,8% bebidas de alto grado alcohólico es de 36%, por otro lado en cuanto al consumo de sustancias ilícitas bajo el criterio puntual esporádico encontramos que la cocaína, el éxtasis y variantes, los alucinógenos y la heroína se encuentran entre un 11,7 y 16,7%, mientras que para el criterio habitual diario oscilan entre 1,3 a 2,1%, los fármacos estimulantes y fármacos ansiolíticos con el criterio puntual esporádico presentaron 30,1 y 25,9% respectivamente, mientras que el consumo de estos últimos de forma habitual diario fue de 2,5 y 1,3%.

No se encontraron hasta los momentos antecedentes reportados en la literatura que puedan apoyar nuestros estudios referentes a la percepción que tienen los encuestados hacia los compañeros con relación a los hábitos de consumo de sustancias.

Objetivo 7.- Evaluar la automedicación en los estudiantes.

En nuestra investigación encontramos que la tendencia a automedicarse fue de 77,4% (GHQ positivo 25,5% y GHQ negativo 51,9%) entre los estudiantes, no existe evidencia estadística significativa para rechazar la

hipótesis nula; es decir, la automedicación y el estado de salud mental son independientes. Resultados muy similares reporta Bureau (2009) con un 72% de estudiantes que se medican.

Se puede observar que la automedicación fue predominante para el género femenino. Sin embargo debemos aclarar que la población estudiantil en estudio no es homogénea.

En cuanto al año de la carrera encontramos una mayor tendencia al uso de medicamentos por parte de los estudiantes sin prescripción médica tanto en el primero como en el quinto año de la carrera.

Aguado (2005) reportó que la tendencia a automedicarse es elevada 85% (86,2% mujeres y 83,1% hombres), la medicación de 1 a 3 medicamentos por propia voluntad fue de 88,5% , los medicamentos que destacaron más fueron analgésicos 79,9% (42,6% mujeres) y antigripales 47,8% (49,7% mujeres), antiácidos y digestivos 27,7% (20% mujeres), antibióticos y antihistamínicos con un (17,4 y 10,9)% respectivamente siendo un 17,9% de consumo en mujeres para cada uno, y anticonceptivos orales 7,6% (8,3% mujeres), antipsicóticos y otros menos del 8% (2,4% mujeres).

Butirica (2002) encontró un 47% casos de automedicación (57,4% mujeres), donde el 68,6% afirman haber consumido un (1) medicamento por cuenta propia. La automedicación entre las edades de 16 a 20 años fue la más predominante con un 31,45, con más de 2 medicamentos tomados. El 70% se ha medicado productos de venta libre. De los medicamentos más usados destacan los antiinflamatorios no esteroideos 67%, antihistamínicos y antigripales 14%, antibióticos y antiulcerosos (8,5 y 7)% respectivamente, otros 3,6%.

Georget (2006) encontró que el 92% se medican por cuenta propia y sin prescripción médica en los últimos seis meses, dentro del grupo de medicamentos más empleados destacan con un 84% analgésicos, antiinflamatorios y antifebriles. La Gaceta (2007) encontró que un 91%(78% a veces, 13% siempre) de los estudiantes de enfermería se automedican. Por otro lado Tobón (2002) en su trabajo reseña un 97% de estudiantes de la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia que se automedican. Magaldi (2004) en estudiantes de Enfermería, Universidad Central de Venezuela, halló un 81% de automedicación. en otro estudio Grela (2006) encontró 92% de automedicación.

Objetivo 8.- Establecer el grupo de medicamentos más utilizado y el motivo por el cual los estudiantes se medican.

Como podemos observar en la tabla anterior, el grupo de medicamentos de mayor consumo es de antigripales, antitusígenos, descongestionantes nasales con un 28,3% y con un valor similar de un 28,1% el grupo de analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos, seguido del grupo de antibióticos y antihistamínicos con (9,3 y 8,9)% respectivamente. El resto de grupo de medicamentos se encuentra por debajo del 3,5%.

La opinión predominante en cuanto al principal motivo para medicarse sin previa consulta médica fue, el no presentar síntomas no serios para acudir al médico 48,3%, creer tener suficiente conocimiento para medicarse 14,4%, confianza de que el medicamento no le causa malestar 12,9%, tiempo que demande esperar un turno médico para ser atendido 9,2%, el resto de motivos presentaron un valor menor al 1,5%.

Nuestros resultados difieren a los que halló Aguado (2005) en su estudio en el cual reporta como medicamentos que más destacaron; analgésicos 79,9% (42,6% mujeres) y antigripales 47,8% (49,7% mujeres), antiácidos y

digestivos 27,7% (20% mujeres), antibióticos y antihistamínicos con un (17,4 y 10,9)% respectivamente siendo un 17,9% de consumo en mujeres para cada uno, y anticonceptivos orales 7,6% (8,3% mujeres), y antipsicóticos y otros menos del 8% (2,4% mujeres), como motivo principal de medicación encontró con 61% síntomas leves. De igual manera, Georgef (2006) dentro del grupo de medicamentos más empleados destaca con un 84% analgésicos, antiinflamatorios y antifebriles, estos resultados son más altos a los encontrados por nosotros. Siendo el principal motivo para medicarse la presencia de sintomatología leve (50%), por otra parte el 40% refiere haberse medicado con una prescripción anterior.

Pohjanoksa-Mäntylä et al (2008) refieren que un 65% de las consultas están relacionadas con medicamentos, de las cuales un 55,2% provienen de mujeres que consultan al farmacéutico. Más de un 60% lo hace con prescripción médica o de venta libre.

Según Butirica (2002), el 70% se ha medicado productos de venta libre. De los medicamentos más usados destacan los antiinflamatorios no esteroideos 67%, antihistamínicos y antigripales, 14%, antibióticos y antiulcerosos (8,5 y 7%) respectivamente, otros 3,6%. Al comparar estos resultados con los nuestros se observa que la proporción es mayor que los nuestros en cuanto a medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos y antigripales, pero son similares con respecto a antibióticos y antiulcerosos.

La Gaceta (2007), señala que entre los medicamentos más usados están los analgésicos 65%, antigripales y antibióticos (8 y 6)% respectivamente, antiácidos y corticoides 3%. El motivo principal por la cual refieren medicarse es por dolor de cabeza 52%, otros motivos (malestar general) 19%, fiebre 11%, alergias 4%, acidez 3%, cansancio y debilidad 2%. En referencia a la fuente de adquisición el 55% farmacias, kioscos 27%, hospitales 11%, familiares y amigos 7%. En otro estudio Grela (2006), encontró dentro del

grupo de medicamentos empleados están los analgésicos, antiinflamatorios, antifebriles 84% cuyo principal motivo de medicación con un 50% debido a la presencia de síntomas leves. El Diario electrónico “El Día” (2009) publicó un resumen sobre estudios realizados en estudiantes de la Universidad de La Plata Argentina referente a la automedicación señalando un 88% consumo de analgésicos, 45% antibióticos, 7% ansiolíticos.

Objetivo 9.- Determinar la tipología circadiana de los estudiantes.

De acuerdo a los resultados obtenidos con relación al ritmo circadiano encontramos que los estudiantes evaluados en su mayoría presentaron una tipología circadiana matutino e intermedio (46,1 y 49,8)% respectivamente. Al evaluar la tipología circadiana con la salud mental no existe relación estadísticamente significativa entre ellas. Sin embargo, al relacionar el ritmo circadiano con el consumo de sustancias por parte de sujetos matutinos encontramos similitudes con cacao, cola, cocaína e hipnóticos; vespertinos con hipnóticos; intermedios con cocaína y cola, reportados en el estudio de Fernández et al (2010).

CONCLUSIONES

1. En el estudio realizado en los estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes con relación a la salud mental, hay una tendencia mayor en las mujeres frente a los hombres de posible alteración psicológica, es importante acotar que la muestra en estudio es heterogénea. La mayor proporción de estudiantes caso positivo se presentó en el primero y quinto año de la carrera. Los casos de salud mental se presentaron bajo las categorías de leve y moderada. En relación a las subescalas que mide el Golberg se observa más alta la de disfunción social seguida de la subescala de ansiedad e insomnio.
2. Con relación a la ayuda psicológica, en general los estudiantes no se consideran con problemas tales, como para necesitar o utilizar de atención psicológica, sin embargo al asociarla con la salud mental hay significancias estadísticas entre la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicológica entre los estudiantes.
3. Dentro de las influencias negativas que inciden en la calidad de vida de los estudiantes destacan: la tensión acumulada en los exámenes y tensión acumulada a lo largo de cursos pasados, siendo ambas significativas al compararlas con el estado de salud mental. En referencia a poder realizar otras actividades y aficiones la gran mayoría afirma no poder realizarlas.
4. En cuanto a las expectativas relacionadas con: enriquecimiento personal, desarrollo personal, conocimiento teórico, relación social, competitividad, dificultad y aprender a velar por la salud de los demás encontramos que

están bajas siendo significativas entre los grupos de salud mental. Sin embargo para los casos en los que se encontraron altas expectativas como son: disfrutar, capacidad profesional, estudiar, ambos grupos presentan igual tendencia.

