

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**



PREVALENCIA DE DEPRESION EN MIGRANTES HAITIANOS

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA:

ISRAEL DE ALBA CRUZ

DIRECTOR DE TESIS

DCS RUFINO MENCHACA DIAZ

SINODALES

DCS MARTHA ROSALES AGUILAR

DRA DIANA ALEJANDRA GONZALEZ GARCIA

TIJUANA BAJA CALIFORNIA, NOVIEMBRE DE 2018

TABLA DE CONTENIDO

ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
HIPÓTESIS	13
OBJETIVO	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
METODOLOGÍA.....	16
VARIABLES	18
INSTRUMENTO	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIÓN.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	39
ANEXO 2.INSTRUMENTO	41

Dedicatoria

Diego y Emma

En este momento ni siquiera son capaces de entender este gesto, pero cuando lo hagan, me gustaría que pregunten a papá y mamá el cómo es que llegamos hasta aquí, y entonces, esto quede como testimonio de lo que alguna vez, una gran mujer forjó en nuestra familia.

Con cariño, Israel.


Tijuana, Baja California, a 15 de noviembre del 2018.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como director de la tesis titulada **“Prevalencia de depresión en migrantes haitianos”**, elaborada por **Israel de Alba Cruz**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dr. Rufino Menchaca Diaz
Director de Tesis

Tijuana, Baja California, a 15 de noviembre del 2018.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "**Prevalencia de depresión en migrantes haitianos**", elaborada por **Israel de Alba Cruz**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Diana Alejandra González García
Sinodal


Tijuana, Baja California, a 15 de noviembre del 2018.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Prevalencia de depresión en migrantes haitianos”**, elaborada por **Israel de Alba Cruz**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Martha Rosales Aguiar
Sinodal

ANTECEDENTES

La migración forma parte de la vida de millones de personas alrededor del mundo las cuales dejan su lugar de origen para buscar mejorar sus condiciones de vida y es además, un fenómeno social cada vez más frecuente, pues se estima que el total de migrantes en 2006 fue de 200 millones y se espera que en 2050 llegue a los 230 millones, asimismo se considera un fenómeno histórico y con tendencias al incremento.¹ En el caso particular de México, debido a su ubicación geográfica, es punto de referencia para migrantes en tránsito con propósito de llegar a Estados Unidos. Según el Instituto Nacional de Migración se calcula que por la frontera sur de México se contabilizaron al año, 1.9 millones de extranjeros en promedio entre 2007 y 2010.²

Tradicionalmente la migración en tránsito por México se ha caracterizado por personas principalmente provenientes de Nicaragua, El Salvador y Guatemala,³ sin embargo, en mayo de 2016 la dinámica migratoria del país y, particularmente de la ciudad de Tijuana, dio un giro sin precedente con la llegada de miles de migrantes provenientes de Haití. Este fenómeno se presenta inusual no solo para Tijuana sino también para los propios haitianos, pues si bien es cierto, la migración haitiana data de los siglos XIX y XX con diásporas como República Dominicana y Cuba donde la migración era temporal con objetivos laborales, esta fue aumentando las distancias, siendo actualmente los principales destinos de la migración haitiana: Estados Unidos, República Dominicana, Cuba, Canadá y Francia.⁴

En 2010, a consecuencia del terremoto que azotó Haití, se reportó una migración de gran escala hacia Brasil.⁴ En ese entonces este país requería de mano de obrar para sobrellevar la construcción de infraestructura para los eventos deportivos los cuales era sede (Copa Mundial de Fútbol 2014 y Juegos Olímpicos y Paraolímpicos 2016), tan solo entre febrero de 2010 y julio de 2013, se calcula que alrededor de 15 mil haitianos ingresaron a territorio brasileño, país que acogió a los migrantes bajo el visado por razones humanitarias, el cual garantizaba la estadía legal por 5 años, legislación que estuvo vigente hasta el 30 de octubre de 2015, esta caducidad de la vigencia, el término de la construcción de las instalaciones deportivas y la crisis política que atravesaba Brasil en ese mismo año, ocasionaron la salida de miles de haitianos en búsqueda de una oportunidad en Estados Unidos.⁵⁻⁷

Fue entonces, en septiembre de 2016 cuando en Tijuana se registró uno de los fenómenos

migratorios más atípicos de su historia, pues los migrantes haitianos; por causas que aún no se conocen del todo, empezaron a utilizar la frontera de Tijuana como su principal ruta de tránsito para llegar a Estados Unidos. Según datos del colegio de la frontera norte a finales del mes de mayo de 2016 donde, en un inicio los migrantes fueron atendidos en 4 albergues, al mes de diciembre del mismo año, se tenían contabilizados alrededor de 20 albergues en su mayoría emergentes, es decir, sin infraestructura para su adecuada atención.⁸

La particularidad de la situación migratoria radica en que es un proceso psicosocial de pérdidas y cambios, el cual, se ha acuñado con el término de “duelo migratorio” donde se contemplan 7 tipos de duelo: La familia y seres queridos, la lengua, la cultura, el lugar de origen, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física. Una característica de suma importancia para comprender la complejidad radica en que este duelo no desaparece y además es recurrente (en contrario, al duelo clásico por la pérdida de un ser querido)⁹, para entender mejor esto, podríamos dividir el proceso en 3 etapas: 1) *la pre migración*: Es aquí donde las personas centran sus motivos para iniciar el proceso de migración y que, en su mayoría, son de carácter negativo, por ejemplo: desastres naturales, violación a derechos humanos, persecución, conflictos armados o inestabilidad económica. 2) *Durante la migración*: daños físicos, violencia sexual, enfermedades infecciosas, extorción y trata de personas, y por último 3) *la pos migración*: donde una vez en el país de acogida siguen enfrentándose a situaciones que ponen en riesgo su salud mental como: la incertidumbre de su estatus legal, la detención en centros migratorios, la discriminación, aculturación y la pobre integración social.^{10,11} Estas situaciones generan un alto nivel de estrés que en la mayoría de los casos superan la capacidad de asimilación o adaptación de las personas e influyen de manera negativa en su estabilidad emocional.¹²⁻¹⁵

Desde principios del siglo XX la investigación sobre salud mental en migrantes es abordada formalmente en Estados Unidos donde, estudios reportaban admisiones por motivos psiquiátricos en una proporción superior a los que tenía la población nativa.¹⁶ Por su parte, en Europa, Odegaard en 1932, observó que los migrantes noruegos tenían casi el doble de admisiones por Esquizofrenia comparado con noruegos no desplazados de su país natal, con un pico de incidencia diez a doce años posterior a la emigración.¹⁷

