

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN COMO FACTOR ASOCIADO A
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE
MEDICINA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: EICOL JONATHAN RÍOS CHAPILLIQUEN

ASESOR: DRA. ROSA ANGELA LOZANO IBAÑEZ

Trujillo – Perú

2016

Dedicatoria

A mi familia y amigos...

Agradecimientos

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir, y permitirme seguir mis sueños, a mis padres por el amor incondicional y darme las alas para volar, a mi hermanito porque es mi gran motor para seguir, a toda mi familia por ser un gran ejemplo para mí y alimentar este dulce sueño, a mis compañeros y amigos que siempre me brindaron toda su amistad y apoyo incondicional.

A la Universidad Privada Antenor Orrego por haberme acogido como su alumno, a mis maestros que me han forjado en este camino que recién empieza.

A mi asesora y maestra por el apoyo desinteresado y el tiempo invertido en este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si el antecedente de migración es factor asociado a depresión en estudiantes universitarios del primer año de medicina humana.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. La muestra de la población de estudio estuvo constituida por 132 estudiantes según criterios de inclusión y exclusión, distribuidos en dos grupos: 44 casos con depresión y 88 controles.

Resultados: La frecuencia general de depresión fue 22.91%. La edad media para los casos y controles fue 18.05 ± 1.51 y 18.16 ± 2.01 y el género femenino abarcó el 68.18% y 55.68% respectivamente para cada grupo. El primer ciclo representó al 40.90% y 56.82% respectivamente, mientras que el segundo ciclo al 59.10% frente al 43.18%. El proceder de fuera de la ciudad alcanzó el 56.82% y en los controles 29.55%. El alejamiento de la familia registró 61.36% en los casos y 29.55% en los controles. La frecuencia del antecedente de migración alcanzó el 56.8% en el grupo de casos frente al 29.55% de controles. El antecedente de migración arrojó un $\chi^2=7.791$, $\text{valor } p=0.0053$, $OR=2.86$ e $IC95\%=1.352-6.055$. En el nivel de depresión del grupo de casos destacó el moderado con 47.72% seguido del intermitente con 45.45%.

Conclusiones: La frecuencia total de depresión estuvo dentro de rangos identificados en la literatura nacional. El antecedente de migración fue factor de riesgo para depresión en 2.86 veces más. Los niveles moderado e intermitente conformaron la gran mayoría de casos de depresión.

Palabras Clave: Antecedente de migración, depresión, factor asociado, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Objective: Determine the migration background as associated with depression on first year university medicine students.

Material and Methods: A retrospective, observational and analytical method of cases and controls were carried out. The sample of the study population consisted of 132 according to inclusion and exclusion criteria, divided into two groups: 44 patients with depression and 88 controls.

Results: The overall frequency of depression was 22.91%. The average age of cases and controls was 18.05 ± 1.51 and 18.16 ± 2.01 and the female covered the 68.18% and 55.68% respectively for each group. The first cycle represented the 40.90% and 56.82% respectively, while the second one represented the 59.10% versus 43.18%.

Coming from other cities reached 56.82% and 29.55% in controls. Being away from your family registered 61.36% in the cases and 29.55% in controls.

The frequency of the migration background reached 56.8% in the cases compared to 29.55% of controls. The migration background showed a $\chi^2 = 7.791$, $p = 0.0053$ value, and $OR = 2.86$ $IC\ 95\% = 1.352- 6.055$. The depression level of the case group highlighted the moderate with 47.72% followed by intermittent with 45.45%.

Conclusions: The total frequency of depression was within ranges identified in the national literature. The migration background was a risk factor for depression in 2.86 times. The moderate and intermittent levels conformed the vast majority of cases of depression.

Key Words: Migration history, depression, associated factor, University students.

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Marco teórico:.....	9
1.2. Antecedentes	17
1.3. Identificación del problema	19
1.4. Justificación:	19
1.5. Problema:.....	20
1.6. Hipótesis:	20
1.7. Objetivos:.....	20
1.7.1. Objetivo General:.....	20
1.7.2. Objetivos Específicos:	20
II. MATERIAL Y MÉTODOS	22
2.1. Material:	22
2.2. Criterios de Selección:	22
2.3. Muestra:.....	22
2.4. Diseño del estudio:	23
2.4.1. Tipo de estudio:.....	23
2.4.2. Diseño específico:	24
2.5. Variables y escala de medición:.....	25
2.6. Definición de variables:	26
2.7. Procedimientos:	26
2.8. Análisis e interpretación de la información:	27
2.8.1. Estadística descriptiva:.....	28
2.8.2. Estadística inferencial:.....	28
2.8.3. Estadígrafo:.....	28
2.9. Consideraciones éticas:.....	28
III. RESULTADOS.....	30
IV. DISCUSIÓN	37
V. CONCLUSIONES.....	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
VIII. BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	44
IX. ANEXOS.....	45

I. INTRODUCCIÓN

La depresión está dentro del grupo de trastornos afectivos y constituye un problema de frecuente aparición y a su vez compromete la salud mental de la persona.

No solamente es importante por su frecuencia, sino que también puede llegar a ocasionar a futuro mayores trastornos que si no son atendidos tempranamente llevan el riesgo de ocasionar hasta consecuencias fatales.

Por otro lado, la presencia de depresión tiene especial significación cuando se trata de personas de menor edad ya que existe la posibilidad de una mayor cronicidad y duración de ésta. De esta realidad también es parte la población universitaria, la cual está expuesta a diversas presiones de su entorno, con la desventaja que aún está en plena consolidación de su personalidad. Más aún se debe considerar que dentro de la población universitaria existen carreras que demandan más sacrificio y dedicación que otras, como en el caso de la carrera de Medicina Humana.

Sumado a los hechos ya mencionados se conoce también que la universidad por sus características especiales concentra una población universitaria no solo de la localidad sino también foránea, existiendo cierta evidencia de una posible relación con la presencia de depresión.

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar si el antecedente de migración era factor asociado a depresión en estudiantes de primer año de la carrera de Medicina Humana, lo que sirvió además para estimar la frecuencia de depresión en dicha población y conocer adicionalmente las características generales referidas a edad, género, ciclo, lugar de procedencia, alejamiento de la familia, así como el nivel de depresión identificado en todos los que la presentaron.

Los resultados encontrados nos permiten sugerir medidas encaminadas a prevenir el fenómeno estudiado y con ello favorecer la preservación de la salud mental del estudiante.

1.1. Marco teórico:

La depresión se incluye en el grupo de los trastornos afectivos, dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean. (1)

Así, en la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento CIE-10, los trastornos depresivos están clasificados entre los trastornos del humor, referidos a afectivos. (2)

En el texto de Sadock y col., se considera que los trastornos depresivos pueden ser mayores o distímicos. Los primeros se refieren a depresión intensa del estado de ánimo, enlentecimiento mental y motor, aprehensión, intranquilidad, perplejidad, agitación, sentimientos de culpa, ideas de suicidio, habitualmente recurrente. Mientras que los segundos son una forma menos grave de depresión, causada de ordinario por un suceso o pérdida identificables, anteriormente denominada neurosis depresiva. (3)

Recordando la evolución de la depresión podemos decir que la Organización Mundial de la Salud calculó en 450 millones el número de personas que padecían algún tipo de depresión en el año 2004; hacia el año 2006, el número de personas con depresión se había ubicado entre el 15 y 25 % de la población mundial. (4) A pesar de estos cálculos y revisando información reciente, el centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud indica que la depresión es un trastorno mental que afecta a 350 millones de personas en el mundo. (5)

Se ha considerado a la depresión como uno de los principales problemas de salud pública y un trastorno propio de la época moderna, pero de fatales consecuencias por sus efectos en el comportamiento y por la presencia de ideas de suicidio entre quienes la sufren. (6)

Un trabajo publicado en 2013 por Berendson señala que la depresión representa en el mundo la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables y sus prevalencias oscilan entre 3.3 y 21.4%. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de

cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración. (7)

De acuerdo a la investigación publicada por Gonzáles-Poves en 2013, se señala que la magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes ha sido declarada un verdadero problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos reportes señalan que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental, concretamente de depresión. (8)