5. En relación al grado de satisfacción de los estudiantes es buena con los compañeros, profesores y personal administrativo y obrero, es significativa únicamente con los compañeros en ambos grupos de salud mental.
6. Los hábitos de consumo entre los estudiantes bajo el criterio de puntual-espórádico encontramos: café, otras infusiones y/o refrescos estimulantes, bebidas alcohólicas de baja y alta graduación. Entre las de consumo habitual -diario tenemos el café. No encontrando relación entre el consumo habitual y la salud mental.
7. Llama la atención que tratándose de estudiantes de Farmacia encontremos una elevada tendencia a medicarse, a pesar de conocer sobre los riesgos que representa el abuso de fármacos y sustancias. No se encontró relación estadística entre los grupos de salud mental.
8. La mayoría de los estudiantes presentan una tipología circadiana matutino e intermedio, no existiendo relación estadística significativa con la salud mental y el consumo de medicamentos.

RECOMENDACIONES

- Para garantizar la promoción de futuros profesionales, razón de ser dentro del proceso de enseñanza en la institución universitaria, los estudiantes deberían ser evaluados psicológicamente, con la finalidad de conocer sus expectativas para con la carrera, consigo mismo, sus compañeros y profesores al momento del ingreso a la institución. Esta evaluación será continua a lo largo de los cinco años de la carrera, lo que permitiría diagnosticar posibles casos que ameriten de atención profesional hacia el estudiante
- En conexión electrónica con el departamento encargado del seguimiento académico del estudiante se aportaría información continua para el diseño y planificación de nuevos programas y políticas en materia de desarrollo estudiantil, que permitan un mejor rendimiento académico así como la realización de otras actividades para su crecimiento físico, mental y espiritual.
- Brindar una base de datos confiable que permita la apertura y sostenimiento de nuevas líneas de investigación y comparar con resultados obtenidos en investigaciones realizadas en los cuatro continentes de acuerdo a la propuesta de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Ejecutar las acciones político administrativas necesarias en el implemento de programas de Salud Mental en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis coordinando conjuntamente con el personal especializado en salud mental de la Universidad de Los Andes, actividades preventivas asociadas al estado psicológico de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Adan, A.** (2010). Ritmicidad circadiana y adicción Circadian rhythmicity and addiction. *Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona* , 22 (1), 5-10.
- Aguado, M. I.** (2005). Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. *Acta Farm. Bonaerense* , 24 (2), 271-6.
- Al Nakeeb, Z., Alcázar Palomares, J., Fernández Jiménez-Ortiz, H., Malagón Caussade, F., & Molina Gil, B.** (14 de sep de 2010). *Evaluación Del Estado De Salud Mental En Estudiantes Universitarios*. Recuperado el 24 de oct de 2011, de <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html> - 78.1KB - Servidor web de la Universidad Autónoma de Madrid
- Appel, F. C.** (1976). *Conoce tu cuerpo, La mujer y su vida* . Valencia España: Interiberica S.A.-Circulo de lectores S.A.
- Arias, C.** (2011). *La sensibilidad emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis Universidad de Los Andes intervenciones terapéuticas (Tesis Doctoral)*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría.
- Arias, F. G.** (2006). *Proyectos de investigación, introducción a la metodología científica* (5ta. ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Arizaga, M. C., Quiña, G., y Alvarez, D.** (2007). El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio

exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso. (tesis).
Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR, 11.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2010). *Ley Orgánica de Drogas*, . Caracas: La Piedra`C.A.

Astorga, M., y Consuelo. (2008). *satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos*. Universidad de León.

Ávila Montenegro, E., Ballesteros López, G., Díaz Guardiola, P., García-Prieto Bayarri, M. V., y Rabadán Pérez, M. (2004). *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes de medicina de UAM*. Recuperado el ene de 2012, de http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas%202004/62_EVALUACI%D3N%20DEL%20ESTADO%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20ESTUDIANTES%20UNIVERSITARIOS%201_3.htm

Ayuntamiento de Madrid, área de producción y consumo. (2003). *Programa prevención para mayores*. Madrid: Dias de Santos.

Ayuso Mateos, J. L. (2004). Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)*, 123 (5), 181-6.

B, M., First, A. F., y Harold, A. P. (2005). *DSM-IV-TR: Guía del uso*. Barcelona - España: Masson S.a.ASSON.

Balch, J. F., y Balch, P. A. (1994). *Guía de autoayuda completa y actualizada, medicina natural y salud*. (G. L, Trad.) Bogotá: Intermedio.

Barrett S P, D. C. (2006). Characteristics of methylphenidate misuse in a university student sample . *Can J Psychiatry*, 51 (2), 126-7.

Benassi L., López M^aR., Poveda J., Pastor V., Santa-María A., Rodríguez

Fernández M^a. I. (2003). *Relación entre percepción del entorno académico y estado de salud mental: analisis multifactorial, 1999-2003.*

Recuperado el feb de 2011, de comunicaciones panel:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132003000300021yscript=sci_arttext

Bijarro Hernandez, F. *Desarrollo Estratégico para la investigación científica.*

(U. A. Tamaulipas, Ed.) Eumed.net.

Bond, E., y et al. (2004). *Formulario Terapéutico Nacional (2ed).* Caracas,

Rep. Bolivariana de Venezuela: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Boyd, C., McCabe, S., Cranford, J., & Young, A. (2007). Motivaciones de

los adolescentes para el abuso de medicamentos de prescripción. *Arch Pediatr Adolesc Med* , 161 (3), 276-81.

Bureau, S. D. (2009). Recuperado el ago de 2010, de

<http://bureaudesalud.com/v2/>

Burítica, O. C., Giraldo, A. M., Franco, D. M., Cañas, A., y Giraldo, J.

(2002). Automedicación en estudiantes de la Universidad de Caldas. *ciencias Basicas BIOSALUD* , 8.

Caballo, V. E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los*

trastornos psicológicos (Vol. I). Siglo XXI.

Cabrera de Para, A., Sánchez Iglesias, A., y Bravo Rovira, G. (2009).

Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela / Mental health in students of community comprehensive medicine in Venezuela. Recuperado el ene de 2011, de

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xisysrc=googleybase=LILACSyLang=pynextAction=lnkyexprSearch=548059yindexSearch=ID>

Caldera M, J. F. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo* , 70-82.

Carranza, M. (2009). *Psicología del desarrollo humano, aproximación en su dinámica en el contexto de las primeras relaciones interpersonales*. Auflage: Gring verlag.

Casas Hilari, M. (2007). *Combatir el estres*. Océano.

Castillo Trujillo, D. J. (2010). Captura, almacenamiento y análisis electrónico de información en salud mental e inteligencia emocional dirigido a estudiantes de medicina, Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina, departamento de medicina preventiva y social, grupo de investigaciones en comunidad y salud, Merida. 12.

Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia, Cochabamba - Bolivia. (agosto de 2009). Recuperado en abril de 2010, de <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=ByS11=17763ySE=SN>

Circulo de Lectores. (2001). *Todas las Medicinas, enciclopedia práctica familiar* . Bogotá: Printer LatinoAmericana Ltda.

Clifford, B. R., y Taylor, R. A. (2008). Estimación de Relaciones. En *Bioestadística* (A. G. Sarmiento, y V. d. Ramirez, Trads., págs. 295-316). Mexico: Pearson Educación.

Collazo, Román, C. A., Ortiz Rodríguez, F., y Hernández Rodríguez, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación* , 1,2.

Comisión Legislativa Nacional. (2000). *Ley de Medicamento*. Caracas, Republica

Bolivariana de Venezuela: Gaceta Oficial.

Concejalía de Salud, Ayuntamiento de Logroño. (s.f.). *Plan municipal de drogodependencias*. Logroño.

Consensus Comite. (2002). Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* , 43 (3-4), 179-187.

Cruz, A. (2002). *Nervios, estrés e insomnio*. México: Selecto S.A.

Díaz Morales, J. F., y Sánchez López, M. P. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Preferencias y la Escala Compuesta de Matutinidad. *Psicothema* , 17 (3), 471-477.

Díaz, A., y Al, J. E. (2002). Trastornos por sustancias de abuso (y III): otras drogodependencias. *MedicinaGeneral* , 48, 814-82.

Díaz, J. M. (2007). *Técnicas de prevención de riesgos laborales, seguridad e higiene en el trabajo*. Madrid: Tebar SL.

