



Universidad Nacional

**SAN LUIS GONZAGA**



## [Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión"



"Factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de  
Medicina de la UNICA, 2021-2022"

Salud pública y conservación del medio ambiente

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

SOTO AURIS MARÍA VICTORIA

Ica, Perú

2022

## **DEDICATORIA**

A Dios, por concederme la vida, permitirme seguir aquí y haber llegado hasta esta etapa tan importante.

A mi madre María Agustina por su esfuerzo, aliento, apoyo y amor incondicional que me ha dado desde el primer momento que estuve en su vida.

Al recuerdo de mi padre Víctor Alejandro por darme la vida, por su cariño y palabras de aliento.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por todas las bendiciones que me ha dado, en especial el de permitir desarrollarme como profesional y lograr mis metas.

A mi madre por velar por mi bienestar y educación, motivándome constantemente para lograr mis metas.

A mi asesor por la orientación y disponibilidad como docente para la elaboración y ejecución de mi trabajo de investigación.

Agradezco por el apoyo y guía a mis maestros, compañeros y a mi Universidad Nacional San Luis Gonzaga De Ica, que me ha proporcionado diversos y valiosos conocimientos.

A los alumnos de medicina de la FMH DAC de la UNICA” que se dieron tiempo para llenar la encuesta y así hacer posible ejecutar mi tesis.

## ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....	14
III. RESULTADOS .....	17
IV. DISCUSIÓN.....	39
V. CONCLUSIONES.....	42
VI. RECOMENDACIONES .....	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
VIII. ANEXOS.....	48

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01 Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	17
TABLA 02 Características descriptivas del factor demográfico de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021 -2022.....	18
TABLA 03 Características descriptivas del factor psicosocial de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	20
TABLA 04 Características descriptivas del factor alimenticio de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021 - 2022.....	21
TABLA 05 Factores demográficos asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021 – 2022.....	23
TABLA 06 Factores psicosociales asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	27
TABLA 07 Factores alimenticios asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	29
TABLA 08 Prueba de Chi-cuadrado de factores asociados con la migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021- 2022.....	38

## ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO 01 Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022. ....	17
GRÁFICO 02 Características descriptivas del factor demográfico de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	19
GRÁFICO 03 Características descriptivas del factor psicosocial de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	20
GRÁFICO 04 Características descriptivas del factor alimenticio de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	22
GRÁFICAS 05 Factores demográficos asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	24
GRÁFICO 06 Factores psicosociales asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	28
GRÁFICO 07 Factores alimenticios asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.....	30



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

**Material y método:** Se usó un enfoque cuantitativo, de tipo relacional con un diseño observacional, no experimental de corte transversal. Se consideró una muestra probabilística de 170 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, a través de la técnica de la encuesta, con una detección autoadministrada de la migraña, empleando el ALCOI-95, así como cuestionario de elaboración propia validados y con una alta confiabilidad.

**Resultados:** La prevalencia de migraña fue de 64.7%; siendo mayor en estudiantes en edad 19-21 años (69.2%), sexo femenino (76.8%), y cursaban I-VI ciclo (71.2%), factores psicosociales: ansiedad (72.4%), estrés (81.5%), depresión (78.2%) y factores alimenticios, consumo elevado de grasas (64.8%), enlatados (64.8%), tuvieron mayor prevalencia de migraña. Se asociaron estadísticamente con migraña los factores: demográficos (género, tenencia de hijos); psicosociales (depresión, ansiedad, estrés) y alimenticios (consumo de grasas) fue menor al valor de significancia teórica  $\alpha = 0,05$ .

**Conclusión:** Existen factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022, los cuales fueron el género, tenencia de hijos, ansiedad, depresión, estrés, sufrir de alguna enfermedad, la automedicación y el consumo de grasas.

**Palabras claves:** migraña, factores, estudiantes universitarios.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with the prevalence of migraine in UNICA medical students, 2021-2022.

**Material and method:** A quantitative, relational-type approach with an observational, non-experimental cross-sectional design was used. A probabilistic sample of 170 students from the Faculty of Medicine of the San Luis Gonzaga National University of Ica was considered, through the survey technique, with a self-administered detection of migraine, using the ALCOI-95, as well as a questionnaire of Own elaboration validated and with a high reliability.

**Results:** The prevalence of migraine was 64.7%; being higher in students aged 19-21 years (69.2%), female (76.8%), and enrolled in the I-VI cycle (71.2%), psychosocial factors: anxiety (72.4%), stress (81.5%), depression (78.2%) and food factors, high fat intake (64.8%), canned food (64.8%), had a higher prevalence of migraine. The following factors were statistically associated with migraine: demographic (gender, having children); psychosocial (depression, anxiety, stress) and nutritional (fat consumption) was lower than the theoretical significance value  $\alpha = 0.05$ .

**Conclusion:** There are factors associated with the prevalence of migraine in UNICA medical students, 2021-2022, which were gender, having children, anxiety, depression, stress, suffering from some disease, self-medication and fat consumption.