Un estudio longitudinal de 1.3 millones de personas en Suecia demostró que los migrantes y

refugiados tienen tasas de incidencia más alta para Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos no Afectivos.¹⁸ En Bélgica, se encontró que los migrantes tienen mayor riesgo de depresión y ansiedad generalizada comparados con los nativos.¹⁹ En España los migrantes latinoamericanos mostraron mayor prevalencia de ansiedad y trastornos somatomorfos contra los nacidos en aquel país,²⁰ en Australia se reporta mayor afección psicológica en migrantes que sus contrapartes,²¹ datos que concuerdan con la Encuesta Social Europea realizada en 20 países reporta niveles de depresión más altos en la primer generación de migrantes europeos y no europeos,²² por su parte, en Asia, un meta análisis de 48 estudios transversales en China, encontró que la prevalencia de síntomas psicológicos en trabajadores que migran de ambientes rurales a urbanos es mayor comparado con la población general,²³ una revisión sistemática de 18 estudios longitudinales realizados en 8 países diferentes encontró que en 7 de los estudios que comparaban población migrante con población nativa, existía mayor morbilidad psicológica en personas migrantes²⁴, en Estados Unidos un estudio realizado con latinos residentes de Arizona y California encontró que 20% de los participantes (n=198) cumplían con criterios de depresión,²⁵ en nuestro país la información disponible se centra en migrantes deportados, grupo que ha reportado alta prevalencia de depresión²⁶, en el caso particular de la población haitiana, un estudio realizado en República Dominicana encontró en su muestra un puntaje promedio de 27.1 (IC 95%: 25.2-29.0) en el inventario de depresión de Beck lo que se traduciría a niveles de depresión moderada.²⁷ Por otra parte, un estudio realizado en Brasil en 2016, reportó una prevalencia de depresión de 10.6% asociada a discriminación racial, preocupaciones por la familia que dejan en su país de origen y síntomas de Estrés Posttraumático.

28

El estudio de la salud mental de las poblaciones vulnerables, como lo son los migrantes, recae en la ya bien documentada relación con el desempleo, pobreza, falta de vivienda, conductas de riesgo para la salud, suicidio, reducción de esperanza de vida, aumento de los años vida saludables perdidos, comorbilidades e impacto en la economía.^{15,29}

En el caso particular de la migración haitiana en Tijuana, como en toda migración atípica, presenta grandes retos para las ciudades receptoras, sobre todo aquellos donde se ve involucrada la salud de personas en contexto de migración, particularmente en la salud mental. Si bien es cierto, la migración en si no es sinónimo de depresión; las condiciones naturales del proceso –antes, durante y después– propician condiciones de vulnerabilidad y aumenta el riesgo de padecerla.³⁰

Este estudio intenta identificar los factores de mayor vulnerabilidad social en esta población, con el objetivo de brindar comprensión de la misma y así contribuir a la creación los programas de prevención e intervención con intención de construir una visión objetiva, por cercano, del fenómeno de la migración y de sus consecuencias, lo que ayuda a establecer aspectos de mayor vulnerabilidad social a los que están expuestos las personas en contexto de migración y, no menos importante, favorecer la comprensión de lo difícil que es la experiencia migratoria. Con esto nos referimos al impacto en la salud mental que sobrellevan al salir de su país e instalarse en otro diferente, ya sea temporal o permanentemente, a los sentimientos de pérdida, separación y asilamiento, por otro lado, al proceso psicológico de ajuste a una nueva vida.

JUSTIFICACIÓN

Los factores estresantes y la falta de oportunidades a los que se enfrentan los migrantes, los hacen vulnerables al desequilibrio de la salud y un mayor riesgo de presentar una enfermedad mental.³¹

Es importante conocer la salud de las personas en contexto de migración, ya que una persona que es sana es apta para el trabajo, deja de ser una carga para la ciudad receptora y se facilita su inclusión en las comunidades receptoras;³² el caso contrario, la mala salud de los migrantes puede ocasionar un aumento de la discriminación y la xenofobia debido a que las sociedades huésped perciben a estos como portadores de enfermedades y como miembros no productivos de la comunidad.^{13,24}

Por otra parte, los migrantes sanos son más receptivos a la adaptación, inserción comunitaria, educación, el empleo, las actividades sociales de integración y aportan más a las sociedades huésped.³³ Por lo que evidenciar la existencia de depresión en migrantes ayudaría a generar intervenciones para la atención a esta problemática que es de suma importancia, pues está demostrado que los estresores de la migración que repercuten en el área de la salud tienen consecuencias sociales pueden aparecer síndromes psicopatológicos agudos o crónicos (síndromes depresivos, trastornos adaptativos, comportamientos criminales, alcoholismo u otras drogodependencias).^{34,35}

El diagnóstico oportuno de la depresión en migrantes haitianos puede ahorrar costos económicos, sociales y políticos en lo sucesivo,³⁶ considerando que su estancia en México podría ser permanente y que para que sea exitosa, los migrantes deben de estar saludables; ya que de otra manera se convierten en una carga de salud pública para el país que los recibe.^{13,36,37} El entendimiento de los factores que alteran a los migrantes en un nuevo ambiente social, económico y saludable, puede contribuir a crear un nuevo modelo biopsicosocial de adaptación a la nueva situación de las personas en contexto de migración.³⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2016, alrededor de 5,000 migrantes de origen haitiano arribaron de forma espontánea y masiva a la frontera de Tijuana en búsqueda de cruzar a Estados Unidos.⁸ Estas personas habían atravesado desde Brasil, alrededor 9 países, trayecto el cual se caracterizó por múltiples robos, pérdidas, extorciones, violaciones, muertes etc.³⁹, factores estresantes los cuales se han demostrado que tienen influencia sobre la salud mental de los migrantes,^{9,40} particularmente sobre la Depresión, una de las patologías más frecuentes en este grupo social.^{41,42} Hablando específicamente de la población migrante de Haití, estudios previos realizados en República Dominicana y Brasil los migrantes de origen haitiano reportaron una prevalencia de depresión mayor que la población nativa, con diversos factores asociados como: discriminación racial, preocupaciones por la familia que dejan en su país de origen y síntomas de Estrés Postraumático.^{27,28}

En este sentido, según la OMS, la depresión es el trastorno mental más frecuente, se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo, es la principal causa de discapacidad y por sí sola representa el 4.3% de la carga mundial de morbilidad y se estima que para el 2020 la depresión será la segunda causa de años vida saludables perdidos a nivel mundial y la primera en países desarrollados⁴³. Por lo anterior expuesto, en definitiva, la depresión por sí misma es un problema de alta relevancia en la salud pública, pero conviene subrayar que está bien documentado que las personas migrantes tienen prevalencia más alta de depresión debido al proceso natural de la migración.⁴⁴ Por lo que resulta de gran interés describir la prevalencia de depresión y factores asociados en migrantes haitianos en la ciudad de Tijuana.