Se plantea que para el 2020 la depresión será la segunda enfermedad de mayor ocurrencia en la población mundial y se estima que una de cada cinco personas la sufrirá a lo largo de su vida, porque es una enfermedad infra diagnosticada. Adicionalmente, la depresión es quizás uno de los factores que más se ha vinculado con el suicidio en la población juvenil. (9, 10,11)

La depresión de inicio temprano, puede implicar años de pesadumbre y problemas en diferentes tareas de desarrollo y adaptación al ambiente social como la educación y empleo. Se considera que un episodio de depresión en la adolescencia tiene consecuencias a largo plazo y, en los individuos en quienes la depresión se inicia en la infancia o la adolescencia, se plantea la posibilidad de que sea una forma más severa del trastorno y se prolongue a etapas posteriores, si no es tratada adecuadamente. (12)

Una investigación publicada por Valencia indica que la depresión en adolescentes, que incluye a estudiantes universitarios, se está convirtiendo en un fenómeno frecuente, lo cual resulta preocupante si se tiene en cuenta que este problema afecta significativamente la adaptación psicosocial y perturba negativamente diferentes esferas de la vida, especialmente el rendimiento académico. (9)

La salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés. Éstas constituyen un factor que puede estar relacionado con la presencia de depresión en estudiantes universitarios. (13)

Una publicación hecha por Fouilloux y cols., hace referencia a trabajos previos

para indicar que éstos han demostrado que cursar el primer año de la carrera universitaria puede asociarse con altos porcentajes de morbilidad psicológica, especialmente depresión, al confrontar a los alumnos con nuevos estresores. Además, comenta que la presencia de depresión puede vincularse con el abandono de los estudios. (14)

Adicionalmente, una investigación publicada por Castillo-Vilca y cols., que a su vez revisó publicaciones previas, señaló que la prevalencia de depresión es más alta entre los estudiantes de medicina que en la población general y aumenta durante el curso del entrenamiento médico. Más aún, considera que la depresión podría repercutir en el desarrollo profesional y académico, asociándose a deshonestidad académica, abuso de sustancias, elevado cinismo, disminución de actitudes humanitarias, falta de empatía con el paciente y deterioro en la calidad de su atención. (15)

Un trabajo publicado en 2011 señala que en alumnos de las facultades de Medicina de los Estados Unidos de América, la prevalencia de depresión comprendió entre 36% y 52%; en Latinoamérica es variable, considerando rasgos depresivos y depresión que van de 25% a 75%. En Perú, se ha observado que los niveles de depresión en estudiantes de Ciencias de la Salud que incluían a Medicina, Obstetricia y Nutrición, variaron entre 20% y más de 50%. (2)

La depresión en estudiantes que específicamente ingresan por primera vez a la universidad ha sido identificada en estudios anteriores, así tenemos que Riveros y cols. cita un trabajo previo de depresión en estudiantes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, medido a través de la escala CES-D, encontrando que de una muestra de 382 alumnos el 40% está propenso a desarrollar un cuadro depresivo; 37 casos obtuvieron puntajes elevados de depresión y 118 casos tuvieron puntajes intermedios o propensos a desarrollar cuadros depresivos. (1)

Las frecuencias de depresión encontradas en estos grupos etarios no deben ser subestimadas. Se debe tomar en cuenta que los estudiantes de pregrado generalmente se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento que le permitan consolidar su identidad, autonomía y

éxito personal y social; esta fase es importante para el logro de comportamientos saludables, por lo que se deberían evitar episodios que afecten su salud mental. (16, 17)

El trabajo publicado por Rosas y cols. señala que en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos (DSM-IV TR), se considera que un paciente sufre de depresión si presenta un estado de ánimo deprimido y/o la imposibilidad de disfrutar actividades de una manera placentera durante dos semanas, agregándose por lo menos cuatro de los síntomas como son humor depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida del placer o interés por las tareas habituales, insomnio o hipersomnia, pérdida de interés por las tareas habituales, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía o fatiga, sentimiento de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas, disminución de la capacidad de pensar o de concentración, ideas recurrentes de muerte, suicidio, o deseos de estar muerto. (2)

Para medir niveles de depresión puede utilizarse el Inventario de Depresión de Beck o Book Depression Inventory (BDI). (2)

En general, se han considerado diversos factores de riesgo para depresión, así tenemos a la historia familiar de enfermedad mental, trastornos físicos o mentales crónicos, baja autoestima o que se agobian fácilmente con el estrés, perfeccionismo y sensibilidad a la pérdida o rechazo, nivel socioeconómico bajo, sexo femenino, el ser adulto mayor, la raza negra, cambios mayores en la vida y el estrés, así como el apoyo social poco o nulo. (2)

Sumado a lo anterior, el trabajo publicado por Arrieta y cols., al revisar fuentes previas señala que, entre los factores de riesgo para ansiedad y depresión, están la muerte de un ser querido y separación de los padres. (16) Es más, el trabajo publicado por Montesó-Curto y cols., indica que hay estudios que correlacionan los eventos de pérdida con depresión, mientras que los de amenaza con ansiedad. (18)

Incluso, corrientes del pensamiento como el conductismo, abordadas por Serra en su tesis doctoral, lo hacen considerar que la separación o pérdida de personas significativas son elementos importantes en el desarrollo de la depresión. (19)

Por otro lado, Riveros considera que entre los factores que generan depresión entre universitarios se encuentra el elevado costo de los estudios y un mercado laboral muy limitado, sin embargo este último factor no necesariamente puede ser visualizado a futuro por estudiantes de primer año y el primero podría vincularse en parte con el alejamiento del hogar del estudiante que generaría gastos adicionales. (1)

Al revisar la literatura observamos un trabajo publicado hace doce años por Pardo y cols., que incluye lo que otros investigadores consideraban como eventos importantes en la historia de vida de los jóvenes que preceden al desarrollo de depresión. Dichos eventos se relacionan con procesos de adaptación a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, el distanciamiento de los vínculos parentales y los cambios de residencia, entre muchos otros. (20)

La investigación de Rivera-Heredia y cols. indica que en estudios previos en adolescentes, realizados en México, se reporta mayor sintomatología depresiva cuando hay un ambiente familiar conflictivo, con una comunicación hostil y de rechazo, así como con poca cohesión familiar. Dicha autora también menciona un estudio previo de Vázquez y cols., del año 2004, que pretendió evaluar la diferencia en la depresión de los adolescentes dependiendo del contexto en el que vivían, es decir con la familia o fuera del núcleo familiar, aplicando el Inventario de Depresión de Beck a 68 estudiantes entre 13 y 17 años de edad, de los cuales 34 vivían con su familia y 34 fuera de ésta. Se observó que los adolescentes que no habitan con su familia presentaban mayor depresión que aquellos que contaban con redes de apoyo familiar. (21)

La falta de relación familiar trae consigo problemas en la adaptabilidad del adolescente en su entorno familiar, lo que no permite en él afrontar situaciones de depresión o estrés. (22)

Vargas H, en un editorial publicado en 2014, indica que, más que la estructura familiar, es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia, el cual puede

deducirse que se vería afectado por el alejamiento físico de la persona. Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos. También, el impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales. (23)

Para Amrita y cols., existen estresores en la vida que actúan como eventos estimulantes y requieren alguna forma de adaptación. Sin embargo, si se vuelven muy severos o demasiado numerosos pueden afectar el equilibrio psicológico ocasionando patrones inadaptados de conducta y posiblemente alteraciones mentales como ansiedad y depresión dependiendo de las características propias de la persona y su disposición a enfrentarlos. Dentro de los estresores considera a la insatisfacción con los estudios, demasiada carga de trabajo, fracaso en los exámenes, fallecimiento de los padres, muerte de un amigo cercano y encontrarse fuera del hogar, donde podemos considerar el fenómeno de migración, entre otros. (24)

Observar factores como la pérdida de un ser querido, separación de los padres, rechazo familiar e incluso costos de los estudios que en algunas situaciones hacen pensar en afrontar un alejamiento del estudiante de su hogar, situación que priva a éste de comodidades, apoyo y afecto, nos hace pensar que no están muy distantes del fenómeno de la migración.