Dirección Estadounidense Antidrogas . (diciembre de 2009). Recuperado el abril de 2010, de <http://www.pontealdia.com/tu-salud/cuidado-con-los-medicamentos-en-casa.html>

Dos Santos Lucas, A. C., Pereira Parente, R. C., Picanço, N. S., Conceição, D. A., Carim da Costa, K. R., dos Santos Magalhães, I. R., y otros. (2006). Use of psychoactive drugs by health sciences undergraduate students at the Federal University in Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* , 22 (3), 663-671.

Duch Campodarbe, et al (s.f.). *Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria*. Recuperado el ene de 2011, de <http://espectroautista.info/ficheros/bibliograf%C3%ADa/duch1999pada.pdf>

Escobar N, R. (2005). *La automedicación llega a estudiantes, Santa Cruz de la Sierra - Bolivia*. Recuperado el dic de 2010, de Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia:
<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=ByS11=7223ySE=SN>

Espig, H., Navarro, M., y Fanny Romaguera, E. C. (2009). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a escuelas de Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo (Sede Carabobo). *Dpto. Salud Pública, Facult* .

Evans, T. (1991). *Farmacognosia* (13 ed.). (J. Cabo Torres, Trad.) Mexico: InterpanAmérica- McGraw-Hill .

Farmacovigilax, C. D. (2004). Uso de Medicamentos en el Adulto Mayor. *NOTIFARVI* (12).

Faulhaber, H. D. (2007). *Como prevenir y sanar la hipertensión, medidas efectivas para su control y tratamiento*. Barcelona: Mc producció.

Fernández García, R. (2008). *Manual de prevención de riesgos laborales para no iniciados* (2da ed.). Alicante, España: Club Universitario.

Fernández-Mendoza, J. I., Montes, M. I., Olavarrieta-Bernardino, S., Aguirre-Berrocal, A., de Cruz-Troca, J. J., y Vela-Bueno, A. (2010). Circadian preference, nighttime sleep and daytime functioning in young adulthood. *Sleep and Biological Rhythms* , 8 (1), 52–62.

Flores, J. R. (Ed.). Consumo de drogas en los anestésicos 2da parte. 4 (2).

Forès, R., y et al, (2000). *Atlas de las plantas medicinales y curativas, la salud a través de las plantas*. Madrid: Cultural S.A.

García, E. (2003). *Técnicas estadísticas para tesis de grado o proyectos de investigación*. Mérida, Venezuela: Servicios Integrados y Estudios Empresariales SIEMS.

García, P. L. y Caballero Martínez, L. (2008). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10* (4ta ed.). (A. Alcocer, Trad.) Madrid, España: Ediciones médicas panAmérica.

García-Mas, A., Aguado, F. J., Cuartero, J., Calabria, E., Jiménez, R., y Pérez, P. (2003). Sueño, descanso y rendimiento en jóvenes deportistas de competición. (U. d. Barcelona, Ed.) *Revista de Psicología del Deporte* , 12 (2), 181-195.

Georgef Horvat, E. A., Grela, C. A., Delgado Latapie, K. I., y Morales, D. Y. (2006). Automedicación: Experiencia en estudiantes de 5° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Del Nordeste. *Rev de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* (155).

Gibbons, P., Flores de Arévalo, H., y Mónico, M. (2004). *Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador*. Recuperado el may de 2010, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-114.pdf

Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S., y Martín, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, 2006. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* , 11 (3), 41-45.

Gómez, C., y Ospina, M. B. (2006). Desarrollo de cuestionarios adaptación y validación de escalas . En Á. Ruiz M, y L. E. Morillo Z, *Epidemiología Clínica, investigación clínica aplicada* (20 ed., pág. 172). Bogotá, Colombia: PanAméricana.

González, M., Luque, R., y Bocourt, J. (2008). Características de los estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad del Zulia 2005, Núcleo Maracaibo. (U. d. Zulia, Ed.) *Formación Gerencial* , año 7 (1).

Grela, C. A., Spence, S. M., Horvat, et al (2006). Automedicación: Experiencia en estudiantes de 5° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Del Nordeste. *Rev de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* (155).

Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J., y Mora, M. E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón* , 24 (Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón).

InfoFacs. (Enero de 2010). *Los medicamentos con y sin prescripción médica* . Recuperado el ene de 2012, de [http:// drugabuse .gov /PDF /Infofacts /RxDrugs10_Sp.pdf](http://drugabuse.gov/PDF/Infofacts/RxDrugs10_Sp.pdf)

Hall, K. M., Irwin, M. M., Bowman, K. A., y Frankenberger, W. J. (2005). Illicit Use of Prescribed Stimulant Medication Among College Students. . *Hall, K. M., Irwin, M. M., Bowman, K. A., Frankenberger, W., y Jewett,*

D. C. (2005). *Illicit Use of P*Journal of American College Health , 53 (4), 167 - 174 .

Haydon, E., Rehm, J., Fischer, B., Monga, N., y Adelaf, E. (2005). Prescription Drug Abuse in Canada and the Diversion of Prescription Drugs into the Illicit Drug Market. Canadian. *Journal Of Public Health* , 96 (6), 459-461.

Hernández Manjarrez, V. d. (s.f.). automedicacion como problema de salud pública en la ciudad de San Luís Potosí, México. (U. T. Enfermería, Ed.)

Hernández, M. Edelsys (2006). *Metodología de la investigación, Cómo escribir una tesis.* Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/como_escribir_tesis-06.pdf

Hollander, E. (2004). *Guía de trastornos de ansiedad.* Madrid: Elsevier.

Jaramillo, D. E., Uribe, T. M., Ospina, D. E., y Cabarcas, G. (2006). *Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas.* Recuperado el ene de 2011, de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No2/html/PDF/cm37n2a7.pdf>

Jarne Esparcia, A., y Arch Marín, M. (2009). *DSM, Salud mental y síndrome de alineación parental.* Recuperado el dic de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77811388010>

Jiménez-Genchi, A., Eduardo, M.-M., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., y de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño

de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. (I. N. Servicios Clínicos, Ed.)
Gac Méd Méx , 144 (6), 495-496.

Jung, C. (1949). *Psicología y religión*. Buenos Aires - Argentina: PAILOs.L, B., M^aR, L., J, P., V, P., A, S.-M., & I, R. F. (s.f.). *Relación Entre Percepción Del Entorno Académico Y Estado De Salud Mental: Analisis Multifactorial*, 1999-2003. Recuperado el feb de 2011, de comunicaciones panel: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132003000300021&script=sci_arttext

Juscáfresa, B. (1995). *Guía de la flora medicinal*. México: AEDOS Baelona España.

Karama, E., Melhema, N., Mansourb, C., Maaloufb, W., Salibab, S., y Chamib, A. (2000). Use and Abuse of Licit and Illicit Substances: Prevalence and Risk Factors among Students in Lebanon. *Eur Addict* , 6 (4), 189-197.

Klaassen, C. D., y Watkins III, J. B. (1999). *Manual de Toxicología* (5ta ed.). Atlampa: Mc Graw Hill.

Kondraki, E., et al (2011). *Vademécum Farmacológico Venezolano*. Maracay, Aragua, Venezuela: Lenara.

Lachica, F. O. (2007). *Vivir sin estrés*. México: Pax México.

La Gaceta. (2007). *La mayoría de los estudiantes de Enfermería se automedica*. Recuperado el 12 de 2010, de http://www.lagaceta.com.ar/nota/242264/Informacion_General/mayoria_estudiantes_Enfermeria_automedica.html

- Lambert Passos, S. R., Alvarenga Américo do Brasil, P. E., Borges dos Santos, M. A., y Costa de Aquino, M. T.** (2006). *Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro*. Recuperado el noviembre de 2009, de <http://www.springerlink.com/content/3w670h016mq6t908/>
- Macías, A. B.** (2004). El estrés académico en los alumnos de postgrado. *Revista Electronica Científica* .
- Magaldi, L., y Rocafull, J.** (2004). Farmacovigilancia y hábitos de consumo de medicamentos en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. *RFM Universidad Central de Venezuela* , 27 (1), 74-78.
- Maj, M., Gaebel, W., López-Ibor, J. J., y Sartorius, N.** (2002). *Psychiatric diagnosis and classification*. New York: Other Wiley.
- Marín Agudelo, H. A., y Vinaccia, S.** (2005). Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. (U. d. Norte, Ed.) *Psicología desde el Caribe* (015), 95-116.
- Marin, G.** (oct de 2009). *el dia*. (F. B. Universidad Nacional de La Plata, Ed.) Recuperado el feb de 2010, de Cada vez más alumnos universitarios se automedican para poder estudiar: <http://www.eldia.com.ar/edis/20091025/informaciongeneral18.htm>
- Martínez D, G. I., Martínez S, L. M., Rodríguez G, M. D., Mesa M, P. A., . Muñoz M, J. E., y Bedoya M, J.** (2008). Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud . *Vitae* , 15 (2).