HIPÓTESIS

H1: La prevalencia de depresión en migrantes haitianos es diferente a cero

H0: La prevalencia de depresión en migrantes haitianos no es diferente a cero

OBJETIVO

Describir la prevalencia de depresión y factores asociados en migrantes haitianos en la ciudad de Tijuana, Baja California.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los síntomas depresivos prevalentes en la población migrante de origen haitiano.
- Describir algunos aspectos sociodemográficos y de salud en la población migrante de origen haitiano.
- Identificar los factores sociodemográficos y de salud asociados con la presencia de depresión en la población migrante de Haití.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión y los factores sociodemográficos, así como de salud asociados a esta patología en la población migrante de Haití en Tijuana BC?

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio, descriptivo de corte transversal en población de migrantes de origen haitiano en la ciudad de Tijuana. La muestra abarca los migrantes que viven en los diferentes albergues establecidos en la ciudad.

Tamaño de la Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estimar proporciones en poblaciones infinitas con estimación de la prevalencia esperada desconocida (50%), un error aceptable del 10%, nivel de confianza del 95% y 10% de ajuste por pérdidas. Obteniendo un tamaño muestra de 106 migrantes.

Técnica de Muestreo

Para la selección de los sujetos de estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Migrantes de origen haitiano.
- Mayores de 18 años.
- Dominio del idioma Criollo.

Criterios de exclusión

- Participantes con algún tipo discapacidad que impida participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- No firmar consentimiento
- Participantes que no completen el cuestionario

Procedimiento:

Durante los meses de octubre a diciembre de 2017 se acudió a los diferentes albergues de la ciudad de Tijuana en busca de posibles participantes a los cuales se le hacía invitación directa al estudio. Aquellos que cumplieran con criterios de inclusión y que aceptaran participar en el estudio recibieron un consentimiento informado (anexo 1) donde se especificaron los objetivos de la investigación, procedimiento, beneficios y riesgos asociados al estudio, así como, las medidas para garantizar la confidencialidad en el manejo de la información.

Una vez aceptando su participación se les designó un espacio privado que se asegurara su confidencialidad para responder el instrumento auto aplicable disponible en 3 idiomas diferentes (anexo 2), quedando a disposición el equipo de investigación durante la aplicación para posibles dudas surgidas durante esta etapa.

El estudio fue aprobado por el comité de Bioética de la facultad de Medicina y Psicología, clasificándolo como “Tipo I sin riesgo” de acuerdo con el artículo 12 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Los participantes que resultaron con tamizaje positivo fueron atendidos por un profesional de salud mental el cual oriento a los mismos sobre su probable diagnóstico y opciones de seguimiento.

VARIABLES

VARIABLES Sociodemográficas

Variable	Escala de Medición	Valores permitidos	Operacionalización
Edad	Razón	18-99	Número de años cumplidos al momento de la encuesta
Sexo	Nominal	Hombre Mujer Soltero Casado	Sexo biológico al que pertenece
Estado Civil.	Nominal	Divorciado Viudo Unión libre	Condición civil de las personas migrantes durante la aplicación de la encuesta.
Ingresos	Razón	Abierta Vendedor ambulante Trabajador de restaurante Empleado de ventas Trabajo de mantenimiento	Total de ingresos percibidos mensualmente
Ocupación	Nominal	Albañil Maquiladora, trabajo en fábrica Taller, mecánico Desempleado/buscando trabajo Otro	Determinada profesión o actividad productiva ya sea de bienes o servicios con la que una persona se gana la vida
Escolaridad	Ordinal	Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato/Preparatoria Universidad Posgrado	Máximo nivel de escolaridad alcanzado según el sistema de educación de Haití
Permanencia en Tijuana	Nominal	Si No	Deseo expreso de radicar permanentemente en la ciudad
Tiempo de estancia en Tijuana	Razón	Abierta	Tiempo desde que llego a la ciudad hasta la fecha de aplicación de cuestionario
Discriminación	Nominal	SI No	Percepción de discriminación en su estancia en Tijuana.
Violencia	Nominal	Si No	Experiencia de violencia física, sexual y/o emocional en durante su estancia en Tijuana

VARIABLES DE SALUD

Variable	Escala de medición	Valores permitidos	Operacionalización
Calidad de Vida	Ordinal	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Valoración personal de la calidad de vida, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras
Consumo de tabaco	Nominal	Si No	Se expresará en afirmativo o negativo según la declaración del sujeto de investigación.
Consumo de Alcohol	Nominal	Si No	Se expresará en afirmativo o negativo según la declaración del sujeto de investigación.
Uso de drogas	Nominal	Si No	Consumo de una determinada sustancia alguna vez.
Uso de condón	Ordinal	Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca	Frecuencia de uso de condón en sus relaciones sexuales
Número de Parejas Sexuales	Razón	Abierta	Número de personas diferentes con las que ha tenido algún acto sexual
Diabetes	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Hipertensión Arterial	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Asma	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Sífilis	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Gonorrea	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Vaginosis	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Tuberculosis	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
VIH	Nominal	Si No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud
Embarazo	Nominal	SI No	Antecedente de diagnóstico otorgado por un profesional de salud

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Escala de Medición	Valores Permitidos	Operacionalización
Depresión	Nominal	Sí No	Una puntuación mayor a 12 en el inventario de depresión Zanmi Lassante

INSTRUMENTO

El inventario de depresión Zanmi Lasante consta de 13 ítems con expresiones idiomáticas en Criollo, valorados en una escala de 0 al 3 que, con un puntaje mayor a 12 otorgan el diagnóstico de depresión con una sensibilidad de 87.5%, una especificidad de 52.9% y una alfa Cronbach de 0.89. La segunda parte del instrumento cuenta con ítems para variables sociodemográficas y de salud, disponible en español, francés y criollo. (Anexo 2)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La asociación entre Depresión y las variables de interés se estimó calculando razón de momios con sus IC 95% para variables categóricas dicotómicas, estableciendo significancia estadística con prueba de χ^2 de Pearson.

Para la comparación de la prevalencia entre diferentes poblaciones se utilizó prueba de z.

Las variables numéricas fueron analizadas comparando medias (si seguían una distribución normal) o medianas (variables con distribución diferente a la normal) y desviaciones estándar o rango intercuartílico entre los grupos, estableciéndose significancia estadística con la prueba t de Student o la U de Mann-Whitney para variables numéricas. Se consideró un α de 0.05.

Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística binaria con las variables que demostraron asociación significativa en el análisis bivariado. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

Análisis Univariado

Se aplicó el cuestionario a un total de 119 participantes:

Como se puede observar en la tabla 1 la muestra estuvo conformada por 107 (90%) hombres y 12 mujeres (10%) con un rango de edad 21 - 53 años, mediana de 31 años y rango intercuartílico de 3. En cuanto al estado civil 83 (70%) participantes reportaron estar solteros, 34 (29%) casados mientras, el resto divorciado o viudo.

Los participantes perciben un salario que va desde los 0 a los 8400 pesos mexicanos mensuales con una mediana de 3200 y rango intercuartílico de 3300, siendo la industria maquiladora y vendedores ambulantes la mayor proporción de ocupaciones en la muestra con 24(20%) y 26(22%) respectivamente. La escolaridad mediana fue 9 con un intervalo de 6 a 16 con rango intercuartílico 7 años de estudio, es decir, 61 (51%) participantes tienen el nivel de estudio equivalente a preparatoria.

Los resultados reflejan que 85 (71%) sujetos expresan su interés de permanencia en la ciudad. Se encontró que 95 (80%) de los sujetos participantes tiene más de 1 año de estancia en la ciudad de Tijuana, 9 (8%) manifestó haber tenido alguna experiencia de discriminación durante su estancia en Tijuana y 5 (4%) reportan experiencias de violencia (física, sexual y/o emocional).

En referencia a las variables de salud investigadas, como se puede observar en la tabla 2, se encontró que 19 (16%) reporta consumo de tabaco, 36 (30%) consumo de alcohol y 5 (4%) refieren haber consumido alguna vez algún tipo de droga. De los 5 (4%) que reportaron consumo de drogas; todos consumieron la marihuana y durante su estancia en la ciudad.

Con respecto a la actividad sexual: Se encontró una mediana de 3 parejas sexuales con rango intercuartílico de 3. Para el uso de condón; la frecuencia de Siempre 39 (32%), Casi siempre 25 (21%), a veces 22 (19%), Rara vez 19 (16%) y Nunca 14 (12%).

Sobre su percepción de calidad de vida: 13 (10.9%) la refieren como mala, 51(42.9%) regular, 34(28.6%) buena, 19(17%) muy buena o excelente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	107	90
	Mujer	12	10
Estado Civil.	Soltero	83	70
	Casado	34	29
	Separado	2	1
Ocupación	Desempleo	5	4.2
	Vendedor Ambulante	26	21.8
	Taller Mecánico	6	5
	Mesero	7	5.9
	Ventas	1	0.8
	Limpieza o mantenimiento	10	8.4
	Construcción	14	11.8
	Maquiladora	24	20.2
	Guardia de Seguridad	18	15.1
Escolaridad	Primaria	2	1.7
	Secundaria	50	42
	Bachillerato/Preparatoria	61	51.3
	Universidad	6	5
Deseo de permanencia en Tijuana		85	71
Estancia mayor a 1 año en Tijuana		95	80
Experiencia de discriminación en Tijuana		9	8
Experiencia de violencia en Tijuana		5	4

Se encontró diagnóstico previo en 5 (4.2%) para anemia y 4 (3.4%) participantes tanto para Diabetes como para Hipertensión Arterial. No se reportaron casos para el resto las enfermedades.

Respecto a la prevalencia de Depresión se encontró que 17.6% (IC 95%= 10.8-24.5) de la muestra reportó una puntuación mayor del punto de corte de la escala de depresión Zanmi Lassante

Tabla 2. Características de Salud de los participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Tabaco		19	16
Alcohol		36	30
Drogas		5	4
Consumo de drogas en Tijuana		5	4
Uso de condón	siempre	39	32
	Casi siempre	25	21
	A veces	22	19
	Rara vez	19	16
	Nunca	14	12
Calidad de Vida	Mala	13	10.9
	Regular	51	42.9
	Buena	19	17
	Muy Buena/Excelente	19	17
Anemia		5	4.2
Diabetes		4	3.4
Hipertensión Arterial		4	3.4

Al comparar las diferencias de prevalencia respecto a la población general de 4.1% según reportes de la OMS en 2017⁴⁵ y 9.1% de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2013³⁷, se encontró una prevalencia mayor para la población migrante de Haití ($z:6.918$ $p=0.00001$ y $z: 2.243$ $p= 0.0006$ respectivamente).

Análisis Bivariado

En la Tabla 3 se puede observar que se encontró mayor probabilidad de presentar depresión en los sujetos encuestados con hábito de tabaco RM: 5.73 (1.2-10.6, IC 95%), desempleados RM: 8:00(1.24-51.32, IC 95%), con experiencias de discriminación en Tijuana RM: 7.34 (1.77-30.30, IC 95%), percepción de mala calidad de vida RM: 8.53 (1.616-45.06) y aquellos con comorbilidad RM: 7.44 (2.01-27.46, IC 95%). Con menor probabilidad se encontró la decisión de permanencia en Tijuana (RM 0.217). Para las variables sexo, alcohol, experiencias de violencia, estado civil, tiempo de estancia en la ciudad y consumo de drogas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 3. Variables asociadas a Depresión en migrantes haitianos.

Variable Independiente	Depresión		Razón de Momios	IC (95%)	Valor de P
	Sí	No			
Sexo					
	Mujer	4	8	1	
	Hombre	17	90	3.5	0.20-1.3
Tabaco					
	No	14	86	1	
	Sí	7	12	3.58	1.2-10.6
Alcohol					
	No	12	71	1	
	Si	9	27	1.97	0.74-5.20
Permanencia en Tijuana					
	No	12	22	1	
	Si	9	76	.217	0.08-.58
Experiencias de discriminación					
	No	16	94	1	
	Sí	5	4	7.34	1.77-30.30
Experiencias de violencia					
	No	19	95	1	
	Sí	2	3	3.33	0.521-21.32
Uso de drogas					
	No	19	95	1	
	Sí	2	3	3.33	0.521-21.32
Desempleo					
	No	18	94	1	
	Si	3	2	8.00	1.24-51.32
Comorbilidad					
	No	15	93	1	
	Sí	6	5	7.44	2.01-27.46
Calidad de Vida					
	Excelente/Muy buena	3	16	1	
	Buena	6	28	1.143	0.251-5.204
	Regular	3	48	0.333	0.061-1.820
	Mala	8	5	8.53	1.616-45.061
Estado Civil					
	Soltero	11	72	1	
	Casado	9	25	.424	0.157-1.144
	Separado	1	1	.153	0.009-2.624
Tiempo de Estancia					
	Menos de 12 meses	16	79	1	
	Más de 12 meses	5	19	0.770	0.251-2.364

IC= intervalos de confianza

Análisis Multivariado

En la Tabla 4 se muestra el análisis multivariado con regresión logística binaria incluyó las variables desempleo, discriminación, permanencia en Tijuana, comorbilidad, consumo de tabaco y calidad de vida, manteniéndose la asociación observada entre la presencia de comorbilidad y depresión.