**Keywords:** migraine, factors, university students.

## I. INTRODUCCIÓN

La migraña es una afección común asociada con un deterioro de la función física y psicológica. Se ha estimado que la prevalencia global de migraña es del 11% en general (13% en mujeres y 6% en hombres), con mayor incidencia en la mediana edad. Se cree que la susceptibilidad a la migraña es multifactorial, con factores genéticos hormonales y ambientales que juegan un papel importante. Si bien la investigación existente proporciona algunas pruebas preliminares del papel de una serie de factores biopsicosociales como comórbidos o predictores potenciales de la migraña, existen varios obstáculos que impiden una comprensión integral de cómo estos factores están relacionados con la migraña. En primer lugar, todos los estudios publicados hasta la fecha han incluido diferentes conjuntos de predictores y variables de control, lo que dificulta la comparación directa entre los estudios. En segundo lugar, la definición de migraña y cómo se ha evaluado varía de un estudio a otro, algunos estudios utilizaron preguntas de cribado simples y otros utilizaron un procedimiento más completo siguiendo las sugerencias de la International Headache Society. En tercer lugar, algunos estudios han incluido participantes con dolores de cabeza recurrentes y migraña. Finalmente, la mayoría de los estudios han pasado por alto los efectos moderadores que algunas variables pueden tener al aumentar o disminuir la fuerza de las asociaciones entre los predictores y la migraña. Todos estos factores podrían explicar las diferentes estimaciones encontradas con respecto a la asociación entre las variables probadas y la migraña.

**Entre los Antecedentes internacionales**, la investigación realizada por Kourosh Z, et al denominada como “Epidemiología y factores asociados de la migraña entre estudiantes de medicina” el cual tuvo como objetivo investigar la incidencia de la migraña y los factores asociados a ella entre los estudiantes de medicina. Siendo un estudio descriptivo, transversal. Con una muestra de 390 sujetos que fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional. Para ello utilizaron un cuestionario que fue diseñado de acuerdo con los criterios de los estándares internacionales de cefalea, en el estudio habían experimentado dolor de cabeza (81,53%). Solo respondieron 318 sujetos de los cuales 27 sujetos (6,9%) padecían migraña, incluido el 77,8% mujeres y el 22,2% hombres. La complicación más común de la migraña es el mareo en un 17,2%. Los factores que intensifican las migrañas incluían estrés (63%), luz solar o fluorescente (55,6%), ruido fuerte (48,1%), fatiga (77,8%) y sobrecalentamiento (51,9%). Entre los factores que inciden en la intensificación de las migrañas se identificaron también el estrés, la luz solar, el ruido, la fatiga, el calor, la menstruación en las mujeres, el exceso de trabajo, el sueño

tardío en la noche y algunos alimentos como el pescado, cafeína, pimienta, grasas y frituras como factores alimentarios que intensifican las migrañas(1).

Xiao, Gu y Yaojie Xie, denominada “Ataques de migraña entre estudiantes de medicina en la Universidad de Soochow, sureste de China”, tuvo como objetivo investigar la prevalencia de la migraña en una muestra de estudiantes universitarios de medicina en China y examinar las características y los factores desencadenantes típicos de la migraña entre estos estudiantes. Considerándose un total de 1.060 estudiantes elegidos mediante un muestreo aleatorio estratificado. Para recopilar datos se utilizó un cuestionario autoadministrado. En total, 986 estudiantes completaron el cuestionario. Los resultados mostraron que la prevalencia general de migraña entre los estudiantes fue del 7,91%, con un 4,64% en hombres y un 9,84% en mujeres. Los estudiantes de primer grado tuvieron una mayor prevalencia de migraña que los estudiantes de último año (prevalencia de migraña de estudiantes de primer año a quinto año: 10,83%, 8,9% frente a 6,25%, 4,42%, 5,33%,  $P < 0,05$ ; prevalencia de migraña del año 1 a graduados del año 3: 9,68%, 9,71% frente a 6,38%,  $P < 0,05$ ). Los estudiantes con antecedentes familiares positivos tenían más probabilidades de sufrir migraña que los que no la tenían (OR = 8,48, IC del 95%: 4,33–16,59). El estrés ( $n = 73$ , 93,59%), la falta de sueño ( $n = 72$ , 92,31%) y el cambio de horario de sueño ( $n = 68$ , 87,18%) fueron los tres principales factores desencadenantes entre los estudiantes(2).

El estudio realizado por Shimonov S, en Lituania durante el 2019 tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre la gravedad de la ansiedad y los síntomas depresivos y las características del dolor de cabeza entre estudiantes de Medicina. Los participantes en este estudio fueron 191 estudiantes. Se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión. Se obtuvo que la mayoría de los participantes del estudio sufrieron de dolor de cabeza (86%), más del 37,4% informó síntomas no constantes de dolor de cabeza, pero el período de más de 6 meses no constante. El dolor de cabeza que comenzó antes de los 18 años fue el más común (78,2%). La escala de gravedad más común de cefalea fue 5-7 (60%). El 82,6% de los que padecían cefalea eran mujeres. La evaluación con escala HAD mostró que la mayoría de los estudiantes refirieron síntomas de ansiedad de leve a moderada (59,2%); no tenían síntomas depresivos (64,8%) o informaron síntomas depresivos leves a moderados (34,5%). Las relaciones entre el consumo de alcohol y la menor gravedad de los síntomas depresivos; las relaciones entre mayor severidad de ansiedad y mayor severidad de síntomas depresivos (P6 meses mayormente relacionados con el género femenino ( $p = 0.004$ ), con mayor ansiedad ( $p = 0.018$ ), período de menstruación ( $p = 0.018$ ) y sueño irregular ( $p = 0.044$ ). La mayor gravedad de los síntomas de ansiedad se relacionó con el sexo femenino, los síntomas de mayor intensidad de los dolores de cabeza, la duración del dolor de cabeza más de 6 meses y la depresión más severa cinco síntomas(3).