Martínez González, J. M., y Graña Góm, J. L. (2010). *La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving*. Obtenido de www.psicothema.com

Matud, M. P. (2004). Autoestima en la mujer un analisis en su relevancia en la salud. (U. d. España, Ed.) *Avances en Psicología LatinoAmericana Fac Psicología* , 2, 120-140.

Mengelberg E, G. (2009). *Un recorrido de la salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS*. Recuperado el 2011, de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

Merani, A. L., (1964). Etapas y formas de desarrollo psicológico. En *Enciclopedia de psicología* (pág. 53). México: Grijalbo S.A.

Morales Carmona, F., Nieto Pimentel, D., Sánchez Bravo, C., y Henales Almaraz, C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. *Ginecol Obstet Mex* , 76 (6), 313-8.

Morales Díaz, J. F., y Aparicio García, M. (2003). Relaciones entre matutinidad-vespertinidad y estilos de personalidad. (U. C. Madrid, Ed.) *anales de psicología* , 19 (2), 247-256.

Morales, F. (noviembre de 2010). *Estudio de salud mental en estudiantes universitarios de la FACULTAD de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo*. Recuperado el abril de 2011, de http://digitool-uam.greendata.es/R/IUI92ATY1TPM1UH65ES8DMIUYFFUHG2359BBE2NPKEXSL3X4V3-00378?func=results-jump-fullyset_entry=000002yset_number=000349ybase=GEN01

Morán Astorga, C. (s.f.). Satisfacción en el empleo, BURNOUT y afrontamiento en servicios humanos (tesis publicada). *Universidad de León*.

Moreno Perez, P., y Rojas Lozano, O. M. (2009). Propiedades Psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *22* (1), 66-72.

Naciones Unidas. (2006). Junta internacional de fiscalización de estupefacientes (informe).

National Drug Intelligence Center. (marzo de 2010). Recuperado el abril de 2010, de <http://conablog.wordpress.com/2010/03/07/abuso-de-medicamentos-entre-los-jovenes/>

National Drug Intelligence Center. (2003). Abuso de Medicamentos Prescritos y la Juventud. *Boletín Informativo*, 1-6.

Novel Martí, G., Lluch Canut, M. T., y López de Vergara, M. (2005). *Enfermería Psicosocial y Salud Mental* (1ra ed.). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Novoa M, et al (2006). Investigaciones Clínico-Epidemiológicas de Patógenos transmitidos del Medio Ambiente al Hombre.

Novoa M, D., et al (2004). XLII Curso de Epidemiología Clínica (XIV Curso Intensivo) Modelos Básicos de Investigación Epidemiológica para Profesores y Profesionales .

Oficina Nacional Antidrogas. (2006). *Ley Orgánica Contra el Trafico y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas*. Caracas, República Bolivariana de Venezuela: La Piedra.

- Ojeda, E. R.** (2007). *Etica, una visión global de la conducta humana* .
- Organización Mundial de la Salud** (2005). *El contexto de la salud mental, Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. (C. P. Fernández, Trad.) Asturias, España: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud.** (1996). Bioquímica de los trastornos mentales. (G. C. OMS, Ed.) *Serie de informes técnicos* (427), 25-27.
- Organización Mundial de la Salud.** (2003). Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia .
- Ortiz. Lachica, Fernando** (2007). *Vivir sin estrés*. México: Pax México.
- Osada Liy, J. E., Rojas Villegas, M. O., Vásquez, R., Eduardo, C., y Vega Dienstmaier, J.** (2008). Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Medica Herediana* , 19 (3).
- Pereira, D. S., Souza, R. S., Buaziz, V., y Siqueira, M. M.** (2008). Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *J. bras. psiquiatr* , 57 (3), 188-195.
- Pérez Moreno, P., Lozano Rojas, O. M., y Rojas Tejada, A. J.** (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. 22 (1), 65-72.
- Pérez, C. M.** (2005). *Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural (tesis doctoral)*. Granada, España: Universidad de Granada.

- Pérez-Olmos, I., Talero-Gutiérrez, C., González-Reyes, R., y Carlos B., M.** (2006). Ritmos circadianos de sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Rev. Cienc. Salud.* (4 (Especial)), 147-157.
- Peruga, A., y Rincón, A. Y.** (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. (*O. P. Salud, Ed.*) *Adicciones* , 14 (2), 227-238.
- Pohjanoksa-Mäntylä, M. K., Kulovaara, H., Bell, J. S., Enäkoski, M., y Airaksinen, M. S.** (2008). Medication therapy management: Email Medication Counseling Services Provided by Finnish Community Pharmacies , Marika K Pohjanoksa-Mäntylä , Heidi Kulovaara , J Simon Bell , Marianne Enäkoski , Marja S Airaksinen - *Ann Pharmacother. The Annals of Pharmacotherapy* , 42, 1782-1790.
- Poveda de Agustín, J. M.** (1981). *Locura y Creatividad, introducción a la Psicología.* Madrid: Alhambra.
- Poveda de Agustín, J. M., Iciar Lavieri, E., y Poveda de Agustín, J.** (2006). Innovación Educativa en la Enseñanza de Medicina y de los Estudios Sanitarios y Pedagógicos Observación Integral del Desarrollo Humano (OIDH) . *medicina naturista* (10), 538-545.
- Poveda, J. M.** (2001). *Chamanismo, el arte natural de Curar* (4ta ed.). España: Ediciones Temas de Hoy S.A.
- Psicología divina** (s.f.). *Salud Mental en estudiantes universitarios en cuatro continentes* . Recuperado el dic de 2010, : <http://www.psicologiadivina.com.es/Salud%20Mental/Saludmental.htm>
- Rang, H. R., Dale, M. M., Ritter, J. M., y Flower, R. J.** (2008). *Farmacología* (6ta ed.). Grafos.

Rayne, C. (1980). *Todo lo que su médico le expresaría si tuviera tiempo*. España: Folio S.A.

Red de Revistas Científicas de América Latina (s.f.). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* .

Remor, E., Amorós Gómez, M., y Carroples, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. (S. d. Murcia: Universidad de Murcia, Ed.) *Anales de psicología* , 26 (1).

Ríos Rísquez, M. I., Sánchez Meca, J., y Godoy Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema* , 22 (4), Psicothema 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 600-605.

Rodríguez Muños, A. (2006). *Valoración del daño Psíquico y Emocional en víctimas de acoso Psicológico en el Trabajo*. Recuperado el feb de 2011, de http://www.acosomoral.org/pdf/Valoracion_del_da_o_en_victimas_de_a_coso.pdf

Rodríguez, J., Fernandez, A. M., Enrique Hernandez, A., y Ramirez P, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia psicológica Sociedad Chilena de Psicología Clínica* , 24 (001), 63-69.

Romagosa, J., y Rosales, S. (1998). *Atlas medicina naturista y alternativas, terapias y consejos para la salud*. Madrid, España: Cultural S.A.

Rosenzweig, M. R., Marc Breedlove, et al. (2005). *Psicología, una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica* (2da ed.). (J. Soler, Trad.) España: Sinnauers Associates Inc .

Rossi, P. (2008). *Las Drogas y los Adolescentes*. Madrid: Tebar.

Ruíz M, Á., y Morillo Z, L. E. (2004). *Epidemiología Clínica, investigación clínica aplicada* (6ta ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones Medicas PanAmericana.

Sanchez Turet, M. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. (49), 5-18.

Sánchez-López, M. P., y Díaz Morales, J. F. (s.f.). Tipología circadiana y estudios de personalidad en mujeres universitarias argentinas. (D. P. Trabajo, Ed.) *Psicodebate. Psicología cultura y sociedad* .

Sarason, I. G., y Sarason, B. R. (2006). *Sistema de clasificación multi axial DSM-IV-TR* (11ma ed.). Mexico: Pearson Educación.

Schmitz, C. C., y Earl Hipp, M. F. (2005). *Como Enseñar a Manejar El Estrés*. México: Pax México.

Schultz, D. (1998). *Psicología Industrial*. (3ª ed.). México: Nueva Editorial InterAmericana.

Spilva de Lehr, A., Muktans Spilva, Y., y Romina, N. M. (2008). *Guía Spilva de las especialidades farmacéuticas* (30 ed.). Caracas, Venezuela: Global ediciones S.A.

Stedman, T. (1994). *Diccionario de ciencias médicas* (25a ed.). Buenos Aires, Argentina: PanAmericana.

Tapia, J. M. (2007). *Introducción al análisis de datos con SPSS para Windows* (2da ed.). Barinas, Venezuela: Fondo Editorial Unellez.