Tabla 4. Análisis multivariado con Regresión logística Binaria

Variable	Estimador	RM (95%)	Valor de P
Desempleo	.039	0.702(0.021-23.857)	0.844
Discriminación	.046	1.292(0.124-13.508)	0.830
Permanencia en Tijuana	3.20	.332(0.099-1.110)	0.073
Comorbilidad	5.286	9.953(1.404-70.577)	0.021
Consumo de Tabaco	3.681	3.832(0.971-15.112)	0.055
Mala Calidad de Vida	2.083	3.943(0.612-25.411)	0.149
Buena Calidad de Vida	0.161	1.386(0.281-6.836)	0.689
Regular Calidad de Vida	2.187	.250(0.040-1.570)	0.139
Constante	3.405		

RM: Razón de Momios

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la población Haitiana está representada en su mayoría por hombres de mediana edad, nivel educativo similar a la población mexicana, con buena salud en general y con estado civil soltero, características que coinciden con el perfil del migrante latinoamericano regular,⁴⁶ lo que permite suponer, salvo por el tamaño de la muestra, una representatividad de la población migrante.

La prevalencia de depresión se encontró en un 17.6% (IC 95%= 10.8-24.5), cifra que al comparar con lo que reporta la OMS⁴⁵ 4.1% (z: 6.918 p=0.00001) y Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2013³⁷ 9.1% (z: 2.243 p= 0.0006) para población mexicana resulta con una diferencia estadísticamente significativa. La prevalencia reportada por el estudio también es mayor a lo encontrado en el par de estudios disponibles en esta población^{27,28}. Suponemos que el hecho de estar a unos pasos de su diáspora principal y con agotamiento de recursos (emocionales y económicos) a lo largo de su trayecto, es un factor que probablemente, pueda contribuir al incremento de la prevalencia de depresión, al comparar la prevalencia con los estudios realizados en Brasil y Republica Dominicana antes citados.

Es de resaltar que una proporción importante de la muestra manifestó consumo de alcohol (30%) y tabaco (16%), cifras de interés, debido a sus implicaciones en el bienestar de los migrantes y la sociedad, ya que podrían contribuir al agravamiento de la depresión, con riesgo incrementado de suicidio⁴⁷.

Es relevante mencionar que el consumo de sustancias es un común denominador en la población migrante, particularmente en la región fronteriza⁴⁸. En el caso particular del consumo de tabaco, mostró asociación estadísticamente significativa con la depresión; en estudios previos se está documentada la relación entre tabaco y depresión⁴⁹, y que esto podría conllevar a la aparición enfermedades crónicas, y en comparación con los no fumadores, los fumadores tienen tasas más altas de episodios depresivos mayores y más síntomas depresivos.⁵⁰

De los factores estudiados se destaca, además del consumo de tabaco, la presencia de comorbilidad, la percepción de mala calidad de vida y el desempleo como factores de riesgo para depresión y, por otra parte, como factor protector la decisión de permanencia en Tijuana.

Este último, probablemente, sea un reflejo de la integración y adaptación social que han desarrollado los migrantes hacia la ciudad receptora, factores que han demostrado la contribución a mejorar el estado de salud mental de los migrantes y cuando estos factores no se dan tiende a incrementar la severidad de la depresión.⁵¹

Al comparar los resultados de este estudio con una revisión sistemática sobre los factores asociados a trastornos mentales comunes en diferentes estudios al nivel mundial coinciden con que la discriminación y el desempleo son factores que resultan perjudiciales para la salud mental del migrante, se diferencian de este estudio en la población estudiada, no se encontraron asociaciones para las variables de sexo, edad, ingreso económico, estado civil, estancia en país de acogida, sin embargo; no contempla variables como calidad de vida y consumo de sustancias (alcohol, drogas y tabaco).¹⁵

Los estudios disponibles en esta población demuestran la asociación de depresión con maltrato por habitantes de la ciudad receptora, migrar solo, síntomas de estrés postraumático, número de estresores pos migración, pobre acceso a servicios de salud, preocupaciones por la familia en el país de origen, dificultades para integrarse a la cultura en el país de acogida y discriminación étnica.^{27,28}

El rol de las ciudades receptoras de migración juega un papel importante en la salud de los migrantes,⁵² los resultados que asocian depresión a los factores como por ejemplo: desempleo, mala calidad de vida y discriminación podrían ser reflejo de la ineficiente intervención (ya documentada por el Colegio de la Frontera Norte⁸) de los actores gubernamentales entorno a la generación de política que permita el reconocimiento amigable por parte de la ciudad receptora y por otra parte, el desarrollo pleno de las personas en contexto de migración. En un estudio realizado en jóvenes migrantes mexicanos demostró que los migrantes enfrentan mayores desigualdades sociales durante el proceso de integración, y que esto se traduce en dificultades en la obtención de servicios de salud y una incrementada percepción propia de salud ineficiente.³²

Otro estudio encontró asociación entre el soporte social y consumo excesivo de alcohol y niveles de depresión.⁵³ Para una correcta atención de la situación a la se enfrenta la ciudad de Tijuana, debe tener en cuenta no solo a las personas en contexto de migración si no también, la percepción de sus propios habitantes.

Por otro lado, al igual que en la salud mental, en la salud física también influyen los procesos propios de la migración, que juntos hacen sinergia en ambos sentidos. En este estudio, se encontró una asociación entre Depresión y la presencia de comorbilidad, misma que al realizar el modelo de regresión logística, se mantiene estadísticamente significativa.

Está bien documentado, en la literatura internacional, que la presencia conjunta de Depresión y otros problemas de salud, ya sean físicos y/o mentales. Por ejemplo: Diabetes Mellitus⁵⁴, Hipotiroidismo⁵⁵, Obesidad⁵⁶, Enfermedades Inflammatorias⁵⁷, Asma⁵⁸, Síndrome de Colon Irritable⁵⁹, Cardiopatía Isquémica⁶⁰, Hipertensión Arterial⁶¹, Ansiedad⁶² y Demencia⁶³, y aunque dado las características de los estudios, no es posible determinar la secuencia temporal de los eventos, es decir; no está bien definido si la presencia de depresión es la causa, consecuencia o simple coincidencia, la presencia de ambos factores tiene una influencia bidireccional, la cual tiene sustento científico, pues está demostrado que estados depresivos promueven la liberación de sustancias pro inflamatorias como la interleucina 6 y hormonas como el cortisol, las cuales tienen un efecto deletéreo sobre el sistema inmunológico, el cual, al ser afectado, facilita la adquisición de nuevas patologías y favorece una tórpida evolución de las ya existentes⁶⁴.