La migración según la Organización Internacional de Migraciones es el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto al de su origen. (25)

Para Oliva y cols., el fenómeno migratorio puede influir en las condiciones de vulnerabilidad entre los miembros de una familia, incluidos los hijos adolescentes, que pasan a asumir roles para los que no están preparados, impactando en su salud mental, aunque su punto de observación se dirige al antecedente de tener a alguno de los padres migrantes fuera del hogar, quedando el adolescente en convivencia con el otro, más no al hecho de que el propio adolescente sea el migrante. Independientemente de esta situación, es notable que el fenómeno ocasiona un

efecto a tomar en cuenta. (26)

De la Fuente en su trabajo publicado en 2012 aborda el problema de la migración desde una perspectiva internacional y menciona que ésta es uno de los fenómenos que mejor caracterizan a la globalización actual. También es una de sus consecuencias más dramáticas. Si bien es cierto que los flujos migratorios no son nuevos, lo novedoso se observa en sus repercusiones económicas y políticas y sociales. Emigrar es un proceso que implica altos niveles de estrés que con frecuencia superan la capacidad de adaptación de las personas. La soledad forzada es en sí misma un gran sufrimiento. Afecta sobre todo cuando afloran con fuerza los recuerdos, las necesidades afectivas y los miedos. (27)

En el trabajo de Obregón-Velasco y cols., sobre inmigración internacional se menciona que un aspecto de riesgo para los que viven la experiencia de migración es la depresión, esto debido a la reorganización y a los sucesos de vida estresantes a los que están expuestos. (28)

En ese mismo contexto, la investigación de Florez M. indica que el proceso de migración causa estrés, no sólo por la separación de los amigos y familia extensa, costumbres y otros factores sino porque los inmigrantes deben adaptarse a una nueva cultura, en la que pueden encontrar diferentes valores, diferentes maneras de interacción y roles sociales, apareciendo en ocasiones incompatibilidades entre la cultura propia y la del país de acogida. Pueden llegar a sentirse diferentes y en ocasiones excluidos. (29)

En el trabajo publicado por Breslau y cols., en 2011, en Estados Unidos sobre migración mexicana a los Estados Unidos de Norteamérica que incluyó a 2519 no migrantes pero familiares de migrantes en México y 554 migrantes mexicanos en los Estados Unidos de América, se mostró que los migrantes presentaron mayor riesgo de un primer episodio de depresión o ansiedad que el grupo comparativo, con un OR de 1.4. (30)

En la investigación publicada por Guzmán-Carrillo y cols. se muestra el impacto que tiene la migración al identificarla como un factor estresante asociado a múltiples problemáticas de salud, económicas, de género, políticas, sociales y familiares, debido a que cuando las personas se trasladan de un lugar a otro, se

exponen a condiciones ambientales diferentes a las que vivían antes de marcharse; y dichos cambios afectan su comportamiento, relaciones sociales, forma de alimentación, crecimiento y salud en general, con la posibilidad de transformar dramáticamente su vida, por lo que es necesario que la adaptación surja como un mecanismo de defensa. (31)

No es de mucho pensar que la migración individual aleja entonces a la persona de su lugar de origen y familia, lo cual puede constituirse en un evento de impacto emocional considerable. Y esta situación puede considerarse como un estresor.

Así, la migración lleva a la persona a afrontar un nuevo entorno, alejado de su familia, lo cual maneja la posibilidad de condicionar estrés. Al respecto, Barraza indica que un entorno potencialmente generador de estrés es un entorno novedoso en sus demandas, exageradamente demandante, altamente impredecible, escasamente controlable, con demandas de alta duración y elevada intensidad, lo cual puede llevar a una valoración cognitiva negativa de la persona, de acuerdo a lo que el autor revisa en sus fuentes de información. (32)

Incluso, la investigación publicada por Cabrera-Gutiérrez indica en la revisión de su literatura que existe un término para una categoría de la depresión denominada como situacional, condición más común y usualmente de corta duración, que muchas veces es causada por el duelo o por un evento emocionalmente extremo, donde bien cabe la posibilidad de considerar al fenómeno de migración. (33)

Al parecer, hay variables que pueden favorecer un estado mental apropiado para el estudiante de medicina como llevar cursos dentro del espacio escolar y no cubrir asignaturas prácticas que impliquen la atención directa a pacientes, lo cual se da en los primeros ciclos de la carrera. Por el contrario, el pasar días fuera de su casa o en zonas rurales o en ciudades alejadas del lugar de residencia de sus familiares puede favorecer situaciones más estresantes, como puede observarse en jóvenes de provincia que se han separado de su familia nuclear para ir a la universidad. Esta situación a su vez puede darse tanto en los primeros ciclos de estudio como en la parte final de la carrera universitaria, en aquellos jóvenes que cumplen con su internado y/o su servicio social. (34)

1.2. Antecedentes

Algunos datos denotan controversia respecto a la posibilidad de que la migración ponga en mayor riesgo al estudiante de padecer depresión. En una investigación publicada por Pereyra-Elías R. y cols., publicada en Perú en 2010, que incluyó a 590 alumnos matriculados en el primer ciclo académico del 2010 donde 184 presentaron síntomas depresivos y 406 no los presentaron, se pretendió determinar la prevalencia de síntomas depresivos y sus factores asociados en una facultad de ciencias de la salud. Para ello se midió la variable de respuesta, es decir síntomas depresivos, a través de la escala de Zung abreviada. Dentro de sus resultados, la edad media fue $18,97 \pm 2,45$ años, 71,1% fueron mujeres, 19,6% fueron migrantes y 62,5% fueron de la carrera de medicina. La prevalencia de síntomas depresivos fue 31,2% en la población y de 33,6% en estudiantes de medicina. Se encontró que los estudiantes que no estaban conformes con la carrera que estudian presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos que los que sí lo estaban, es decir 42% frente a 23%; así mismo, el estar inconformes con su situación económica se asoció con mayor prevalencia de síntomas depresivos, 47% frente a 28%. No se encontró asociación en el análisis bivariado con el sexo, carrera de estudio, si repitió cursos, si vive solo o si es migrante. Cabe señalar que la condición de migrante fue operacionalizada hasta con cinco definiciones, como el no haber vivido por lo menos cinco años en la ciudad sin contar los años de estudios universitarios, el concluir estudios escolares fuera de la ciudad entre otros, lo cual no permite una apreciación más concisa del fenómeno, al involucrarse diversas situaciones. En relación a vivir solo mostró una frecuencia de síntomas depresivos de 4.9% frente al 4.2% sin síntomas depresivos, con un OR de 1.16 aunque p fue 0.717. En el análisis multivariado, se encontró asociación con el hecho de vivir con un familiar externo a la familia nuclear, registrando un OR de 1.62. (35)

Un antecedente aproximado de lo que se pretende investigar es el estudio llevado a cabo en 360 estudiantes de secundaria por Rivera-Heredia y cols., publicado en 2013 en México, para identificar factores asociados con la sintomatología depresiva, donde el 50.6% fueron mujeres frente al 49.4% de hombres y edad promedio de 13.5 años. El 45.6% tenían algún familiar migrante directo, ya fuera

el padre, la madre o un hermano o hermana; la migración de familiares no directos o provenientes de su familia extensa como primos, tíos, sobrinos, cuñados, la presentaron el 39.4% de participantes. Sólo 15% de estudiantes reportaron no tener familiares migrantes. Dentro de los factores de riesgo se encontraron el ser mujer, las dificultades para manejar la tristeza y el enojo, así como la incapacidad para buscar ayuda con la red de apoyo social y la migración de la madre, aunque, en el caso de este estudio y como se pudo apreciar, no se investigó al estudiante migrante sino al familiar de éste. (21)

Un estudio transversal llevado a cabo por Amritha y cols., en India, publicado en 2013 entre 400 estudiantes de medicina que evaluó la amenaza de estresores y su correlación con la ansiedad y depresión aplicando la Escala de Depresión Hospitalaria (HADS) y un inventario de eventos de vida modificados (LEI), mostró en general que cerca del 24.5% de estudiantes presentaron ansiedad y el 60.3% reportaron depresión. No hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres con depresión, siendo sus frecuencias de 61.9% y 59.4% respectivamente. La edad media de los estudiantes fue 19.65 ± 1.4 años y 210, que correspondieron al 53%, estaban lejos del hogar. De éstos se identificó que el 72.4% presentaron estrés, mientras que se llegó a observar correlación positiva entre los estresores y los resultados de la HADS. También se halló que los estudiantes de primer y cuarto año mostraron más ansiedad y depresión debido a los estresores, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. (24)