El estudio realizado por Panigrahi A, Kumar B, Nath Nibir en la India durante el 2020 tuvo como objetivo determinar la prevalencia, patrón, factores psicosociales asociados y comportamiento de búsqueda de tratamiento frente al dolor de cabeza entre los estudiantes de la profesión de la salud. El estudio fue transversal con una muestra de 339 estudiantes de ciencias de la salud médica, dental y de enfermería. Se utilizó un cuestionario semiestructurado para recopilar toda la información relevante. La prevalencia de cefalea al año fue del 73,1%, de los cuales la migraña y la cefalea tensional fueron del 33,3% y el 19,2% respectivamente. En la mayoría (93,2%) de los estudiantes, la intensidad del dolor fue de leve a moderada. Más de un tercio (37,1%) de los estudiantes informó que el dolor de cabeza estaba afectando sus actividades familiares, sociales y de ocio con un impacto moderado-severo que indica una alta necesidad de atención médica. El análisis de regresión logística reveló que el sexo femenino (OR ajustado: 2,67), problema para conciliar el sueño (OR ajustado: 2,86), problema para permanecer dormido (OR ajustado: 11,11), consumo de refrescos (OR ajustado: 2,22) y auto insatisfacción con la propia salud (OR ajustado: 1,89) se asoció significativamente con el dolor de cabeza(4).

El estudio realizado por Elena L, et al., denominado “Factores psicosociales asociados a la migraña y la cefalea tensional en estudiantes de medicina” con una población de estudio de 1042 estudiantes (719 mujeres, 323 hombres, edad media 20,6, rango 17-40). Varios factores se asociaron significativamente con la migraña y la cefalea tensional en el análisis univariado. En el análisis multivariado, dos factores psicosociales se asociaron de forma estadísticamente significativa con la migraña en todos los estudiantes: irritabilidad (OR 2,2, IC del 95% 1,4-3,6) y exceso de trabajo (OR 2,2, IC del 95% 1,4-3,5). El insomnio (2,7; IC del 95%: 1,1 a 6,9) y el estado de ánimo depresivo (OR 2,1; IC del 95%: 1,1 a 4,2) se asociaron con migraña sólo en mujeres. Dos factores psicosociales se asociaron con la CT: insatisfacción con el estudio en hombres (OR 2,0, IC del 95%: 1,0–3,8) y estado de ánimo depresivo en las mujeres (OR 1,8, IC del 95%: 1,0–3,5). Los factores psicosociales del ámbito personal mostraron asociación significativa con migraña y CT en estudiantes. Por lo tanto, estos factores deberían ser los principales objetivos de los esfuerzos preventivos para reducir la prevalencia de los trastornos de cefalea primaria en los estudiantes(5).

**Para los Antecedentes nacionales,** la investigación realizada por Arrayán P durante el 2016 denominada “Frecuencia de migraña y grado de discapacidad ocasionada en estudiantes de medicina humana y su relación con la complejidad de las asignaturas cursadas, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016” teniendo como muestra a 237 estudiantes del primer al sexto año utilizando un cuestionario compuesto por cuatro partes; la primera referida a datos generales, la segunda medía la complejidad de las asignaturas, la tercera compuesta por la escala de MS-Q y el cuestionario MIDAS para observar la discapacidad de migraña. Obteniendo donde

el 16,5% tenía migraña con mayor predisposición para el sexo femenino. Una mayor discapacidad en los sujetos con migraña. A pesar de ello no se encontró asociación significativa(6).

El estudio realizado por Nicho C, durante el 2021, tuvo como objetivo determinar la relación entre el desarrollo laboral y profesional y la cefalea tensional y migraña en los pacientes adultos de 18 a 50 años de edad atendidos en un consultorio externo de Neurología de Tacna en el periodo 2019-2021. Utilizando un estudio relacional, analítico, prospectivo, de corte transversal; participando 30 pacientes, obteniendo una presencia de cefalea tensional en el 56,67% de la población, la migraña en el 43,33%, siendo migraña sin aura el 76,92% de estas, además el 66.3% de pacientes tenía estudios superiores técnicos o universitarios; no se encontró relación entre la edad y los diagnósticos; el impacto que se ocasionó por la cefalea fue muy severo en el 64,71% de pacientes con cefalea tensional y un 69,23% de pacientes con migraña y no se encontró asociación estadística entre las variables estudiadas; asimismo, el 69,23%. de los pacientes con migraña tenían una discapacidad generada entre moderada y grave(7).

La investigación realizado por Ayala S, durante el 2016 titulada “Determinar la prevalencia y nivel de discapacidad de migraña en estudiantes de medicina, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2015” Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, según Altman; Trabajaron con 600 estudiantes del primer al sexto año al que se aplicó una ficha de recolección de datos que constó de tres partes; datos generales y factores asociadas a migraña, con la escala de MS-Q para ver la prevalencia de migraña y el cuestionario MIDAS para observar el nivel de discapacidad causado por la migraña. Se encontró que 55,83% fueron mujeres, con 21.4 años de edad promedio. Obteniendo una prevalencia de migraña de 15,83%; además un 19.32% padecieron de migraña, se encontró mayor predisposición para el sexo femenino con un rango de edad de 20 a 24 años. El nivel de discapacidad fue de grado III con un 50.53%, en relación al sexo femenino(8).