Por otra parte, la depresión dificulta la adherencia a los regímenes de tratamiento interfiriendo así, en el pronóstico de enfermedades como Cáncer y la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).⁶⁵ y además, incrementan los costos en servicios de salud por sobreutilización de los servicios³⁶. Por consiguiente, independientemente de cuál sea la temporalidad causal del binomio depresión-comorbilidad, resulta de suma importancia generar intervenciones que corten con este ciclo vicioso, para así, obtener el ideal de salud biopsicosocial en las personas en contexto de migración.

Finalmente, haciendo un análisis general de los resultados, quisiéramos hacer el siguiente señalamiento: La ciudad de Tijuana ha vivido en los últimos años un problema multidimensional en la atención de la población migrante, ejemplo más representativo es “El bordo” del canal del Rio Tijuana, dos kilómetros desde la valla fronteriza hacia el este de la ciudad, lugar donde se han establecido históricamente los migrantes deportados sin recursos para reintegrarse a la sociedad.

En un estudio realizado en esta área se encontró que, se contabilizan alrededor 700 a 1000 personas, su mayoría hombres (96%), edad promedio de 40.8 años, niveles de escolaridad similares a la población Tijuanaense (24.3% con nivel de preparatoria), 52.4% habla inglés, la mayoría son

desempleados o se dedican al empleo informal y al menos 71% expresó haber consumido algún tipo de droga.⁶⁶

Otro estudio realizado en la misma población demostró que, 14.1% habían recibido algún diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, además, alrededor del 10% reporta algún indicador de ideación suicida.⁶⁷

Consideramos que bajo las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra la población haitiana, según los resultados de este estudio, y las similitudes que tiene la población del bordo con la población migrante haitiana, sería de suma importancia generar intervenciones de salud a fin de prevenir situaciones nocivas para el migrante y la sociedad receptora, como lo ha sido en el caso de Tijuana, “El Bordo” de la canalización.

CONCLUSIÓN

Este estudio exploró la prevalencia de depresión y algunos factores sociales y de salud asociados a este padecimiento en la población migrante de origen haitiano.

Los hallazgos reportan una mayor prevalencia de depresión asociado a, discriminación, la permanencia en Tijuana, mala calidad de vida, desempleo, consumo de tabaco y principalmente la presencia de comorbilidad.

Los resultados de este estudio demuestran la necesidad de intervenciones para la prevención y atención oportuna a este problema de salud pública, es decir, el binomio salud mental y migración, podrían ayudar a crear un ambiente de integración más amigable, tanto para la población receptora como la migrantes, y así, reforzar los efectos positivos de la migración.

Como en otros ámbitos de nuestra sociedad, la salud de personas en contexto de migración, desde una perspectiva de salud pública, debe ser planteada desde un enfoque multidisciplinario y dinámico, con base en estudios que permitan ofrecer respuestas serias y bien fundamentadas a las particularidades del proceso migratorio.

Se concluye que este estudio representa un primer acercamiento, a una población totalmente desconocida para la ciudad receptora, sentando algunas bases, para próximos estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. International Migration Report 2013. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. 2013.
2. Rodríguez E, Berumen S, Ramos LF. Migración centroamericana de tránsito irregular por México . Estimaciones y características generales . Apunt sobre Migr. 2011;1(1):1–8.
3. González GC. La migración centroamericana en su tránsito por México hacia los Estados Unidos. Alegatos - Rev Jurídica la Univ Autónoma Metrop. 2013;1(83):169–94.
4. Navarrete B. Factores explicativos de una oleada migratoria. El caso de Haití. Rev Ciencias Soc. 2015;21(1):97–107.
5. Tobías Metzner. La migración haitiana hacia Brasil: estudio en el país de origen. La migración haitiana hacia Brasil: Características, oportunidades y desafíos. 2015. p. 15–32.
6. Piacentini de Andrade Isabela. El borrador de la ley de migración de Brasil. Migr Forzadas Rev. 2015;1(49):36–7.
7. Goldstein A. Los condicionamientos de la prensa en la crisis política del segundo mandato de Dilma Rousseff. Rev Política Latinoam. 2015;1(1):36–44.
8. Albicker S, Félix CF, París D, Gabriel P-D, Velasco L. Emergencia migratoria y solidaridad de la sociedad civil en Tijuana, 2016-2017. 2018.
9. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises). Gac Médica Bilbao. 2009 ;106(4):122–33.
10. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. WHO Regional Office for Europe; 2015.
11. Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AM. Pre-migration and post-migration factors associated

with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(3):218–29.

12. Cabrera SA, Cruzado L. Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77(2):116–22.
13. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J, Health Evidence Network, World Health Organization. Regional Office for Europe. Public health aspects of migrant health : a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European region. 32 p.
14. Borges G, Medina-Mora M-E, Orozco R, Fleiz C, Cherpitel C, Breslau J. The Mexican migration to the United States and substance use in northern Mexico. *Addiction*. 2009;104(4):603–11.
15. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(1):45–58.
16. Barr A. Migration and Mental Disease—A Study of First Admissions to Hospitals for Mental Disease, New York, 1939–1941. By Benjamin Malzberg and Everett S. Lee New York Social Science Research Council (1956). *J Ment Sci*. 1956;102(428):627–9.
17. Odegaard O. Emigration and insanity. A study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *acta Psychiatr Neurol*. 1932;7:1–206.
18. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016;352:i1030.
19. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord*. 2007;97(1–3):229–39.
20. Salinero-Fort MA, Jiménez-García R, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Gómez-

- Campelo P. Common mental disorders in primary health care: differences between Latin American-born and Spanish-born residents in Madrid, Spain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(3):429–43.
21. Anikeeva O, Peng Bi, Hiller JE, Ryan P, Roder D, Han G-S. Review Paper: The Health Status of Migrants in Australia: A Review. *Asia Pacific J Public Heal* [Internet]. 2010 ;22(2):159–93.
 22. Levecque K, Van Rossem R. Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethn Health* [Internet]. 2015;20(1):49–65.
 23. Zhong B-L, Liu T-B, Chiu HFK, Chan SSM, Hu C-Y, Hu X-F, et al. Prevalence of psychological symptoms in contemporary Chinese rural-to-urban migrant workers: an exploratory meta-analysis of observational studies using the SCL-90-R. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(10):1569–81.
 24. Butler M, Warfa N, Khatib Y, Bhui K. Migration and common mental disorder: An improvement in mental health over time? *Int Rev Psychiatry.* 2015 ;27(1):51–63.
 25. Dawes SE, Suarez P, Vaida F, Marcotte TD, Atkinson JH, Grant I, et al. Demographic influences and suggested cut-scores for the Beck Depression Inventory in a non-clinical Spanish speaking population from the US-Mexico border region. *Int J Cult Ment Health.* 2010;3(1):34–42.
 26. Bojórquez I, Mejía S, Aguilera RM, Cerecero D, Albicker S. Problemas de salud mental en migrantes de retorno en situación de calle en Tijuana, Baja California. *Coyunt Demogr.* 2014;6:91–7.
 27. Kaiser BN, Keys HM, Foster J, Kohrt BA. Social stressors, social support, and mental health among Haitian migrants in the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Pública.* 2015;38:157–62.
 28. Brunnet AE, Bolaséll LT, Weber J LA, Kristensen CH. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *Int J*

Soc Psychiatry. 2018;64(1):17–25.