Tineo Deffitt, E. (2002). Informe comisión institucional investigación perfil del estudiante universitario Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez. Cohortes 1998 Y 1999. *REDALYC* , 3 (2).

Tizón Bouza, E., y Vazquez Torrado, R. (2006). Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. *Enferm Clin.* , 16 (4), 210-3.

Tobón Marulanda, F. A. (2002). Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia. *Iatreia* , 15 (4).

WWW. El Dia.com.ar (oct de 2009). Cada vez más alumnos universitarios se automedican para poder estudiar. Recuperado en feb de 2010: <http://www.eldia.com.ar/edis/20091025/informaciongeneral18.htm>

Vallejo-Naguera, J. A. (1990). *Conócete a ti mismo, los grandes problemas psicológicos de nuestro tiempo*. Bogotá, Colombia: Planeta Colombiana S.A.

Vicente de, A., y Berdullas, S. (s.f.). La OMS insiste en la necesidad de asegurar la salud mental en el lugar de trabajo.

ZUFAM. (s.f.). Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. *Somníferos y tranquilizantes: Los riesgos*.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOANÁLISIS**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: _____

FECHA: _____

1.- Consiento en contestar varias preguntas relacionadas con mi salud a: Prof. Carlú Arias, Prof. Yarima Velázquez Prof. Miriam Sosa, Prof. Yajaira Hernández y Prof. María Carolina Moreno y en permitirles que apliquen un instrumento de evaluación en mi persona sobre la salud mental.

2.- entiendo que el instrumento descrito en el párrafo uno (1) no involucran ningún riesgo o malestar para mí o mi salud

3.- entiendo que este instrumento es anónimo y se garantiza la confidencialidad de los datos que se obtengan, y que serán usados para la investigación sobre la salud mental en estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes. Entiendo que los investigadores aceptan que en ningún momento esta información será disponible para ser usada por personas no relacionadas con la presente investigación.

Nota: Amigo estudiante(a): *al firmar usted está decidiendo que participa en este proyecto de investigación. Su firma indica no solo que ha leído lo que se informa en esta hoja sino que se ha decidido participar en el estudio.*

Firma Voluntario

Anexo 1.- Carta de consentimiento del encuestado

Encuesta sobre el Estado de Salud Mental

Instrucciones

- 1.- Por favor lea con detenimiento.
- 2.- Señale claramente la opción elegida.
- 3.- El cuestionario es anónimo. Se garantiza la confidencialidad, y los datos solo serán tratados de manera colectiva.
- 4.- Una vez finalizada la investigación los resultados serán publicados.
- 5.- Muchas gracias por su colaboración.

Nº de identificación:

Edad: _____

Curso académico: _____

Sexo: Hombre Mujer

Año de comienzo de la Licencia:

Hospital:

(Solo para ciencias de la Salud)

A.- CUESTIONARIO DE GOLBERG

Al contestar las preguntas piense en su estado de salud, durante las últimas semanas, en las molestias y en los trastornos recientes y actuales, si los ha tenido.

No conteste en base a trastornos y molestias habidas en el pasado.

Responda en las preguntas marcando la alternativa de respuesta de su juicio, se aproxima más a lo que siente o ha sentido

Anexo 2.- Datos personales e instructivo (GHQ-28)

SUBESCALA A

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
 - a) Mejor que lo habitual
 - b) Igual que lo habitual
 - c) Peor que lo habitual
 - d) Mucho peor que lo habitual

 2. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 4. ¿Se Ha tenido la sensación de que está enfermo?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que está le va a estallar?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o de escalofrió?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual
- SUBTOTAL A:**

Anexo 3.- Síntomas somáticos (GHQ-28)

SUBESCALA B

1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho tiempo?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 7. ¿Se ha notado y “a punto de explotar” constantemente?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual
- SUBTOTAL B:**

Anexo 4.- Ansiedad e insomnio (GHQ-28)

SUBESCALA C

1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
 - a) Más activo que lo habitual
 - b) Igual que lo habitual
 - c) Bastante menos que lo habitual
 - d) Mucho menos que lo habitual

 2. Le cuesta más tiempo hacer las cosas
 - a) Más rápido que lo habitual
 - b) Igual que lo habitual
 - c) Más tiempo que lo habitual
 - d) Mucho más tiempo que lo habitual

 3. Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?
 - a) Mejor que lo habitual
 - b) Aproximadamente lo mismo
 - c) Peor que lo habitual
 - d) Mucho menos peor lo habitual

 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
 - a) Más satisfecho
 - b) Aproximadamente igual que lo habitual
 - c) Menos satisfecho que lo habitual
 - d) Mucho menos satisfecho que lo habitual

 5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
 - a) Más útil que lo habitual
 - b) Igual que lo habitual
 - c) Menos útil que lo habitual
 - d) Mucho menos útil que lo habitual

 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 - a) Más que lo habitual
 - b) Igual que lo habitual
 - c) Menos que lo habitual
 - d) Mucho menos que lo habitual

 7. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 - a) Más que lo habitual
 - b) Igual que lo habitual
 - c) Menos que lo habitual
 - d) Mucho menos que lo habitual
- SUBTOTAL C:**

Anexo 5.- Disfunción social (GHQ-28)

SUBESCALA D

1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale nada?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanzas?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”?
 - a) Claramente, no
 - b) Me parece que no
 - c) Se me ha cruzado por la mente
 - d) Claramente lo he pensado

 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 - a) No, en lo absoluto
 - b) No más de lo habitual
 - c) Bastante más de lo habitual.
 - d) Mucho más de lo habitual

 7. ¿Ha notado que a idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
 - a) Claramente, no
 - b) Me parece que no
 - c) Se me ha cruzado por la mente
 - d) Claramente lo he pensado
- SUBTOTAL D:**

B. AYUDA PSICOLÓGICA

1. en los diferentes momentos que se mencionan a continuación. ¿ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI NO NS/NR

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) _____

A lo largo de la carrera: SI NO NS/NR

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) _____

2. en los diferentes momentos que se mencionan a continuación. ¿Cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI NO NS/NR

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) _____

A lo largo de la carrera: SI NO NS/NR

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) _____

3. en la actualidad ¿está utilizando algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI NO NS/NR

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) _____

4. en la actualidad ¿cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI NO NS/NR

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) _____

5. si recibe o cree poder beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica ¿Cuáles son las principales razones que le llevan a necesitar esta ayuda? (puede señalar más de uno, si procede)

Problemas emocionales (pareja, amistades, separación, violencia,....)

Problemas familiares (muerte, divorcio, separación violencia,....)

Problemas asociados con la carrera. (desmotivación, sobrecarga, hostilidad, estancamiento, frustración, pérdida de confianza en la propia valía,....)

Problemas económicos. (perdida de puesto de trabajo, desempleo, autofinanciación de los estudios, perdida de beca,....)

Anexo 7.- Ayuda psicológica APESH-UAM

C. ESTUDIOS Y SALUD

1. Por favor puntué los puntos enumerados del 1 al 4 según las posibles influencias negativas en su calidad de vida, siendo (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho)

- Cambio domiciliario familiar, colegio mayor o residencia, piso compartido, pareja, piso solo...
- Cambio facultad o escuela (traslado de expediente)
- Organización curricular (normas y ofertas de plan de estudio)
- Relación entre estudiantes y profesores
- Tensión acumulada en los exámenes
- Tensión acumulada a lo largo de del cursos pasados
- Relación con el personal administrativo y servicios
- Otros

2. Desde que comenzó sus estudios ¿le ha sido posible continuar con sus otras actividades y aficiones? (p.ej. deportes música, manualidades danza, asociaciones...)

- Con ninguna
- Solo con algunas
- Con bastantes
- Con la mayoría

3. Antes de empezar los estudios de la universidad, ¿Qué recuerda que esperaba de la carrera? (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho)

- Enriquecimiento personal
- Desarrollo personal
 - Aprender
 - Conocimiento (teórico)
 - Habilidades (practico)
 - Actitud humanitaria
- Relación social (amigos gente)
- Auto-conocimiento
- Prestigio, reconocimiento social
- Dinero
- Capacidad profesional
- Disfrutar
- Ambiente universitario
- Falta de tiempo
- Competitividad

- Presión académica
- Estudiar
- Disfrutar

Solo para ciencias de la salud

- Conocer / usar con eficiencia los servicios sanitarios
- Aprender a cuidar de tu propia salud
- Aprender a velar por la salud de los demás

4. Actualmente, ¿Qué piensa haber encontrado? (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho)

- Enriquecimiento personal
- Desarrollo personal
- Aprender
 - Conocimiento (teórico)
 - Habilidades (practico)
 - Actitud humanitaria
- Relación social (amigos gente)
- Conocer / usar con eficiencia los servicios sanitarios
- Auto-conocimiento
- Aprender a cuidar de tu propia salud
- Prestigio, reconocimiento social
- Dinero
- Aprender a velar por la salud de otros
- Capacidad profesional
- Disfrutar
- Ambiente universitario
- Falta de tiempo
- Competitividad
- Presión académica
- Estudiar
- Dificultad

5. Teniendo en cuenta su experiencia hasta el momento actual, exprese su grado de satisfacción con: (1=nada, 2=poco, 3=bastante, 4=mucho)

- Los compañeros
- Los profesores
- El personal de administración y servicios (P.A.S.)