### **En cuanto a Antecedentes locales**

Se realizó una revisión exhaustiva a nivel de los repositorios nacionales y de la base de datos de RENATI, no encontrando documentos digitales en relación al presente estudio.

**Nuestro sustento teórico y los enfoques conceptuales** para esta investigación son las Siguietes:

### **Aspectos históricos**

El dolor de cabeza se conoce desde hace aproximadamente 6.000 años, aunque no está claro qué tipo de dolor de cabeza. La migraña, de hecho, la construcción más moderna de la migraña crónica, puede reconocerse fácilmente en el trabajo de Willis en el siglo XVII. El debate sobre la fisiopatología de la migraña se ha centrado en gran medida en los mecanismos neurales o vasculares que pueden estar implicados en la activación y conducción de los ataques. Los

argumentos han existido durante varios siglos y han cambiado un poco. Históricamente, hace casi 150 años ambos parecían prevalentes, Edward Liveing pensaba que la migraña era un trastorno del cerebro. En su famoso texto describe la migraña como el resultado de una "tormenta nerviosa, una tendencia heredada a la descarga de la fuerza nerviosa, una convulsión neuronal ". Al mismo tiempo, Peter Wallwork Latham dio una conferencia, describiendo el probable origen de la migraña a través de la vasodilatación, provocada, curiosamente, por el aura; ambas teorías han sido revisadas en contexto histórico(9). Latham usó observaciones experimentales en su laboratorio y desencadenantes de migraña para demostrar su teoría, y podría ser considerado un pionero de alguna manera.

Los estudios de Wolff y colegas en la década de 1940 sobre los vasos sanguíneos craneales en pacientes conscientes revisaron la idea de que la migraña probablemente sea un trastorno vascular. La teoría de que el dolor de la migraña se debe a una inflamación estéril de las meninges durales causada por la activación antidrómica del nervio trigémino evolucionó. Sin embargo, el espectacular fracaso de hasta 10 compuestos que estaban activos en el modelo preclínico de inflamación neurogénica dural ha arrojado considerables dudas sobre el concepto. La descripción de los efectos puramente neurales del sumatriptán, como los que afectan a las neuronas durovasculares nociceptivas del complejo trigeminocervical, inició un renacimiento del pensamiento sobre la migraña y su tratamiento principalmente como una construcción neural(10).

### **Clasificación y diagnóstico**

La Clasificación Internacional de Trastornos del Dolor de Cabeza (ICHD) sigue siendo un recurso invaluable para los criterios para el diagnóstico de la migraña. La evolución de este sistema de clasificación refleja una comprensión cada vez mayor de la heterogeneidad de los trastornos de cefalea y sus presentaciones clínicas variables. Se han realizado varias revisiones importantes con respecto al diagnóstico de migraña en la versión más reciente de la ICHD (ICHD-3 beta4). Por ejemplo, utilizando los criterios de la ICHD-2, los pacientes debían tener 15 días de dolor de cabeza por migraña por mes en ausencia de uso excesivo de medicamentos para recibir un diagnóstico de migraña crónica. ICHD-3 beta ahora especifica que los pacientes deben tener 15 días de dolor de cabeza por mes, pero las características asociadas con la migraña son necesarias en solo 8 de estos 15 días de dolor de cabeza, y que el uso excesivo de medicamentos puede existir simultáneamente con un diagnóstico de migraña crónica. Este análisis de los días de dolor de cabeza con o sin características de migraña ilustra cómo el diagnóstico de migraña puede confundirse por la variabilidad de las características de ataque de una persona a otra y de un ataque a otro en el mismo individuo.<sup>5,6</sup> Los pacientes con migraña comúnmente informan que tienen más de un tipo de dolor de cabeza, y cada tipo tiene características clínicas considerablemente diferentes. Por ejemplo, el registro prospectivo de síntomas indica que la aparición de síntomas

premonitorios, náuseas y aura puede ser muy variable en un individuo.<sup>5,6</sup> El uso excesivo de medicamentos puede introducir una variabilidad adicional, y aproximadamente el 50% de los pacientes con migraña crónica revierten a migraña episódica. después de la retirada del fármaco.<sup>7</sup> Los ataques de migraña individuales con diferentes características clínicas pueden responder de manera diferente a las terapias agudas o preventivas; <sup>8</sup> por lo tanto, registrar tal variabilidad en las características clínicas y el uso de medicamentos podría ser particularmente importante en el análisis de datos de ensayos clínicos en los que los síntomas de náuseas o aura son las características definitorias de los ataques de migraña, así como en los estudios epidemiológicos en los que se clasifica a los pacientes con un solo diagnóstico (como migraña con aura versus sin aura, o migraña crónica versus cefalea por uso excesivo de medicamentos). El desarrollo de biomarcadores genéticos, bioquímicos y de imágenes podría, en combinación con la caracterización detallada de las características clínicas, conducir a un diagnóstico más preciso de migraña y una mejor capacidad para predecir la respuesta de un paciente individual a diferentes terapias.