Una investigación publicada en 2014 por Arrieta y cols. en Colombia, sobre depresión y ansiedad en 973 universitarios mostró que la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos fue del 76,2% y 74,4% respectivamente, el 33,1% reportó problemas con la pareja, el 41,2% tuvo familiares con antecedentes de ansiedad o depresión y el 11,7% de los estudiantes recibía tratamiento psicológico o psiquiátrico. No encontró diferencia significativa según sexo. En general, el 63,9% de los estudiantes presentaban familias disfuncionales y el 76.4% registraron dicho problema además de depresión y, en el grupo sin depresión, la frecuencia de familias disfuncionales fue 23.6%, OR de 1.1 y diferencia no significativa; el 47,7% manifestó presentar problemas familiares, siendo los casos con depresión 79.7% y sin depresión y con problemas familiares 20.3%. (16)

1.3. Identificación del problema

El tema de depresión es un evento que se reconoce como frecuente y en aumento incluso para el grupo de adolescentes donde se encuentran estudiantes universitarios, a lo que no escapa la institución a la que pertenecemos, es decir la Universidad Privada Antenor Orrego de la ciudad de Trujillo, Perú.

Dicha institución académica es de origen privado, recibe a numerosos estudiantes tanto de la propia ciudad de Trujillo como de otras partes del país, incluso del extranjero. Esta realidad condiciona que el fenómeno de migración esté presente en muchos de los estudiantes. La universidad cuenta con nueve facultades de pregrado. Actualmente tiene una población de 18104 alumnos repartidos en sus diferentes facultades, dentro de las cuales se encuentra la Facultad de Medicina Humana que a su vez se subdivide en escuelas, siendo una de ellas la Escuela Profesional de Medicina Humana.

En cuanto a la Escuela Profesional de Medicina Humana propiamente dicha, de acuerdo a los registros del ciclo académico 2015-20, 103 alumnos pertenecientes a dicha área ingresaron por primera vez a la universidad y en el ciclo 2016-10 lo hicieron 481 alumnos más, siendo actualmente 3062 alumnos los registrados en sus diferentes ciclos del pregrado.

1.4. Justificación:

En el trabajo de investigación es conveniente porque permite identificar el fenómeno de la depresión y abordarlo desde una perspectiva de la migración del alumno como factor, este último, asociado al primero dentro del ambiente universitario del área de Medicina Humana, que ayude a descifrar si debemos considerarlo como antecedente importante que facilite a su vez una mejor comprensión del origen del padecimiento.

Adicionalmente la investigación que llevaremos a cabo tiene relevancia social debido a que nuestros resultados, en el caso de verificación de la asociación entre migración y depresión, puede ocasionar un impacto importante en el área de bienestar universitario, que fomente un especial cuidado a dicho antecedente, más aún si se conoce que la proporción de alumnos del primer año de medicina de nuestro lugar de estudio es considerable.

Podemos decir también que este trabajo tiene valor teórico debido a que nos permitiría incrementar los conocimientos adquiridos dentro de nuestra formación universitaria en el área de depresión, así como conocer y comprender el fenómeno de la migración del alumno como una dimensión especial, característica de muchos estudiantes que conforman la población universitaria. La literatura encontrada no trata directamente y en forma especial la asociación con migración, sin embargo los estudios que hemos revisado nos ayudan a plantear nuestro problema, el cual permitirá aclarar la duda entre ambas variables. A su vez, en el caso de comprobar la asociación nuestro trabajo podría servir como base para estudios más amplios en las diferentes facultades de la universidad que lleven a conclusiones generales del fenómeno y a su vez replicarse en otras instituciones de nuestro sistema universitario.

1.5. Problema:

¿Es el antecedente de migración factor asociado a depresión en estudiantes del primer año de Medicina humana?

1.6. Hipótesis:

H0: El antecedente de migración no es un factor asociado a depresión en estudiantes universitarios del primer año de medicina.

Ha: El antecedente de migración es un factor asociado a depresión en estudiantes universitarios del primer año de medicina.

1.7. Objetivos:

1.7.1. Objetivo General:

Determinar si el antecedente de migración es factor asociado a depresión en estudiantes universitarios del primer año de medicina humana.

1.7.2. Objetivos Específicos:

- Estimar la frecuencia general de depresión en estudiantes universitarios del primer año de la Universidad Privada Antenor Orrego pertenecientes al periodo 2016-10.
- Clasificar por nivel de depresión a los estudiantes del grupo de casos.

- Identificar la frecuencia de migración en nuestra población propuesta, según presencia de depresión.
- Asociar el antecedente de migración según presencia de depresión en nuestra población propuesta.
- Identificar la edad de los estudiantes.
- Clasificar a los estudiantes según género.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Material:

Población diana:

Estudiantes universitarios del primer año de medicina humana.

Población de estudio:

Estudiantes universitarios del primer año medicina humana pertenecientes a la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo durante el ciclo 2016-10.

2.2. Criterios de Selección:

Criterios de inclusión para casos:

Estudiantes con depresión, pertenecientes únicamente a la Escuela Profesional de Medicina Humana, que acepten ser encuestados durante el periodo correspondiente al ciclo académico 2016-10 y estudiantes con encuestas completas.

Criterios de inclusión para controles:

Estudiantes sin depresión, pertenecientes únicamente a la Escuela Profesional de Medicina Humana, que acepten ser encuestados durante el periodo correspondiente al ciclo académico 2016-10 y estudiantes con encuestas completas.

Criterios de exclusión para casos y controles:

Estudiantes que decidan abandonar la encuesta.

2.3. Muestra:

- TIPO DE MUESTREO: Probabilístico, de tipo aleatorio simple.
- UNIDAD DE ANALISIS: Estudiante del primer año de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- UNIDAD DE MUESTREO: Estudiantes del primer año de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- TAMAÑO MUESTRAL: Para su determinación se utilizó fórmula para casos y controles: (36)

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

$$P_1 = 0.5$$

$$P_2 = 0.236 = 0.24 \text{ (16)}$$

$$c = 2$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.5 + 0.24}{2} = 0.37$$

$$\frac{\left[(1.96) \sqrt{(2+1)(0.37)(1-0.37)} + (0.84) \sqrt{(2)(0.5)(1-0.5) + 0.24(1-0.24)} \right]^2}{2(0.24 - 0.5)^2}$$