Anexo 8.- Estudios y salud APESH-UAM

D. HÁBITOS

1. Por favor puntué la siguiente lista de sustancias del 1 al 5 según el grado de consumo que, en su opinión, se da entre los estudiantes de la facultad siendo (1=nunca, 2=puntual, 3=esporádico, 4=habitualmente, 5=diariamente)

- Café
- Otras infusiones y/o refrescos estimulantes
- Cacao y sus sucedáneos
- Tabaco/cigarrillo
- Bebidas de bajo grado alcohólico (vino, cerveza, vermut, etc...)
- Bebidas de alto grado alcohólico (ron, whisky, ginebra, vodka, coñac...)
- Cannabis y sucedáneos
- Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)
- Cocaína y otros derivados de la coca
- Éxtasis y variantes
- Alucinógenos (LSD, hongos,...)
- Fármacos ansiolíticos (valium®, trankimazin®, rohinol®, otros tranquilizantes...)
- Heroína (fumada, inyectada, mezclada en pastillas)
- Otros (especificar) _____

2. Puntué del 1 al 5 cada sustancia de la lista que aparece a continuación, según su grado de consumo personal (1=nunca, 2=puntual, 3=esporádico, 4=habitualmente, 5=diariamente)

- Café
- Otras infusiones y/o refrescos estimulantes
- Cacao y sus sucedáneos
- Tabaco/cigarrillo
- Bebidas de bajo grado alcohólico (vino, cerveza, vermut, etc...)
- Bebidas de alto grado alcohólico (ron, whisky, ginebra, vodka, coñac...)
- Cannabis y sucedáneos
- Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)
- Cocaína y otros derivados de la coca
- Éxtasis y variantes
- Alucinógenos (LSD, hongos,...)
- Fármacos ansiolíticos (valium®, trankimazin®, rohinol®, otros tranquilizantes...)
- Heroína (fumada, inyectada, mezclada en pastillas)
- Otros (especificar) _____

3. ¿Toma al mismo tiempo algunas de estas sustancias combinadas?

SI NO

Especifíca — _____

Anexo 9.- Hábitos APESH-UAM

VERSIÓN CASTELLANA DEL CUESTIONARIO DE MATUTINIDAD - VESPERTINIDAD DE HORNE Y OSTBERG

Instrucciones

Antes de contestar a cada pregunta léala atentamente, por favor.

Contesta a todas las preguntas.

Conteste las preguntas consecutivamente una tras otra.

Debe contestar cada pregunta independientemente de las demás. No vuelva atrás para verificar sus respuestas.

Todas las preguntas contienen respuestas preestablecidas. En cada pregunta ponga una cruz al lado de una sola respuesta. Algunas preguntas muestran una escala, en este caso ponga una cruz en el lugar apropiado de la escala.

Conteste con toda sinceridad. Tanto las respuestas como los resultados se mantendrán en estricta reserva.

EDAD:

1. Si sólo pensaras en cuando te sentirías mejor y fueras totalmente libre de planificarte el día. ¿A qué hora te levantarías?

5 Entre las 5 y las 6:30 am.

4 El Entre las 6:30 y las 8. am

3 Entre las 8 y las 9:30 am.

2 Entre las 9:30 y las 11 am

1 Entre las 11 y las 12.

2. Si solo pensaras en cuando te sentirías mejor y fueras totalmente libre de planificarte el día. ¿A qué hora te acostarías?

5 Entre las 8 - 9 a.m.

4 Entre las 9 - 10 a.m.

3 Entre las 10:30 - 12:30 p.m.

2 Entre las 12:30-1:30 p.m.

1 Entre las 1:30 - 3 p.m.

3 Para levantarte por la mañana a una hora específica. ¿Hasta qué punto necesitas que te avise el despertador?

4 No lo necesito.

3 Lo necesito poco.

2 Lo necesito bastante.

1 Lo necesito mucho.

4. En circunstancias ambientales Negativos. ¿Qué tal te resulta levantarte por las mañanas?

1 Nada fácil.

2 No muy fácil.

3 Bastante fácil.

4 Muy fácil.

5. Una vez levantado por las mañanas. ¿Qué tal te encuentras durante la primera media hora?

1 Nada alerta.

2 Poco alerta.

3 Bastante alerta.

4 Muy alerta.

AUTOMEDICACION

1) ¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia, sin prescripción médica? SI NO

- 2) ¿Cuál de los siguientes medicamentos ha empleado?
- Analgésicos, antiinflamatorios, antifebriles ()
 - Antihistamínicos ()
 - Antigripales, medicamentos para resfríos, tos, descongestivos nasales ()
 - Antibióticos ()
 - Antiácidos y digestivos ()
 - Anticonceptivos (orales) ()
 - Ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes, hipnóticos, etc. ()
 - Otros medicamentos ()

- 3) ¿Cuál es la razón por la que decidió medicarse sin consulta médica?
- Tengo dificultades económicas y no poseo obra social ()
 - El tiempo que demanda esperar un turno médico para ser atendido ()
 - Los síntomas no eran tan serios como para acudir al médico ()
 - Confío en que lo que tomo no va a hacerme mal ()
 - Creo tener suficiente conocimiento como para hacerlo ()
 - Tengo desconfianza del fármaco indicado por el médico ()
 - Tengo vergüenza de acudir a la consulta médica ()
 - Otros especifique _____ ()

- 4) ¿Señale la fuente de información para decidir el medicamento a emplear?
- Un médico, porque ya te lo había recetado anteriormente ()
 - La información leída en el prospecto del medicamento ()
 - El consejo o recomendación de un familiar, amigo, compañero, ()
 - El consejo o recomendación de un aviso publicitario ()
 - El consejo o recomendación de un profesional farmacéutico ()
 - El consejo o recomendación de otro profesional ()
 - Otra fuente de información ()

5) Señale cual fue la eficacia de la medicación, empleada por usted:

Muy buena	Buena	Ninguna	Empeoraron los síntomas	Aparecieron otros síntomas

- 6) ¿Dónde o cómo adquirió los medicamentos?
- En una farmacia ()
 - En un Kiosco, supermercado o almacén ()
 - Usé medicación que ya tenía en mi botiquín ()
 - Usé medicación que me dio un familiar, amigo, vecino, compañero, etc. ()
 - En otro lugar o en otra forma ()

7) ¿Considera un riesgo para su salud, consumir algún medicamento sin control médico? SI NO

Anexo 10.- Formato de recopilación de datos asociado a la automedicación

Anexo 11.- Frecuencia por sub-escalas del GHQ-28 por género y año de estudio, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Género	año	A ¹	B ²	C ³	D ⁴
M	01	22/01	14/09	20/03	23/00
	03	10/01	05/06	10/01	11/00
	05	08/02	10/00	09/01	10/00
Sub total masculino		40/04**	29/15**	39/05**	44/00
F	01	50/08	48/10	53/05	55/03
	03	29/07	26/10	28/08	36/00
	05	30/04	26/08	32/02	34/00
Sub total femenino		109/19*	100/28*	113/15*	125/03*
Sub total GHQ-28 (≤5)		149/23*	129/43*	152/20*	169/03*
M	01	01/01	01/01	--/02	02/--
	03	--/02	--/02	--/02	02/--
	05	02/03	01/04	02/03	03/02
Sub total masculino		03/06	02/07	02/07	07/02
F	01	05/24	03/26	12/17	18/11
	03	--/12	02/10	05/07	11/01
	05	02/19	01/20	10/11	20/01
Sub total femenino		07/55	06/56	27/35	49/13
Sub total ghq-28 (>5)		10/61	08/63	29/42	56/15
Total		159/84	137/106	181/62	225/18

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **1** "casos negativos / casos probables de síntomas somáticos" **2** "casos negativos / casos probables de ansiedad e insomnio" **3** "casos negativos / casos probables de disfunción social" **4** "casos negativos / casos probables de depresión grave" * **p<0,05**
****Fisher p<0,05**

Nota: Las diferencias entre los grupos, que conforma el GHQ-28 son considerables por lo que se realizaron análisis estadísticos en función de los grupos atareos género