### **Manifestaciones clínicas**

La migraña es un trastorno complejo y multifacético del cerebro que en su totalidad puede durar varios días. La migraña se ha diseccionado clásicamente en cuatro fases: las fases premonitorias, aura, dolor de cabeza y posdromo. Estos pueden ocurrir en un orden secuencial lineal, pero en la mayoría de los casos las fases de la migraña muestran una superposición significativa, de modo que el orden lineal es atractivo y engañoso en su simplicidad. Si bien trataremos de diseccionar la fisiopatología de la sintomatología en etapas, es importante reconocer que algunos síntomas, como el cansancio o la alteración de la concentración, pueden concurrir a todas las fases. En realidad, solo el dolor de cabeza, por su ausencia o presencia, se marca<sup>(11)</sup>.

### **A. Clasificación internacional de trastornos del dolor de cabeza**

La Clasificación Internacional de Trastornos de Cefalea (ICHD), una valiosa herramienta para el diagnóstico estandarizado de los trastornos de cefalea primaria y secundaria, que ahora está disponible en su tercera edición (ICHD-3, resumida) se puede observar en el anexo 05.

Desde la primera hasta la segunda, condujo a una mejora significativa en la precisión del diagnóstico y a una investigación preclínica y clínica mejorada y enfocada, en particular ensayos clínicos, de una manera sin precedentes. Sin embargo, dado su objetivo de definir el cuadro clínico para su uso en un entorno clínico, se centra en las fases de cefalea y aura, ya que se caracterizan por síntomas incapacitantes que habitualmente requieren intervención médica. Su debilidad es la dependencia excesiva de un enfoque politético en el que existe un amplio conjunto de criterios sin que uno u otro sea necesario o suficiente. Esto contrasta con un enfoque monotético en el que



algunas o todas las partes son necesarias y suficientes. El conflicto tiene validez aparente para los médicos; sigue siendo un problema sin resolver. El impacto en la fisiología es donde los síntomas de la migraña, como la osmofobia, no se mencionan porque no suelen ser “necesarios” por un abordaje politético, lo que puede dejarlos menos estudiados. En la revisión, nuestro objetivo es capturar la mayor parte de la fisiopatología como sea posible, y seremos inclusivos cuando sea posible, en cuanto a los síntomas, y usaremos el concepto de fases, por más limitadas que sean en un trastorno que a menudo está marcado por un continuo.

## **B. Síntomas premonitorios**

La mayoría de los que sufren de migraña experimentan una variedad de síntomas premonitorios mucho antes de que se inicie el típico dolor de cabeza por migraña. A pesar de estar descrita en la literatura durante décadas, su relevancia fisiopatológica y sus implicaciones clínicas se han descuidado en gran medida(12). Los síntomas premonitorios de un ataque de migraña, que pueden preceder a la fase de dolor de cabeza hasta en 72 h, incluyen cambios en el estado de ánimo y la actividad, irritabilidad, fatiga, antojos de comida, bostezos repetidos, rigidez en el cuello y fonofobia. Estos síntomas pueden perdurar hasta bien entrada el aura, el dolor de cabeza e incluso las fases posdrómicas (13). La ICHD-3beta actual excluye la existencia de síntomas premonitorios dentro de las 2 h del inicio de la cefalea; esto claramente no tiene una base lógica y necesita atención. Adoptamos la definición anterior de los síntomas que comienzan en cualquier momento antes del dolor de cabeza. La consistencia de estos síntomas permite a algunos pacientes predecir de manera confiable sus ataques de migraña. El hecho de que estos síntomas sean en gran medida de origen hipotalámico y los estudios de imagen que utilizan H<sub>2</sub>O PET muestran un aumento del flujo sanguíneo hipotalámico durante la presencia de síntomas premonitorios sugiere un papel destacado del hipotálamo en las primeras etapas de la enfermedad y ataque(14).

Curiosamente, muchos de los factores desencadenantes descritos por los migrañosos, como por ejemplo la falta de sueño, el hambre o la luz brillante, pueden de hecho representar síntomas premonitorios de un ataque ya en curso. Esta relación explica por qué las observaciones en los estudios clínicos que tenían como objetivo identificar y validar prospectivamente los factores desencadenantes de la migraña comúnmente difieren de los hallazgos obtenidos de los estudios basados en cuestionarios en los que los pacientes simplemente describen su propia percepción de los factores que desencadenan sus ataques de migraña(15).

## **C. Fase de aura**

Aproximadamente un tercio de los migrañosos experimentan déficits neurológicos transitorios, el aura de la migraña, en el contexto de sus ataques de migraña. La ICHD-3 define el aura migrañosa como uno o más déficits neurológicos transitorios, totalmente reversibles, de los cuales al menos