$$n = \frac{[(1.96)(0.83) + (0.84)(0.82)]^2}{2(-0.26)^2}$$

$$n = \frac{5.29}{0.12} \cong 44$$

$$n = 44.$$

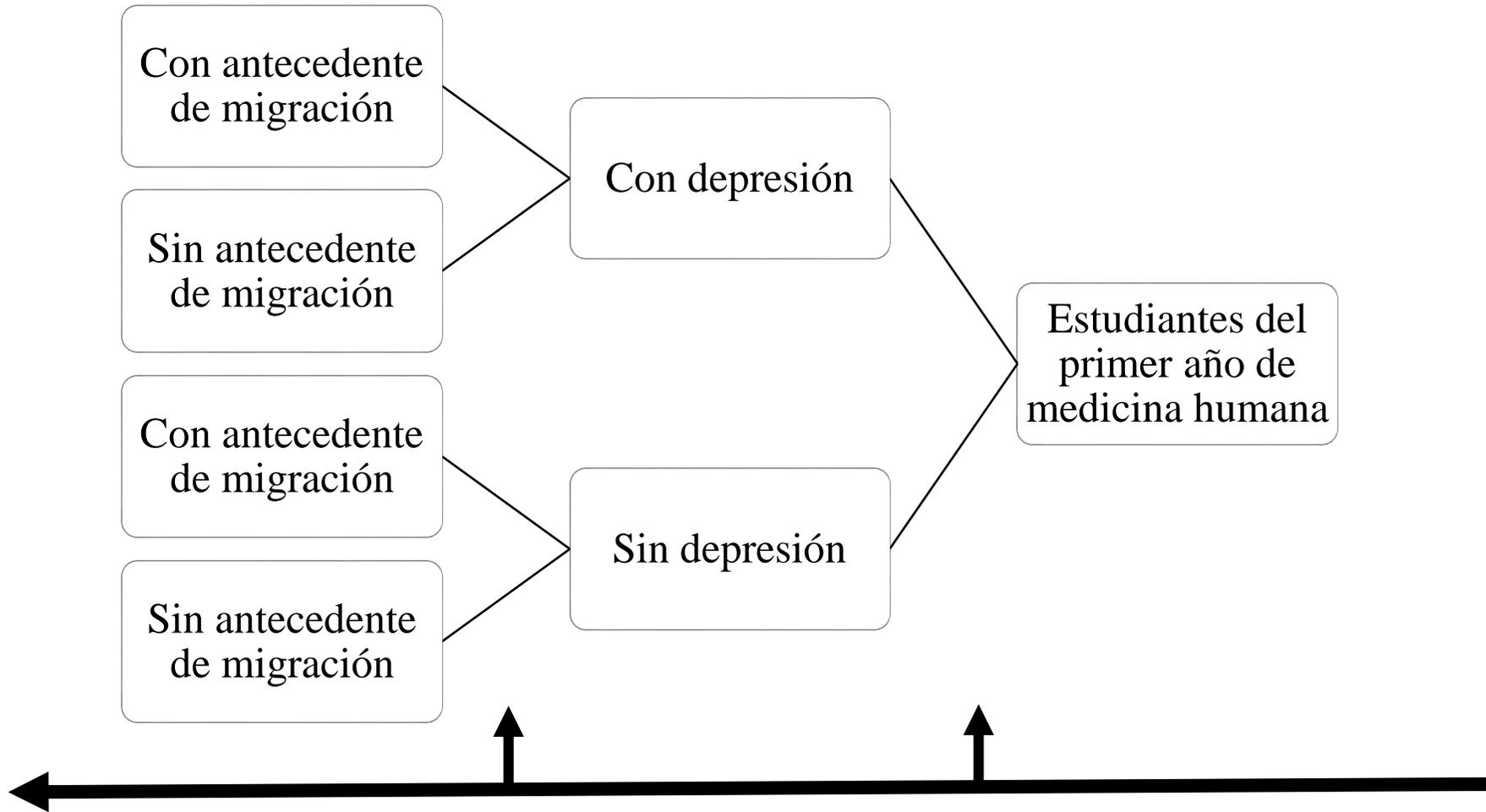
Se necesitaron 44 casos y 88 controles.

2.4. Diseño del estudio:

2.4.1. Tipo de estudio:

Estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo de casos y controles.

2.4.2. Diseño específico:



2.5. Variables y escala de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
(DEPENDIENTE) Depresión	Cualitativa	Nominal	Inventario de Depresión de Beck	Sí: 17 puntos a más. No: Hasta 16 puntos.
(INDEPENDIENTE) Antecedente de migración	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Sí = Procede de fuera de la ciudad/procede de fuera del país No = De la propia ciudad
COVARIABLES				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Encuesta	En años
Género	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	Femenino Masculino
Nivel de depresión	Cualitativa	Ordinal	Inventario de Depresión de Beck	Normal: 1 a 10 puntos. Leve perturbación del ánimo: 11 a 16 puntos. Estado de depresión intermitente: 17 a 20 puntos. Depresión moderada: 21 a 30 puntos Depresión grave: 31 a 40 puntos. Depresión extrema: más de 40 puntos
Alejamiento de la familia	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Sí No
Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal politómica	Encuesta	De la propia ciudad Fuera de la ciudad Fuera del país

2.6. Definición de variables:

- **Depresión:** Trastorno afectivo identificado por aplicación del Inventario de Depresión de Beck en los alumnos de medicina humana, considerando su presencia según puntaje obtenido.
- **Antecedente de migración:** Traslado de la persona desde su lugar de residencia habitual en una unidad geográfica distinta a la ciudad de Trujillo hacia esta última, con el fin de estudiar la carrera universitaria lejos de los padres.
- **Edad:** Tiempo de vida del estudiante de medicina humana desde su nacimiento hasta el en que se le aplicó la encuesta.
- **Género:** Grupo al que pertenecen los estudiantes de cada sexo.
- **Nivel de depresión:** Grado en el que se identifica el trastorno según el resultado obtenido del Inventario de Depresión de Beck aplicado dentro de la encuesta al alumno de medicina.
- **Alejamiento de la familia:** Referencia del estudiante de vivir sin sus padres y familiares.
- **Lugar de procedencia:** Zona geográfica especificada según localización del hogar del estudiante en relación a la ciudad donde se encuentra la universidad.

2.7. Procedimientos:

Previo al inicio de la recolección de datos se gestionó la autorización respectiva a la dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, para obtener el permiso de acceso a las aulas (anexo 1). Una vez obtenido el permiso el investigador se dirigió a los pabellones donde se encontraban los alumnos de dicha escuela, ubicando las aulas correspondientes según turno y cursos del primer año de la carrera. Para ello fue necesario acceder al plan de estudios de la escuela en mención perteneciente al campus de Trujillo, disponible en la página virtual de la universidad. Para evitar duplicidad de encuestas respondidas se eligió tres de los cursos de línea por ser de carácter obligatorio para todos los estudiantes de primer año. Fue necesario contar con el permiso del docente tutor del aula para llevar a cabo la recolección de datos, a quien se le informó del motivo y duración de la encuesta a aplicar, solicitándole destinar los últimos minutos de su clase para evitar

mayores interrupciones. Logrado el permiso del docente, el investigador se dirigió a los alumnos informando el propósito del estudio y solicitando su colaboración, el cual tuvo una duración aproximada de 10 minutos. La técnica a aplicar para la recolección de datos fue la encuesta, la cual también es parte del instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador. Nuestro instrumento de recolección de datos constó de tres partes principales donde se encontró información general del alumno con tres ítems, así como datos relacionados con la variable dependiente a través de la utilización del Inventario de Depresión de Beck con veintidós ítems y datos referidos a la variable independiente con dos ítems (anexo 2). En general, el tipo de pregunta fue cerrada con opciones de respuestas dicotómicas y de opción múltiple, estas últimas en el caso del inventario mencionado anteriormente. En el caso de la primera parte del instrumento hubo tres preguntas abiertas y una cerrada.

En relación al Inventario de Depresión de Beck las puntuaciones determinaron niveles de depresión según los ítems marcados por el encuestado y el número de opciones marcadas dentro de cada ítem otorgando una puntuación de cero a tres de acuerdo al orden en el que se presentaron las opciones de respuesta dentro de cada ítem. La primera alternativa se calificó con cero y las siguientes en orden ascendente.

Al finalizar se sumó la calificación de cada ítem para determinar el nivel. Así, de 1 a 10 se consideró como altibajos normales, de 11 a 16 como leve perturbación del ánimo, de 17 a 20 como estados de depresión intermitentes, de 21 a 30 como depresión moderada, de 31 a 40 como depresión grave y más de 40 puntos depresión extrema. Para fines prácticos se interpretó una puntuación a partir de 17 como depresión (37).

Los datos obtenidos se vaciaron en un archivo Excel 2013 tomando en cuenta los criterios de selección y posteriormente se llevó a cabo el análisis estadístico para generar los resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

2.8. Análisis e interpretación de la información:

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora con Windows 8 y el Paquete estadístico SPSS 23.0. Los datos obtenidos desde las

encuestas se analizaron en base a Estadística descriptiva y analítica.

2.8.1. Estadística descriptiva:

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, por lo que se hizo uso del cálculo de frecuencias. Adicionalmente se aplicaron las medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión como la desviación estándar.

Las herramientas para la presentación final de los resultados también fueron parte de la estadística descriptiva a base de representaciones tabulares y gráficas.

2.8.2. Estadística inferencial:

Para el caso de establecer diferencias significativas se propuso el uso de pruebas no paramétricas en base a chi cuadrado, estableciendo asociación significativa si p fue menor a 0.5.