H₁= existe diferencia significativa entre variables

H₀= no existe diferencia significativa entre variables

Anexo 12.- Ayuda psicológica y salud mental, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica*		Si	No	χ^2 (p)
Ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica	A	3/7	72/154	0,015 (0,902)
	B	--/2	77/159	---
Ha podido necesitar atención psicológica y/o psiquiátrica	A	25/21	50/135	12,54 (0,000)
	B	27/13	47/146	28,46 (0,000)
Actualmente utiliza algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica		--/--	72/161	--
Actualmente cree necesario utilizar algún tipo atención psicológica y/o psiquiátrica		25/17	41/127	18,99 (0,000)

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **A** antes de empezar la carrera **B** en el transcurso de la carrera * **Posibles casos positivos (>5) / casos negativos (≤5)**

Anexo 13.- Influencias negativas en la calidad de vida y QHQ-28, estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Criterio	Influencia negativa*							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Nada – poco	51/149	55/157	53/153	42/123	09/55	25/111	64/146	37/112
Bastante – mucho	16/16	14/08	16/14	26/44	60/112	44/56	05/20	12/04
χ^2 (p)	8,06 (0,005)	13,62 (0,000)	9,65 (0,002)	3,26 (0,07)	9,77 (0,002)	18,28 (0,000)	1,18 (0,277)	17,41 (0,000)

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Casos probables (>5) / casos negativos (≤5)**
(A) Cambio domiciliario, (B) cambio facultad, (C) organización curricular, (D) relación entre estudiantes y profesores, (E) tensión acumulada en los exámenes, (F) tensión acumulada a lo largo de los cursos pasados, (G) relación con el personal administrativo y servicios, (H) otros,

Anexo 145.- Distribución de frecuencia de la variable que esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera y GHQ-28 en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

ÍTEMS*	ANTES		ACTUALMENTE	
	A	B	A	B
1	63/151	5/15	55/160	9/9
2	64/162	3/6	56/161	8/4
3	59/151	4/9	52/147	11/13
4	56/156	6/6	52/147	11/14
5	54/151	8/11	52/148	10/13
6	57/148	11/20	50/142	17/24
7	57/147	11/21	38/107	28/56
8	45/99	24/67	53/142	13/23
9	42/92	27/76	57/150	10/17
10	62/158	7/10	38/90	29/74
11	53/142	16/26	13/41	54/125
12	61/146	8/23	47/134	20/31
13	36/70	33/96	54/139	13/28
14	38/85	31/81	43/129	24/37
15	52/114	17/53	58/147	9/20
16	64/162	5/5	46/107	21/59
17	48/83	20/84	47/100	20/64
18	49/100	18/63	63/138	4/29
19	60/149	8/16	64/160	3/7
20	65/149	3/15	58/111	9/54

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **A** Nada – poco **B** Bastante – Mucho (1) Enriquecimiento personal (2) Desarrollo personal (3) Conocimiento (teórico) (4) Habilidades (práctico) (5) Actitud humanitaria (6) Relación social (7) Autoconocimiento (8) Prestigio, reconocimiento social (9) Dinero (10) Capacidad profesional (11) Disfrutar (12) Ambiente universitario (13) Falta de tiempo (14) Competitividad (15) Presión académica (16) Estudiar (17) Disfrutar (18) Conocer / usar con eficiencia los servicios sanitarios (19) Aprender a cuidar de tu propia salud (20) Aprender a velar por la salud de los demás

* **Casos probables (>5) / casos negativos (≤5)**

H₁= existe diferencia significativa entre expectativas esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera y GHQ-28

H₀= no existe diferencia significativa esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera y GHQ-28

Anexo 16.- Distribución de frecuencia de la variable grado de satisfacción y GHQ-28 en estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Ítems	A	B	χ^2 (p)
Los compañeros	18/24	49/148	5,550 (0,018)
Los profesores	17/34	50/137	0,862 (0,353)
El personal administrativo y obrero	32/70	35/101	0,916 (0,339)

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Casos probables** (>5) / **casos negativos** (≤ 5) **A** (nada - poco) **B** (bastante - mucho)

H₁= existe diferencia significativa entre realizar otras actividades o aficiones y GHQ-28

H₀= no existe diferencia significativa entre realizar otras actividades o aficiones y GHQ-28

Anexo 17.- Distribución de frecuencia asociada a la variable hábitos de consumo de sus compañeros vs. GHQ, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Sustancias	N	A	B
Café	6/18	23/47	40/105
Otras sustancias o refrescos estimulantes	10/30	28/58	31/82
Cacao y derivados	22/49	24/81	22/38
Tabaco	26/78	19/43	24/50
Bebida alcohólica de bajo grado	12/32	24/72	33/67
Bebida alcohólica de alto grado	15/39	24/76	30/56
Cannabis y derivados	50/129	16/37	02/03
Fármacos estimulantes	47/114	19/53	02/04
Cocaína y derivados	50/144	16/24	02/03
Éxtasis y variantes	57/151	9/19	02/01
Alucinógenos	56/148	10/22	02/01
Fármacos ansiolíticos	50/128	18/40	--/03
Heroína	57/149	9/21	02/01
Otros	49/138	1/10	02/02

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Casos probables** (>5) / **casos negativos** (≤5) **A** (nunca – puntual - esporádico) **B** (habitual - diario) **N** (nunca)

H₁= La percepción acerca de la opinión de consumo de sustancias entre sus compañeros, no difiere entre los grupos de GHQ.

H₀= La percepción acerca de la opinión de consumo de sustancias entre sus compañeros, difiere entre los grupos de GHQ.

Anexo 18.- Distribución de frecuencia asociada a la variable hábitos de consumo vs. GHQ, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

Sustancias	N	A	B
Café	9/42	40/72	20/52
Otras sustancias o refrescos estimulantes	16/57	39/85	14/24
Cacao y derivados	31/59	26/93	12/13
Tabaco	59/149	5/13	05/04
Bebida alcohólica de bajo grado	23/60	39/95	07/11
Bebida alcohólica de alto grado	30/77	33/78	06/11
Cannabis y derivados	67/162	2/2	--/--
Fármacos estimulantes	69/162	--/4	--/--
Cocaína y derivados	68/166	1/--	--/--
Éxtasis y variantes	69/166	--/--	--/--
Alucinógenos	69/166	-/--	--/--
Fármacos ansiolíticos	65/162	4/4	--/--
Heroína	69/166	--/--	--/--
Otros	60/148	1/5	01/03

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Casos probables** (>5) / **casos negativos** (≤ 5) **A** (nunca – puntual - esporádico) **B** (habitual - diario) **N** (nunca)

H₁= El consumo de sustancias no difiere entre los grupos de GHQ.

H₀= El consumo de sustancias difiere entre los grupos de GHQ.

Anexo 19.- Distribución de frecuencia año de carrera, GHQ, genero y automedicación, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

AÑO CARRERA	AUTOMEDICA	GHQ-28						TOTAL
		≤ 5			>5			
		M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	
1	SI	20	34	54	3	22	25	79
	NO	8	18	26	--	6	6	32
	SUBTOTAL	28	52	80	3	28	31	111
3	SI	--	41	41	5	7	12	53
	NO	--	6	6	--	2	2	8
	SUBTOTAL	--	47	47	5	9	14	61
5	SI	12	25	37	3	18	21	58
	NO	2	5	7	1	4	5	12
	SUBTOTAL	14	30	44	4	22	26	70
TOTAL		42	129	171	12	59	71	242

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **M = masculinos F= femeninos**

Anexo 20- Distribución de frecuencia año de carrera, GHQ, genero y cantidad de medicamentos tomados, estudiantes, Facultad de Farmacia. Universidad de Los Andes (2010)

GHQ	Años carrera	Cantidad de medicamentos (%)						Total
		01-02		03-04		>04		
		M	F	M	F	M	F	
≤ 5	1ro	11,6	20,7	1,7	4,5	--	2,9	40,9
	3ro	--	7,4	--	2,5	--	0,8	10,7
	5to	5,4	8,3	--	1,7	--	1,7	16,5
>5	1ro	1,7	12,0	--	0,8	--	0,8	15,3
	3ro	1,7	2,5	--	0,8	--	--	4,5
	5to	0,8	6,2	1,7	2,5	0,8	0,8	12,0
Total		20,7	57,0	2,9	12,0	0,8	7,0	100

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **M = masculinos F= femeninos**

Anexo 15.- Automedicación y GHQ-28 total, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

GHQ-28	Automedica		Total
	Si	No	
Posibles casos (>5)	62	15	77
Casos negativos (≤5)	126	39	165
TOTAL	188	54	242

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

$\chi^2 = 0,523$

$p = 0,47 > p =$

0,05

$H_1 =$ que hay diferencia significativa entre los que se automedican y los grados de GHQ-28

$H_0 =$ que no hay diferencia significativa entre los que se automedican y los grados de GHQ-28