uno debe tener una localización unilateral, que se desarrollan a lo largo de 5 min o más y de los cuales cada déficit dura entre 5 y 60 min. El trabajo de un estudio de diario prospectivo detallado ha demostrado que el 26% de los pacientes tienen al menos una de las tres auras que dura más de una hora(16). Esto llama la atención sobre el problema politético, ya que la investigación del aura que dura más de una hora sería un gran desperdicio de recursos. El cinco por ciento de las auras tienen más de 4 h, por lo que tal vez sea un límite útil. Mientras que un aura visual, que puede mostrar positivo (espectros de fortificación), negativo (escotoma), o ambos fenómenos, se encuentra en más del 90% de los casos, y el aura deficitaria más común, sensorial, motora, del habla, tronco encefálico y retiniana también pueden aparecer síntomas. Los síntomas del aura pueden preceder a la fase de dolor de cabeza, pero pueden durar hasta bien entrada la fase de dolor de cabeza o incluso iniciarse durante la fase de dolor de cabeza. En contraste con la creencia común de que las fases del aura y el dolor de cabeza siguen un orden secuencial, estudios recientes han demostrado que la superposición de estas fases es muy común en lugar de ser la excepción. En los pacientes que padecen síntomas de aura motora, como la migraña hemipléjica, los síntomas del aura suelen tener una duración más prolongada y pueden durar hasta 72 h. En estos casos graves de aura migrañosa, los déficits suelen coexistir con la migraña(17). Sorprendentemente, los fenómenos positivos en el aura hemipléjica son muy inusuales; uno podría predecir sacudidas antes de la debilidad si invariablemente hubiera una despolarización inicial. Dado que esa no es la regla, la fenomenología clínica insiste en que uno mantenga la mente abierta sobre la fisiopatología del aura de la migraña en el futuro.

#### **D. Fase de dolor de cabeza**

En la última edición de la ICHD-3, la migraña se define como los ataques de cefalea que duran entre 4 y 72 h que se acompañan de náuseas, fotofobia y fonofobia, o ambas. La cefalea se caracteriza por ser unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa y agravada por la actividad física; dos de estas características son suficientes para cumplir los criterios diagnósticos. En comparación con las ediciones anteriores, la ICHD-3 distingue la migraña crónica, que ocurre 15 o más días al mes, de la migraña episódica de una manera más práctica, basándose en la definición del apéndice. No está claro si la distinción tiene utilidad tal como está, es decir, si el límite de 15 días es apropiado. Hasta el momento, la distinción no ha ofrecido conocimientos fisiológicos innovadores(18).

#### **E. Postdromo**

La fase postdromo se ha descuidado en gran medida y ni siquiera se define en el glosario de términos de ICHD-3beta. Los hallazgos de los pocos estudios que se han centrado en esta última fase de un ataque de migraña indican que sus síntomas característicos reflejan los observados durante la fase premonitoria. En un estudio prospectivo y sistemático de un diario electrónico, los

síntomas típicos del posdromo incluyen cansancio, dificultades para concentrarse y rigidez del cuello. No está claro si estos síntomas se inician en la fase premonitoria y persisten a lo largo de la fase de cefalea hasta la fase posdrómica, si también pueden iniciarse durante la fase de cefalea, o incluso aparecer una vez finalizada la fase de cefalea. Los migrañosos comúnmente relacionan los síntomas de la fase posdrómica con el medicamento que eliminó con éxito su dolor de cabeza, lo que indica que estos síntomas aparecen o reaparecen después de que la fase del dolor de cabeza ha terminado, mientras que parecen desempeñar un papel insignificante durante la fase del dolor de cabeza. Sin embargo, un metanálisis de un programa de ensayo clínico reveló que los síntomas posdrómicos se observan en el brazo de placebo de manera más prominente cuando se alivia el dolor(19).

### **Comorbilidades psiquiátricas asociadas con la migraña**

#### Depresión

La depresión es una de las comorbilidades psiquiátricas más comunes en pacientes con migraña. Tres estudios diferentes encontraron que los pacientes tienen 2,5 veces más probabilidades de sufrir depresión en comparación con los que no sufren de migraña.

La asociación entre la migraña y el trastorno depresivo mayor es aún más fuerte para los pacientes con MC y para los pacientes que tienen migraña con aura. La relación entre migraña y depresión parece ser bidireccional.

No existe evidencia actual de que un mejor control de la depresión ayude a controlar las migrañas. Sin embargo, es importante identificar y tratar la depresión en pacientes con migraña porque es un predictor significativo de la cronificación de la migraña. Además, los migrañosos que sufren depresión tienen más probabilidades de ser refractarios a los tratamientos para la migraña y de sufrir un uso excesivo de medicamentos y una discapacidad(20).

La eficacia de los antidepresivos tricíclicos en la prevención de la migraña sugiere un mecanismo causal compartido para la depresión y la migraña. Las hipótesis actuales para explicar este mecanismo causal compartido incluyen la disfunción serotoninérgica, las influencias hormonales y la sensibilización de las redes neuronales sensoriales y emocionales(21).

#### Dietas para la migraña

Se ha propuesto que varios tipos de dietas son beneficiosas para la migraña. Muchas de estas dietas no se basan en mecanismos o pruebas, pero se ha propuesto que actúan a través de una variedad de mecanismos; por ejemplo, actúa sobre la disfunción serotoninérgica, la excitabilidad neuronal, la presencia y concentración de sustancias con un papel en la patogénesis de la migraña (como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), el óxido nítrico (NO), la

adiponectina y la leptina), la función mitocondrial del cerebro , neuroinflamación, función hipotalámica y agregación plaquetaria. La justificación también debe considerar los trastornos comórbidos subyacentes o incluso los subtipos de migraña (p. Ej., Migraña con aura). Para alcanzar la respuesta óptima, podría ser útil considerar dietas de eficacia probada o una combinación de intervenciones dietéticas(22).