2.8.3. Estadígrafo:

Se hizo uso del Odds Ratio (OR) o razón de momios, con intervalos de confianza al 95%.

2.9. Consideraciones éticas:

Se debe considerar que la amplia gama de aspectos éticos propuestos para investigación médica se dirige generalmente a estudios experimentales, sin embargo, consideramos que, a pesar de que este estudio no es de dicho tipo, pudo adaptarse a diferentes aspectos sobre una conducta ética responsable. Así, este trabajo tomó en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki, respecto a que el investigador se comprometió a mantener la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados durante el transcurso del estudio así como al final de éste, por lo que se garantizó que la encuesta a aplicar fuera anónima (38). Así mismo, la necesidad de tomar en consideración el anonimato está propuesta por la Ley General de Salud en su artículo 25 en relación a las historias clínicas y que extrapolamos a las encuestas de los alumnos. (39)

El presente proyecto no realizó ningún experimento en seres humanos, ni animales. Por lo tanto no se utilizó un consentimiento informado para realizarlo, ya que la investigación sólo se basó en recolectar datos a través de encuesta, contando con el asentimiento verbal del encuestado.

Fue necesario obtener el permiso de la autoridad correspondiente donde se llevó a cabo el estudio para la recolección de información. Así también, el trabajo de investigación fue sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela profesional de medicina humana a la que pertenece el investigador. Todo ello para respetar principios de cumplimiento de normas.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 86 considera que atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, por lo que fue otro de los aspectos a tomar en cuenta por el investigador, limitándose a comunicar lo observado en los resultados sin ningún tipo de alteración o intención de obtener algún beneficio personal. (40)

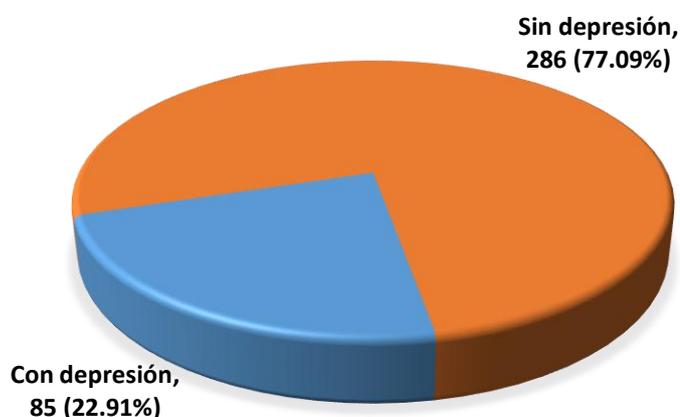
III. RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de 584 estudiantes de primer año de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, campus Trujillo, que pertenecieron al ciclo académico 2016-10. De éstos se encuestaron 371, identificándose a 85 casos con depresión y 286 sin ésta, los cuales fueron sometidos a su vez a muestreo probabilístico para elegir a los que pertenecieron tanto al grupo de casos como al grupo de controles. Para ello, los estudiantes elegidos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y fueron divididos para su análisis en 44 casos y 88 controles, según lo determinado por el tamaño muestral obtenido por fórmula.

La frecuencia de depresión en los estudiantes durante el periodo de estudio indicado, se presenta a continuación en el Gráfico N° 1.

GRÁFICO N°1:

FRECUENCIA GENERAL DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS



Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, ciclo 2016-10.

Observamos que, durante el ciclo 2016-10, la frecuencia general de casos de depresión en estudiantes universitarios de primer año de Medicina Humana en

nuestro lugar de estudio fue de 22.91%, tomando en cuenta a los 371 encuestados.

De acuerdo a lo registrado establecimos las características generales de los 44 casos y 88 controles seleccionados, que se muestran en el Cuadro N°1:

CUADRO N°1:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES	CON DEPRESIÓN (grupo de casos)			SIN DEPRESIÓN (grupo control)		
Edad	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Rango</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Rango</i>
	18.05	±1.51	15-23	18.16	±2.01	16-27
Género	<i>N° de casos</i>			<i>N° de casos</i>		
	<i>Porcentaje</i>			<i>Porcentaje</i>		
Femenino	30	68.18%	49	55.68%		
Masculino	14	31.82%	39	44.32%		
Ciclo	<i>N° de casos</i>			<i>N° de casos</i>		
	<i>Porcentaje</i>			<i>Porcentaje</i>		
Primero	18	40.90%	50	56.82%		
Segundo	26	59.10%	38	43.18%		
Lugar de procedencia	<i>N° de casos</i>			<i>N° de casos</i>		
	<i>Porcentaje</i>			<i>Porcentaje</i>		
De la propia ciudad	19	43.18%	62	70.45%		
Fuera de la ciudad	25	56.82%	26	29.55%		
Alejamiento de la familia	<i>N° de casos</i>			<i>N° de casos</i>		
	<i>Porcentaje</i>			<i>Porcentaje</i>		
Sí	27	61.36%	26	29.55%		
No	17	38.64%	62	70.45%		

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, ciclo 2016-10.

Los resultados muestran que la edad promedio del grupo de casos fue 18.05 con desviación estándar de ±1.51, mientras que en el grupo control fue 18.16 y desviación estándar de ±2.01. El género femenino tuvo 68.18% de frecuencia en el grupo de casos y 55.68% en el grupo control, mientras que el género masculino tuvo 31.82% y 44.32% respectivamente. En la distribución por ciclo observamos que el primero abarcó al 40.9% de estudiantes con depresión y al 56.825 sin depresión, mientras que el segundo ciclo mostró frecuencias de 59.10% y 43.18% para primer y segundo ciclo respectivamente en estudiantes con depresión. El 43.18% de estudiantes con

depresión vivía en la propia ciudad, comparado con el 70.45% de estudiantes sin depresión, mientras que el 56.82% de casos con depresión procedía de fuera de la ciudad frente al 29.55% sin depresión. El alejamiento de la familia se presentó en 61.36% de casos frente a 29.55% de controles.

Se precisó la frecuencia de antecedente de migración en el grupo de casos, la cual se presenta en el Cuadro N° 2.

CUADRO N°2:

FRECUENCIA DE ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DEPRESIÓN

ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN	N° DE CASOS	FRECUENCIA
SÍ	25	56.8%
NO	19	43.2%
TOTAL	44	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, ciclo 2016-10.

Se observa que 56.8% de los estudiantes con depresión pertenecientes al primer año de Medicina Humana de la universidad en estudio tuvo antecedente de migración.

También se identificó la frecuencia de antecedente de migración en el grupo de controles, la cual se presenta en el Cuadro N° 3.

CUADRO N°3:

FRECUENCIA DE ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SIN DEPRESIÓN

ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN	N° DE CASOS	FRECUENCIA
SÍ	26	29.55%
NO	62	70.45%
TOTAL	88	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, ciclo 2016-10.

Se observa que el antecedente de migración en los estudiantes sin depresión pertenecientes al primer año de Medicina Humana de la universidad en estudio tuvo una frecuencia de 29.55%.

En el siguiente cuadro N° 4 se presenta la asociación del antecedente de migración según presencia de depresión en los estudiantes de nuestra muestra:

CUADRO N°4:

ASOCIACIÓN DEL ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN SEGÚN PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN	DEPRESIÓN	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	25	26
NO	19	62
TOTAL	44	88

$Chi^2 = 7.791$

$p = 0.0053$

$OR = 2.86$

$IC (95.0\%) = 1.352 - 6.055$

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, ciclo 2016-10.

Se puede apreciar en la asociación entre el antecedente de migración y la presencia de depresión que el valor p fue de 0.053, mientras que el OR fue de 2.86, con un IC al 95% entre 1.352-6.055.

El cuadro N° 5 nos permite apreciar el nivel de depresión en el grupo de casos:

CUADRO N°5:

NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE CASOS

NIVEL DE DEPRESIÓN	N° DE CASOS	FRECUENCIA
Intermitente	20	45.45%
Moderada	21	47.72%
Grave	2	4.55%
Extrema	1	2.3%
TOTAL	44	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, ciclo 2016-10.

Observamos que, durante el ciclo 2016-10 se identificó un nivel de depresión intermitente en el 45.45% de estudiantes de primer año de Medicina Humana de nuestro lugar de estudio, mientras que el nivel moderado en 47.72%, grave en 4.55% y depresión extrema en 2.3% equivalente a un estudiante.