Anexo 162.- Representa algún riesgo para su salud consumir algún medicamento sin control médico y GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

GHQ-28	Riesgo consumir medicamentos sin control médico		Total
	Si	No	
Posibles casos	57	23	80
Casos negativos	130	30	160
Total	187	53	240

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

χ^2 3,10

$p=0,078 > 0,001$

Anexo 17.- Representa algún riesgo para su salud consumir algún medicamento sin control médico y GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Año carrea	GHQ	RITMO CIRCADIANO		
		VES	MAT	INT
1 ^{RO}	<5	4	39	38
	>5	1	15	15
3 ^{RO}	<5	1	24	22
	>5	0	2	12
5 ^{TO}	<5	1	22	21
	>5	3	10	13
Total		10	112	121

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **VES** vespertino **MAT** matutino **INT** intermedio

Anexo 18.- Distribución de frecuencia según las sub-escalas del GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Puntos	A	B	C	D
0	111	95	131	194
1	48	42	50	31
2	29	34	31	13
3	22	28	16	03
4	12	14	06	02
5	11	12	07	--
6	06	07	01	--
7	04	11	01	--
Total	243	243	243	243

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **A** síntomas somáticos **B** ansiedad e insomnio **C** disfunción social" **D** depresión grave

Anexo 25.- Distribución de frecuencias posibles influencias negativas en la calidad de vida I GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010

Escala	A*	B	C	D	E	F	G	H
Mucho	06/05	07/04	03/05	08/11	42/36	27/17	03/03	05/02
Bastante	10/11	07/04	13/09	18/33	18/76	17/39	02/17	07/02
Poco	21/50	09/20	21/46	29/51	08/35	17/63	21/51	06/17
Nada	30/99	46/137	32/107	13/72	01/20	08/48	43/95	31/95

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Casos probables (>5) / casos negativos (≤ 5)** (A) Cambio domiciliario, (B) cambio facultad, (C) organización curricular, (D) relación entre estudiantes y profesores, (E) tensión acumulada en los exámenes, (F) tensión acumulada a lo largo de del cursos pasados, (G) relación con el personal administrativo y servicios, (H) otros,

Anexo 26- *Distribución de frecuencias posibilidad de realizar otras actividades y aficiones I GHQ-28, estudiantes Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes 2010*

Otras actividades y aficiones	CP/CN
Con La Mayoría	-- / --
Con Bastantes	08/18
Solo Con Algunas	35/94
Con Ninguna	22/42

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio *Casos probables (CP) (>5) / casos negativos (CN) (≤5)

Anexo 27.- Distribución de frecuencias de la variable que esperaba antes y actualmente que ha encontrado en la carrera / GHQ-28, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.

Ítems	Antes				Actualmente			
	4	3	2	1	4	3	2	1
A	35/91	28/60	3/13	2/2	25/63	30/97	9/8	0/1
B	46/112	18/50	2/6	1/0	32/77	24/84	7/3	1/1
C	36/98	23/53	1/9	3/0	25/63	27/84	11/13	0/0
D	43/111	13/45	5/6	1/0	25/67	27/80	11/14	0/0
E	38/96	16/55	7/9	1/2	26/71	26/77	10/12	0/1
F	28/74	29/74	9/18	2/2	26/61	24/81	12/22	5/2
G	31/69	26/78	8/16	3/5	22/63	31/79	11/18	2/5
H	24/37	21/62	18/50	6/17	15/21	23/69	21/60	8/14
I	19/32	23/60	16/49	11/27	2/13	11/28	32/66	22/59
J	44/110	18/48	3/7	4/3	22/58	32/81	9/23	4/5
K	34/86	19/56	12/22	4/4	29/61	14/68	22/32	2/5
L	35/74	26/72	5/20	3/3	29/65	29/82	8/17	1/3
M	20/33	16/37	19/63	14/33	35/50	11/57	18/45	3/14
N	22/33	16/52	18/52	13/29	23/35	24/65	13/42	7/22
O	31/46	21/68	10/35	7/18	47/70	16/68	3/22	1/7
P	47/109	17/53	4/5	1/0	50/104	14/56	3/6	0/1
Q	25/28	23/55	13/61	7/23	33/38	25/73	8/42	1/12
R	22/43	27/57	13/42	5/21	14/38	24/69	23/48	5/8
S	40/96	20/53	6/11	2/5	32/88	25/62	6/14	4/3
T	37/91	28/58	2/10	1/5	26/62	21/72	19/25	1/6

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio **Nota:** las frecuencias expresadas están bajo el criterio de respuesta del test GHQ-28 $>5 / \leq 5$ **A** Enriquecimiento personal; **B** Desarrollo personal, **C** Conocimiento (teórico), **D** Habilidades (practico), **E** Actitud humanitaria, **F** Relación social (amigos gente), **G** Auto-conocimiento, **H** Prestigio / reconocimiento social, **I** Dinero, **J** Capacidad profesional, **K** Disfrutar, **L** Ambiente universitario, **M** Falta de tiempo, **N** Competitividad, **O** Presión académica, **P** Estudiar, **Q** Disfrutar, **R** Conocer / usar con eficiencia los servicios sanitarios, **S** Aprender a cuidar de tu propia salud, **T** Aprender a velar por la salud de los demás. **1** nada, **2** poco, **3** bastante, **4** mucho.

Anexo 28.- Distribución de frecuencias de la variable grado de satisfacción / GHQ-28, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.

	Compañeros	Profesores	Personal administrativo y obrero
Mucho	49/18	35/14	19/6
Bastante	99/31	102/36	82/29
Poco	24/17	33/16	54/21
Nada	0/1	1/1	16/11

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio *Casos probables (CP) (>5) / casos negativos (CN) (≤5)

Anexo 29.- Distribución de frecuencias de la variable hábitos de consumo según año de carrera y género, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.

HABITO*	01		03		05	
	M	F	M	F	M	F
Café	09/10/09	20/41/06	05/01/25	14/27/04	02/11/05	22/22/02
Otras sustancias o refrescos estimulantes	04/12/14	13/46/09	02/04/27	08/23/04	--/11/15	11/28/04
Cacao y derivados	03/12/19	09/42/10	02/04/34	02/28/04	--/08/16	09/25/07
Tabaco	--/03/45	03/4/22	--/01/79	02/03/09	02/04/41	02/06/09
Bebida alcohólica de bajo grado	04/09/09	03/42/12	02/06/41	04/26/02	03/09/16	02/42/03
Bebida alcohólica de alto grado	04/09/140	01/34/12	01/06/51	05/19/03	04/06/22	02/37/05
Cannabis y derivados	--/01/51	--/01/24	--/--/83	--/--/10	--/01/46	01/01/14
Fármacos estimulantes	--/1/52	--/03/24	--/--/83	--/--/10	--/--/46	01/--/15
Cocaína y derivados	--/--/52	--/01/25	--/--/85	--/--/10	--/--/46	01/--/15
Éxtasis y variantes	--/--/52	--/--/25	--/--/86	--/--/10	--/--/46	01/--/15
Alucinógenos	--/--/52	--/--/25	--/--/86	--/--/10	--/--/46	01/--/15
Fármacos ansiolíticos	--/--/51	--/06/25	--/--/80	--/--/10	--/01/46	01/01/14
Heroína	--/--/52	--/--/25	--/--/86	--/--/10	--/--/46	01/--/15
Otros	--/--/43	02/01/23	--/01/79	01/02/09	--/--/40	01/02/14

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio

* **Nunca / puntual-esporádico / habitual-diario**

Anexo 19.- Distribución de frecuencias de la variable hábitos de consumo según tipología circadiana, estudiantes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis Universidad de Los Andes 2010.

Sustancias (%)*	matutinos	vespertinos	intermedios
Café	15,5/84,5	11,1/88,9	28,4/71,6
Otras infusiones y/o refrescos estimulantes	32,7/67,3	33,3/66,7	29,3/70,7
Cacao y derivados	40,4/59,6	44,4/55,6	36,2/63,8
Tabaco	92,7/7,3	88,9/11,1	81,9/18,1
Bebida alcohólica de bajo grado	39,1/60,9	44,4/55,6	31/69
Bebida alcohólica de alto grado	53,6/46,4	44,4/55,6	37,9/62,1
Cannabis y derivados	98,2/1,8	100/--	97,4/2,6
Fármacos estimulantes	96,4/3,6	100/--	99,1/0,9
Cocaína y derivados	99,1/0,9	100/--	99,1/0,9
Éxtasis y variantes	99,1/0,9	100/--	100/--
Alucinógenos	99,1/0,9	100/--	100/--
Fármacos ansiolíticos	95,5/4,5	100/--	96,6/3,4
Heroína	99,1/0,9	100/--	100/--
Otros	96/4	100/--	94,5/5,5

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio * **Nunca / consume**