29. Evans-Lacko S, Knapp M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(11):1525–37.
30. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(5):602–12.
32. Castañeda N, Vargas Becerra P, Canales A. migración, vulnerabilidad y salud: los jóvenes mexicanos en estados unidos. in: migración y salud perspectivas sobre la población inmigrante. 2016. p. 23–37.
33. Vilar Peyr E, Eibenschutz Hartman C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *rev gerenc y políticas salus*. 2007;6(13):11–32.
34. García Campayo Javier CSC. Salud mental en inmigrantes : el nuevo desafío. *Salud Ment*. 2002;118(5):187–91.
35. Horyniak D, Melo J, Farrell R, Ojeda VD, Strathdee SA. Prevalence and risk factors for substance use among refugees, internally displaced people and asylum seekers: findings from a global systematic review. *Ann Glob Heal*. 2016;82(3):423–4.
36. Bock J-O, Luppá M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A, et al. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients--from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9(3):e91973.
37. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ, Wagner Director FA. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment*. 2012;3535(1):3–11.
38. Garcia MFM, Ramirez MG, Jariego IM. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001;13(4):605–10.
39. Garbey Burey RM. Estrategias migratorias en el tránsito de emigrantes haitianos hacia

Estados Unidos. *Huellas la Migr.* 2017 Jan 31;2(4).

40. Hovey JD, Magaña CG. Psychosocial predictors of anxiety among immigrant Mexican migrant farmworkers: Implications for prevention and treatment. *Cult Divers Ethn Minor Psychol.* 2002;8(3):274–89.
41. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S. [Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2008;58(3–4):109–22.
42. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs.* 20;31(1):111–21.
43. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país (Informe de la Secretaría). 2011.
44. Fazel M, Wheeler M, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet.* 2005;366(9497):1605.
45. Geneva:World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017.
46. Canales A. Los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos: Inserción laboral con exclusión social. In: *Panorama actual de las migraciones en América Latina.* 2006. p. 81–116.
47. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1–3):17–28.
48. Sanchez Huesca R, Arellanez Hernández J, Perez Isales V, Rodriguez Kuri S. Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Ment.* 2006;29(1):35–43.
49. Lerman C, Audrain J, Orleans CT, Boyd R, Gold K, Main D, et al. Investigation of

- mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. *Addict Behav.* 1996;21(1):9–19.
50. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. Smoking, Smoking Cessation, and Major Depression. *JAMA.* 1990;264(12):1546.
 51. Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, et al. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *Int J Soc Psychiatry.* 2017;63(8):708–16.
 52. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. I, García Ramírez M, Martínez García MF. Intervención psicosocial. *Intervención Psicosocial.* Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 1999
 53. Documet PI, Troyer MM, Macia L. Social Support, Health, and Health Care Access Among Latino Immigrant Men in an Emerging Community. *Heal Educ Behav.* 2018;1–9.
 54. Semenkovich K, Brown ME, Svrakic DM, Lustman PJ. Depression in type 2 diabetes mellitus: Prevalence, impact, and treatment. *Drugs .* 2015;75(6):577–87.
 55. Fugger G, Dold M, Bartova L, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, et al. Comorbid thyroid disease in patients with major depressive disorder - results from The European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). *European Neuropsychopharmacology.* 2018; (1)25-30.
 56. Zavala GA, Kolovos S, Chiarotto A, Bosmans JE, Campos M. Association between obesity and depressive symptoms in Mexican population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(6):639–46.
 57. Reddy A, Birur B, Shelton RC, Li L. Major Depressive Disorder Following Dermatomyositis: A Case Linking Depression with Inflammation. *Psychopharmacol Bull.* 2018;48(3):22–8.
 58. Gao Y, Zhao H, Zhang F, Gao Y, Shen P, Chen R, et al. The Relationship between Depression and Asthma: A Meta-Analysis of Prospective Studies. Katoh M, editor. *PLoS One.* 2015;10(7):e0132424.

59. Kochar B, Barnes EL, Long MD, Cushing KC, Galanko J, Martin CF, et al. Depression Is Associated With More Aggressive Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol*. 2017;113(1):80–5.
60. Ormel J, Von Korff M, Burger H, Scott K, Demyttenaere K, Huang Y, et al. Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(4):325–34.
61. Ginty AT, Carroll D, Roseboom TJ, Phillips AC, de Rooij SR. Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. *J Hum Hypertens*. 2013;27(3):187–90.
62. Tiller JWG. Depression and anxiety. *Med J Aust*. 2013;199(6):28-31.
63. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014;79(2):184–90.
64. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol*. 2002;53(1):83–107.
65. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KRR, et al. Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58(3):175–89.
66. Velasco Ortiz L, Albicker S. Estimación y caracterización de la población residente en “El Bordo” del canal del Río Tijuana. 2013.
67. Albicker S, Nevarez R, Velasco L, Coubès L. Informe Social de la Población Migrante y Desplazada en Tijuana y Mexicali. 2016 p. 1–18.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DE DEPRESION EN MIGRANTES HAITIANOS.

¿De qué trata el estudio?

La Universidad Autónoma de Baja California está realizando un estudio para conocer la prevalencia de depresión y características sociodemográficas, así como de salud asociadas, en migrantes haitianos en la ciudad de Tijuana.

¿Cuál será tu participación?

Tu participación consistirá en contestar 1 cuestionario anónimo y auto aplicable. La duración estimada para responder el cuestionario será de 15 minutos. Se te preguntará acerca de tu salud y condiciones de vida, además de un cuestionario empleado para detectar depresión.

¿Existe algún beneficio para mí si participo?