IV. DISCUSIÓN

Este trabajo determinó al antecedente de migración como factor asociado a depresión en estudiantes del primer año de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo. Cabe precisar que la obtención de la información tomó en cuenta que el total de alumnos del primer año durante el ciclo 2016-10 fue 584, por lo que, a pesar de que el tamaño muestral estableció un total de 132, se logró encuestar a 371 estudiantes, siendo necesario acudir a las aulas de los principales cursos de línea que concentran a la gran mayoría de ellos; para el caso de primer ciclo se trató de los cursos de Biología, Biofísica y Química y para segundo ciclo Anatomía, Bioquímica y Genética e Histoembriología. No fue necesario ampliar el periodo de estudio propuesto debido a que se obtuvo previamente el registro oficial del número de estudiantes pertenecientes al primer año de la carrera.

Debe tomarse en cuenta que la razón de encuestar a la mayoría de alumnos tuvo como objetivo estimar la frecuencia de depresión general, siendo ésta identificable en 85 estudiantes, lo que representó la cifra considerable de 22.91%, mostrado en el gráfico N° 1. El resultado obtenido dista de la investigación publicada por Amritha y cols. (24), en India, quien entre 400 estudiantes identificó que poco más del 60% presentaron depresión, aunque otras fuentes de la literatura reportan que en Perú existen antecedentes de una variación en los niveles de depresión en estudiantes de medicina y de otras carreras relacionadas con salud, con aproximadamente entre 20 a más de 50% (2), por lo que nuestro resultado estaría comprendido entre dicho rango, acorde con cifras nacionales.

Una vez identificados y ubicados los casos de interés, por conocimiento general nos interesaron características generales de los estudiantes, para lo cual fue necesario dividir nuestra muestra en el grupo de casos con depresión y controles, sin depresión, tomando en consideración que se necesitaba de 44 y 88 estudiantes respectivamente para cada grupo. Se debe reconocer que antes de la conformación de los dos grupos se había detectado que 85 estudiantes presentaban depresión, lo cual podría recomendar que el grupo de estudio se ampliara y nos permite reconocer la posibilidad de limitación para nuestros resultados al tener la posibilidad de ampliar la muestra; sin embargo, como la recomendación de la fórmula era duplicar los

controles se evitó hacerlo por la posibilidad que los criterios de exclusión impidieran llegar a dicha cifra. A pesar de ello, cumplimos con presentar el número mínimo tanto de casos como para controles según el resultado de nuestro cálculo por fórmula.

Respecto a las características generales observadas en el cuadro N° 1, encontramos que la edad promedio tanto del grupo de casos como de controles fue bastante similar, ya que ambos estuvieron alrededor de los 18 años, lo cual es entendible ya que debemos recordar que se trata de alumnos de primer año que generalmente entran a una institución universitaria inmediatamente después de concluir sus estudios de secundaria y que permiten una homogeneidad en la edad que presentan, salvo excepciones como estudiantes de una segunda carrera u otras. El rango de edad fue ligeramente menor en los casos con depresión, abarcando de 15 a 23 años frente a 16 a 27 de los estudiantes sin depresión, aunque en el caso de la edad de 27 solo se identificó en un estudiante. En relación al género, en ambos grupos prevaleció el femenino, incluso con una diferencia a favor de cerca de 13% para el grupo de estudiantes con depresión. Como hemos podido observar en la literatura, el género femenino es factor de riesgo para depresión (2), lo que puede explicar su mayor frecuencia en nuestro grupo de casos, sin embargo, como también es más frecuente en el grupo de controles su explicación en parte puede deberse a la posibilidad que existan más estudiantes del género femenino en la carrera de Medicina Humana. Por otro lado, se puede identificar la frecuencia de estudiantes por ciclo observando que en el grupo de casos la mayoría fueron de segundo ciclo, mientras que en el grupo de controles, es decir sin depresión, fueron de primer ciclo. Debemos recordar que el primer año de la carrera corresponde a los dos primeros ciclos académicos. Independientemente del dato anterior, para establecer el antecedente de migración fue necesario identificar el lugar de procedencia y el alejamiento de la familia. En relación al primer aspecto, para el grupo de depresión casi el 57% eran de fuera de la ciudad, en cambio en el grupo sin depresión poco más del 70% pertenecían a la propia ciudad lo cual nos sugiere que dicha situación adquiere un carácter lógico cuando de depresión se trata. Y en relación al segundo aspecto, el alejamiento de la familia también fue más frecuente en los estudiantes con depresión, dato que permitió reforzar el establecimiento de casos. La investigación publicada por Amritha y cols., (24) encontró que 53% de los estudiantes con depresión estaban lejos del hogar, dato

similar a nuestro resultado.

En los cuadros N° 2 y N° 3 se estableció la frecuencia del antecedente de migración, en estudiantes con depresión y sin depresión respectivamente. Para el primer cuadro observamos una mayor frecuencia de antecedente de migración, hecho que se corroboró con la determinación por lugar de procedencia y alejamiento de la familia mencionados en el párrafo anterior. Este resultado contrasta con lo observado en el segundo cuadro, donde la mayoría, poco más de 70%, no comprobaron el antecedente de migración. Ambos datos descriptivos nos sugerían entonces que el antecedente de migración podría constituirse en un factor asociado. Dicha situación quedó demostrada en el cuadro N° 4, donde se estableció la asociación entre el mencionado antecedente y la depresión, ya que al hacer el análisis estadístico respectivo observamos un valor $p < 0.05$, lo cual confirmó que existe una diferencia estadísticamente muy significativa, además de ello, el valor de OR nos permite indicar que la probabilidad de que un estudiante presente depresión es 2.86 mayor si está expuesto al antecedente de migración. Como ya se había mencionado en el marco teórico de este trabajo no existe un antecedente directo para poder contrastar nuestro resultado con el de otra investigación similar, las únicas aproximaciones se dan por el lado de considerar el antecedente de familias disfuncionales y alejamiento del hogar en estudios con diseños diferentes al nuestro (16,24). Finalmente, en el cuadro N° 5 se pretendió identificar el nivel de depresión en el grupo de casos y observamos que la depresión moderada fue la más frecuente seguida muy de cerca por la de nivel intermitente. También se reportaron casos de depresión grave y extrema, sin embargo se trató de 2 y 1 caso respectivamente, que no pudimos identificar personalmente debido a la condición de anonimato de la encuesta. Sin embargo, la ejecución de la investigación brinda la posibilidad de detección de estos casos, denotando utilidad para el área de bienestar universitario de la institución. Podemos decir que los resultados obtenidos a base de la ejecución de esta investigación permiten generalizar los resultados dentro de nuestra universidad y, a pesar de la limitación de nuestro tamaño muestral, se alcanzó una proporción de casos representativo, lo cual permite recomendar la ejecución de investigaciones más amplias atendiendo a las propuestas de mejora para ésta.