No hay beneficio directo para usted derivado de estos procedimientos. Sin embargo, los investigadores pueden encontrar información que será utilizada para ayudar a mejorar la promoción de salud que se dirigen a la población migrantes originaria de Haití. Los datos obtenidos podrían ser utilizados en manuscritos profesionales o discutidos en reuniones con otros investigadores o tomadores de decisiones interesados en la salud mental de los migrantes.

¿Cómo se manejará la información que se obtenga en este estudio?

- Toda información que se obtenga de los cuestionarios se maneja con normas estrictas de confidencialidad.
- Se garantiza que nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a los datos individuales tuyo y que cualquier resultado que se informe eliminará los datos que permitan identificar a cualquier participante en el estudio
- La información que pudieran llegar a conocer será exclusivamente sobre el total de las respuestas de los participantes

¿Me pagaran por mi información?

No, en este estudio no se contempla el pago por su participación

¿Existe algún riesgo si participo?

Se prevé que el riesgo de participar sería la posible incomodidad de responder con la verdad ante algunas preguntas. En caso de que resulte incomodo responder a alguna de las preguntas, será mejor

responder “no quiero contestar”, a dar una respuesta falsa. Tu participación es voluntaria y no habrá consecuencia negativa si tú decidieras dejar de participar en cualquier momento.

¿Qué hago si hay algo que no me queda claro?

Si tienes alguna duda sobre el desarrollo del proyecto, puedes comunicarte con los investigadores del proyecto: Dr. Israel de Alba Cruz en el correo electrónico *Israel.dealba@uabc.edu.mx*

Tijuana Baja California a _____ de _____ de 2017.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma del investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

ANEXO 2. INSTRUMENTO

PREVALENCIA DE DEPRESION EN MIGRANTES HAITIANOS.

PARA USO EXCLUSIVO DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
LUGAR _____
FECHA _____
HORA _____
PARTICIPANTE _____
CUESTIONARIO _____

¿Cuál es su sexo?

- Hombre
- Mujer

¿Cuántos años tiene?

¿Cuál es su estado civil?

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Unión libre

¿Cuántos meses tiene viviendo en Tijuana?

- 1-3 meses
- 4-6 meses
- 7-9 meses
- 10-12 meses
- Más de 12 meses

¿Cuántos años de escolaridad tiene?

¿Qué trabajo le da su principal fuente de ingreso?

- No tengo empleo (desempleado)
- Vendedor ambulante
- Taller mecánico
- Trabajador de restaurante
- Empleado de ventas
- Trabajo de limpieza o mantenimiento de edificio
- Albañil
- Maquiladora, trabajo en fábrica
- Atención por teléfono/servicios profesionales o administrativos
- Guardia de seguridad
- Otro

¿Cuál es su mejor estimación de todas sus ganancias el mes pasado?

_____ Cantidad en pesos mexicanos

¿Planea quedarse permanentemente en Tijuana?

- Sí
- No

¿Alguna vez ha sido deportado de los Estados Unidos?

- Sí
- No

¿Durante su estancia en Tijuana ha sufrido algún tipo de discriminación?

- Sí
- No

¿En su estancia en Tijuana ha sufrido de algún tipo de violencia (Física, sexual o Emocional)?

- Sí
- No

¿Consume Tabaco?

- Sí
- No

¿Consume Alcohol (ejemplo: vino, cerveza, tequila)?

- Sí
- No

¿Alguna vez, ha consumido drogas?

- Sí
- No (pase a la pregunta...)

¿Qué tipo de drogas ha consumido?

- Marihuana
- Cocaína
- Cristal
- Pastillas (diazepam)
- Heroína

Durante su estancia en Tijuana. ¿Ha consumido algún tipo de drogas?

- Sí
- No

En su vida como adulto, cuántas parejas sexuales diferentes ha tenido (proporcione su mejor estimación si no recuerda el número exacto) ?

- _____ # de compañeros sexuales
- No sabe
- Se niega a contestar

¿Pensando en sus parejas sexuales En su vida como adulto, eran...

- Todos hombres
- Todas mujeres
- En cierta medida tanto hombres como mujeres

- Más hombres que mujeres
- Más Mujeres que hombres
- Se niega a contestar

En promedio ¿con que frecuencia utiliza el condón cuando tiene relaciones sexuales con otra persona?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- No Sabe
- Se niega a contestar

Durante su estancia en Tijuana ¿Alguna vez ha recibido algo que usted necesitaba (dinero, drogas, alcohol, hospedaje, comida, transporte) a cambio de tener sexo (vaginal, anal, u oral)?

- Sí
- No
- Se niega a contestar

¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe
- Se niega a contestar

¿Alguna vez le ha dicho un doctor/enfermera que usted tiene esta enfermedad/condición?

Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Presión Alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Depresión	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

VIH-SIDA	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Sífilis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Clamidia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Gonorrea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Solo mujeres

Alguna vez en su vida ¿Le han hecho una prueba de Papanicolaou vaginal? Es la prueba que le hacen para detectar cáncer de la matriz.

- Sí
- No

¿Cuándo fue la última vez que se realizó Papanicolaou?

- Menos de 6 meses
- Más de 6 meses
- Más de 1 año
- Más de 5 años
- Nunca me he realizado uno.

¿En este momento está embarazada usted?

- Sí
- No
- No se

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN, POR FAVOR ENTREGUE EL CUESTIONARIO AL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN.

Inventario de depresión Zanmi Lasante

Pandan 15 jou ki sòt pase la yo, konbyen fwa yon nan pwoblém sa yo te fatige ou?	Konbyen fwa yon nan pwoblém sa yo di tou te fatige ou?	Pandan kék jou (1-5)	Plis pase yon semén (6-9)	Preske Chak jou (10-15 jou)
1. Santi ou de la la	0 _____	1	2	3
2. Santiké twóp	0 _____	1	2	3
3. Kalkile twóp	0 _____	1	2	3
4. Kriye oubyen anvi kriye	0 _____	1	2	3
5. Preske pa pran gou nan fé aktivite	0 _____	1	2	3
6. Santi ou kagou, dekouraje ak lavi, oubyen pedi espwa	0 _____	1	2	3
7. Gen difikilte pou dómi pran ou	0 _____	1	2	3
8. Santi ou fatige oubyen ou manke fós	0 _____	1	2	3
9. Ou pa gen apeti	0 _____	1	2	3
10. Ou santi lavi-w pase mal oubyen ou santi-w pa aléz ak tét-w	0 _____	1	2	3
11. Fé mouvman oubyen pale télman dousman, menm lót moun wé sa	0 _____	1	2	3
12. Ou di nan tét ou: pitou te mouri, oubyen ou gen lide poufé tét-w mal	0 _____	1	2	3
13. Gen difikilte pou dómi san-w pa reveye boné	0 _____	1	2	3