V. CONCLUSIONES

1. Hubo asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de migración y depresión ($p < 0.05$). Se consideró factor de riesgo con OR de 2.86.
2. La frecuencia general de depresión fue importante, con 22.91%, coincidiendo con reportes nacionales previos.
3. El nivel de depresión en el grupo de casos mostro al moderado en primer lugar, seguido del intermitente. De forma distante se presentaron 2 casos de depresión grave y 1 de depresión extrema.
4. En relación a las características generales, el promedio de edad fue similar tanto en el grupo de casos como en los controles. En ambos grupos hubo mayor frecuencia del género femenino. La mayoría de estudiantes con depresión provenían del segundo ciclo, contrario a aquellos sin depresión, donde el primer ciclo fue más identificado. El lugar de procedencia de fuera de la ciudad y el alejamiento de la familia mostró mayor frecuencia en estudiantes con depresión, contrario a los estudiantes sin depresión.
5. La frecuencia de antecedente de migración alcanzó el 56.8% en el grupo de casos y de solo el 29.55% en el grupo de controles.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se sugieren estrategias de motivación a los estudiantes que favorezcan la preservación de la salud mental por parte del área de bienestar universitario de la institución.
2. La aplicación de instrumentos que permitan una identificación temprana de casos de depresión debería ser regular y permanente, recomendándose una mayor interacción entre el área de bienestar y la dirección de escuela para su ejecución.
3. Se sugiere también la realización de estudios más amplios que verifiquen el antecedente confirmado en nuestra investigación. Además de ello y para una mejor comprensión del fenómeno se hace necesario el aporte de profesionales vinculados con el estudio especializado de este fenómeno para una detección más precisa si fuera necesario.
4. La familia debe conocer la necesidad de establecer mayor contacto con el estudiante, de forma periódica, como un hábito recomendable para prevenir la aparición de depresión.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista IIPSI* 2007; 10(1): 91-102.
2. Rosas M, Yampufé M, López M, Carlos G. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *An Fac med.* 2011; 72(3):183-186.
3. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. 5ª. ed. España: Wolters Kluwer Health España, S.A.; c2012. p.5.
4. Osornio-Castillo L, Palomino Garibay L. Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar* 2009; 11(1):1-2.
5. OMS. La depresión. Abril 2016. [consultado 09 Abril 2016]. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
6. Ferrel R, Celis A, Hernández O. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 2011; 27: 40-60.
7. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina-Mora M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013; 55:74-80.
8. Gonzáles-Poves Je, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev enferm Herediana.* 2013; 6(2):66-77.
9. Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *ENCUENTROS* 2014; 2: 35-47.
10. Valencia G. Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Libre de Pereira. *Cultura del cuidado de Enfermería* 2010; 7(2): 15-27.
11. Salinas A, Alonso S, Quintero O, Hernández M, Molina L; Lozada R, et al. Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas. Municipio Libertador. Merida-Venezuela. *Revista ACADEMIA* 2013; XII (28): 317-324.
12. Tron-Álvarez R, Contreras-Gutiérrez O, Chávez-Becerra M. Depresión y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo* 2013; 27: 39-47.
13. Gutiérrez J, Montoya I, Toro B, Briñón M, Rosas E, Salazar I. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA* 2010; 24(1): 7-17.
14. Fouilloux C, Barragan V, Ortiz S, Jaimes A, Urrutia M, Guevara-Guzman R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental* 2013; 36:59-65.
15. Castillo-Vilca M, Prado-Mendoza C, Vega-Dientsmaier J. Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Neuropsiquiatr* 2010; 73 (1): 9-14.
16. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clín Med Fam* 2014; 7(1): 14-22.

17. Dávila A, Ruiz R, Moncada L, Gallardo I. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 2011; 20 (2): 147-172.
18. Montesó- Curto P, Ferré-Grau C, LLeixà- Fortuño M, Albacar N, Espuny-Vidal C. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario Hojas de Warmi* 2011; 16: 1-22.
19. Serra J. Autoeficiencia, depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. [tesis doctoral]. España. Universidad Complutense de Madrid; 2010.
20. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología* 2004; 13: 17-32.
21. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo* 2014; 17 (1): 47:54.
22. Rivera-Heredia M, Martinez-Servin L, Obregon-Velasco N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental* 2013; 36: 115-122.
23. Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered.* 2014; 25:57-59.
24. Amritha K, Srikanth S, Srivatsa V, Susiganeshkumar E. Stressful life events- Effect on mental health of medical students. *Indian Journal of Medical Specialities.* 2013; 4(2): 254-258.
25. Gómez L, Boni A, Fernández-Baldor A. Impacto de la experiencia migratoria en los estudiantes latinoamericanos de la UPV. Un análisis desde el enfoque de las capacidades y el codesarrollo. [Internet]. Editorial Universidad Politécnica de Valencia. España; 2010. [consultado 09 abril 2016]: Disponible en URL: <http://www.upv.es/upl/U0566457.pdf>
26. Oliva L, Yedra L, Rivera E, González M, León D. Psychological State of High School Students with Migrant and Nonmigrant Parents. *Migraciones Internacionales* 2013; 7(2):157-184.
27. De la Fuente J. Impactos de la globalización en la salud mental. *Gaceta Médica de México* 2012; 148: 586-590.
28. Obregón-Velasco N, Rivera-Heredia M, Martínez-Ruiz D, Cervantes-Pacheco E. Sucesos estresantes y sus impactos en mujeres y jóvenes de la comunidad de Cuitzeo, Michoacán. El ciclo de la migración México-EUA en sus familias. *REMHU* 2014; XII (43): 211-224.
29. Florez M. Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca. [tesis doctoral] Palma de Mallorca. Universitat de les Illes Balears; 2012.
30. Breslau J, Borges G, Tancredi D, Saito N, Kravitz R, Hinton L, Vega W et al. Migration from Mexico to the US and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders: A Cross-National Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(4): 428-433.
31. Guzmán-Carrillo K, González-Verduzco B, Rivera-Heredia M. Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv* 2015; 13 (2): 701-714.
32. Barraza A. La relación persona-entorno como fuente generadora de estrés académico. *Revista Psicología Científica.com* [Internet]. 2015. [consultado 10 abril 2016]; 17. Disponible en URL: <http://www.psicologiacientifica.com/persona-entorno-relacion-estres-academico/>

33. Cabrera-Gutierrez L, Mendoza-Luna E, Obando-Castro P. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. *Rev enferm Herediana* 2010; 3(2):96-103.
34. Soria R, Ávila E, Morales A. Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Alternativas en Psicología* 2015; 31: 45-59.
35. Pereyra-Elías R, Ocampo-Mascaró J, Silva-Salazar V, Vélez-Segovia E, da Costa-Bullón D, Toro-Polo L, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2010; 27(4): 520-26.

VIII. BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Pértegas S, Pita S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *CAD ATEN PRIMARIA* 2002; 9: 148-150.
2. Inventario de Depresión de Beck. [Internet]. [consultado 29 Abril 2016]. Disponible en URL: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedeepresiondebeck.pdf>
3. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [consultado 28 Abril 2016]. Disponible en URL: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
4. Congreso de la República. Ley General de Salud [Internet]. [consultado 28 Abril 2016]. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
5. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [consultado 28 Abril 2016] Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cmp.org.pe%2Fdoc_norm%2Fcodigo_etica_cmp.pdf&ei=NXe0VPTyF8yzggSeuIPACA&usg=AFQjCNGfOfjDSFeCtxVq2BIPHBVIVEjRvA

IX. ANEXOS

ANEXO N°1

Asunto: SOLICITO PERMISO PARA ACCEDER A AULAS

Señor

Dr. Marco Bardales Cahua

Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana UPAO Trujillo

Eicol Jonathan Ríos Chapilliquen, alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, identificado con ID 000056620 y DNI 45611031 con el debido respeto me presento a usted y expongo lo siguiente:

Que, teniendo la necesidad de llevar a cabo mi tesis profesional titulada “ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL PRIMER AÑO DE MEDICINA”, como requisito indispensable para mi titulación y donde se eligió como población a los alumnos del primer año de Medicina Humana, acudo a su digno despacho a fin de que se me brinde el permiso correspondiente para tener acceso a las aulas y llevar a cabo la ejecución de la investigación propuesta.

Por lo expuesto, es de justicia que espero alcanzar.

Trujillo, 29 de abril del 2016

.....
Eicol Jonathan Ríos Chapilliquen

ID: 000056620

DNI: 45611031

Adjunto: copia del trabajo de investigación

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ENCUESTA SOBRE MIGRACIÓN Y DEPRESIÓN

Nº de encuesta

INSTRUCCIONES GENERALES:

La presente encuesta está dividida en tres partes. Por favor responda a lo solicitado, según haya zonas punteadas o espacios para marcar con un aspa o equis dentro los recuadros.

I. DATOS GENERALES

- INICIALES
- EDAD:
- GÉNERO:
Masculino Femenino
- CICLO:

II. DATOS SOBRE DEPRESIÓN (VARIABLE DEPENDIENTE)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

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

2) .

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

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

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

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

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

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

III. ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN (VARIABLE INDEPENDIENTE):

- **ALEJAMIENTO DE LA FAMILIA:**

- Sí
- No

- **LUGAR DE PROCEDENCIA:**

- De la propia ciudad
- Fuera de la ciudad
- Fuera del país

- **MIGRACIÓN:**

- Sí No