Una revisión de la literatura reciente encontró que las dietas cetogénicas, altas en folato, bajas en grasas, Atkins modificadas y altas en omega-3 / bajas en omega-6 demostraron efectos beneficiosos. También se ha mencionado la dieta mediterránea, pero con menos datos disponibles. Se han propuesto dietas cetogénicas y Atkins modificadas para promover la neuro protección, mejorar la función mitocondrial, compensar la disfunción serotoninérgica, disminuir los niveles del gen de la calcitonina y suprimir la neuro inflamación(23). Las dietas cetogénicas conducen a la elevación de los cuerpos cetónicos, que recientemente se ha descubierto que son beneficiosos para la prevención de la migraña. Los cuerpos cetónicos actúan sobre el funcionamiento mitocondrial, el estrés oxidativo, la excitabilidad cerebral, la inflamación y el microbioma intestinal. Una dieta de bajo índice glucémico también podría ser útil en la migraña. Se ha propuesto esta dieta para reducir el estado inflamatorio(24). También se ha sugerido un equilibrio entre la ingesta de ácidos grasos omega-6 y omega-3 para reducir las respuestas inflamatorias, mejorar la función plaquetaria y regular el tono vascular. Por lo tanto, una estrategia dietética que reduzca los omega-6 y aumente la ingesta de ácidos grasos omega-3 puede resultar beneficiosa para la migraña(22).

Se ha demostrado que los niveles de sodio son más altos en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con migraña que en los controles, especialmente durante un ataque de cefalea. Sin embargo, se ha demostrado que los efectos de una dieta baja en sodio dependen de varios factores, que deben evaluarse antes de considerarla una dieta beneficiosa para la migraña. Si bien se ha demostrado que una dieta baja en sodio protege a las personas de edad avanzada, en una población de mujeres jóvenes sin hipertensión y con un índice de masa corporal (IMC) bajo a normal, se demostró que una dieta alta en sodio es beneficioso(25). Por lo tanto, la ingesta de sodio debe adaptarse a poblaciones específicas de pacientes. Por ejemplo, una dieta baja en sodio puede ser apropiada para pacientes con factores de riesgo vascular como la hipertensión, mientras que una dieta alta en sodio puede ser apropiada en pacientes con comorbilidades como el síndrome de taquicardia postural o aquellos con presión arterial baja o IMC bajo(26).

### **Factores psicológicos**

Los síntomas de la migraña por sí solos son insuficientes para explicar la variabilidad en la discapacidad relacionada con la migraña entre las personas con migraña en los centros especializados en dolor de cabeza. La identificación de factores psicológicos modificables

asociados con la migraña crónica y la discapacidad grave relacionada con la migraña en los centros terciarios de cefalea podría proporcionar objetivos de tratamiento para mejorar el manejo integral de la migraña entre las personas con migraña que buscan un tratamiento de atención especializada(27).

Los trastornos psiquiátricos, en particular la depresión y la ansiedad, son muy comórbidos con la migraña y son más frecuentes entre las personas con migraña crónica en comparación con la migraña episódica(28). Sin embargo, incluso los aumentos por debajo del umbral de los síntomas depresivos y ansiosos pueden estar asociados con la migraña crónica y la discapacidad grave relacionada con la migraña. Por ejemplo, el estado de ánimo deprimido y la falta de sueño podrían interferir con el manejo de la migraña, incluso si estos síntomas no alcanzan el umbral de trastornos depresivos mayores o distimia. Varios estudios sugieren que el aumento de los síntomas de depresión y ansiedad está asociado con niveles más altos de discapacidad relacionada con la migraña, aunque solo unos pocos han evaluado estas relaciones en los centros de atención terciaria para el dolor de cabeza(29)

Se postula que las cogniciones y creencias (locus de control) relacionadas con el dolor de cabeza influyen en el desarrollo de la migraña crónica y la discapacidad relacionada con la migraña. Algunos estudios han demostrado relaciones entre una mayor catastrofización del dolor y una mayor frecuencia y duración de los ataques de migraña, una mayor intensidad del dolor de cabeza y deficiencias en el funcionamiento y la calidad de vida; sin embargo, ninguno de estos estudios evaluó a las personas con migraña que se presentaban para recibir atención clínica de rutina(30).

#### Factores farmacológicos

La ingesta repetida de fármacos agudos es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar migraña y se han sugerido muchos mecanismos para este fenómeno(30). El hecho de que los procedimientos de abstinencia / desintoxicación sean capaces de restablecer el patrón episódico en la gran mayoría de los sujetos, apoya firmemente un papel causal. Por otro lado, otro factor de riesgo importante para la cronificación de la migraña es el número de días de dolor de cabeza, y un tercio de los pacientes sometidos a abstinencia / desintoxicación no revierten a episodios de migraña, por lo que también es posible que el uso excesivo de medicamentos en una parte de los sujetos podría estar asociada con migraña crónica simplemente como consecuencia de la frecuencia cada vez mayor de los ataques en lugar de ser la causa de la cronificación. Algunos de los factores de riesgo encontrados se relacionan plausiblemente con el comportamiento de la medicación, mientras que otros están más probablemente relacionados con la historia natural subyacente de la progresión de la migraña. El uso de al menos un medicamento preventivo de la migraña puede relacionarse con el primer aspecto, mientras que la edad al inicio de la migraña, los ronquidos, las lesiones traumáticas en la cabeza, el uso previo y / o real de

anticonceptivos orales combinados y la actividad física pueden relacionarse con el último, el estado civil, los antecedentes de depresión y el insomnio asociados con el uso de hipnóticos pueden relacionarse con ambos(31).

A lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente interrogante: **Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?

### **Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?
- ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?
- ¿Cuáles son los factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?

**El presente estudio se justifica** debido a que la migraña es un problema de salud pública porque afecta a las personas en la edad de máxima productividad y creatividad, que ha ido en aumento en los últimos 10 años. Es una de las cefaleas primarias más comunes, es una carga para las personas y la sociedad y afecta el rendimiento académico y la calidad de vida diaria de los estudiantes de medicina de todo el mundo. La información obtenida de esta investigación se utilizará primero para comprender el problema, y luego para identificar a los individuos más vulnerables, para poder gestionar las ayudas para formar un plan para implementar intervenciones y brindar tratamiento profesional, mejorando así la calidad de vida de estudiantes. Cabe resaltar que por su relevancia social: la migraña incrementa los gastos de salud y la capacidad de trabajo de muchos individuos que la padecen, teniendo un alto costo social. Ante ello se planteó como objetivo principal: determinar los factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA durante el período del 2021-2022.

### **Dentro de los Objetivos tenemos:**

#### **Objetivo general**

Determinar los factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- Identificar los factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- Identificar los factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

### **Las Hipótesis y variables de la investigación**

#### **Hipótesis General**

Existen factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

#### **Hipótesis Específicas**

- Existen factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022
- Existen factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022
- Existen factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022

### **VARIABLES**

- **Variable independiente**

Factores

- **Variable Dependiente**

Prevalencia de migraña

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente estudio, se realizó con la participación de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Se consideró un estudio con un enfoque cuantitativo, según Hernández S(32), es aquella investigación que usa recolección de datos para probar hipótesis utilizando la medición numérica, de tipo descriptivo, prospectivo, bajo un análisis estadístico. no experimental, observacional. Así mismo el estudio es de corte transversal ya que las mediciones se harán en un solo momento.

Según el nivel de investigación encontramos características de nivel analítico, relacional-descriptivo.

Con respecto al diseño fue de tipo descriptivo - correlacional, el cual establece que se busca comprender la relación entre dos variables, sin establecer ninguna causalidad

### **Población y muestra de estudio**

Estuvo constituida por 780 alumnos pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Se optó por elegir de forma probabilística la muestra, a través de una proporción esperada de 75%, seguido de un nivel de confianza del 90%, con una presión del 5%, obteniendo como cálculo final a 162 alumnos.

Se consideró estudiantes de ambos sexos, que se encontraban con matrícula regular, presentes durante la etapa de recolección, mientras que fueron excluidos aquellos estudiantes que presentaban algún trastorno o enfermedad que les impedía completar o llenar el cuestionario, así como aquellos que no deseaban participar de forma voluntaria.

#### ***Criterios de Inclusión***

- Estudiantes de ambos sexos que cursan la carrera de Medicina Humana.
- Estudiantes que se encuentren matriculados y que asisten de forma regular durante el tiempo de recolección

#### ***Criterios de exclusión***

- Estudiantes que no deseen participar del estudio.
- Estudiantes que presenten algún trastorno o enfermedad que les impida el llenado de los instrumentos propuestos.



**a. Método, procedimientos e instrumentos de recolección de datos**

**Métodos:** El método de encuesta utilizado fue a través de un cuestionario online con el uso de formulario Google.

Se consideró la participación representativa de todos los ciclos, donde es importante mencionar que en esta Universidad la carrera consta de 7 años. Pero que, por motivos de no haber reciente proceso de admisión, solo se contaron con algunos ciclos.

**Procedimientos e instrumentos:** Se iniciaron las coordinaciones con los delegados por ciclo hábiles para poder habilitar el pase del cuestionario y pueda ser respondido. Asimismo, se consideró absolver dudas a través de llamadas telefónicas.

Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta, observación de datos obtenidos y la síntesis e interpretación de resultados.

Se consideraron cuestionarios autoadministrados de elaboración propia y validados, cuestionario DASS-21, cuestionario ALCOI-95.

Para medir los factores sociodemográficos se pidió a los participantes que proporcionaran su edad, sexo, si trabaja y estudia, cuanto tiempo le demanda y si le demanda esfuerzo, el ciclo de estudio, estado civil, si tiene hijos, zona de la vivienda que habita, e ingresos. Los factores psicosociales fueron proporcionados por el test de DASS-21 creado por investigadores científicos Lovibon y Lovibon, constituido por 21 ítems con respuestas politómicas tipo escala Likert con valores desde 0 igual a no, 1 igual un poco, 2 igual a bastante y 3 mucho tiempo. Utilizable en mayores de edad, mide la sintomatología más no es considerado como diagnóstico definitivo. En su conjunto dicho instrumento proporciona, bajo 3 dimensiones, estados de depresión, ansiedad y estrés. Las cuales están compuestas cada uno por 7 ítems. Para los factores patológicos se plantearon ítems que median si tenían o sufrían de alguna enfermedad, especificando cual era, mientras que, en los factores farmacológicos, se midió si practica la automedicación, así como especificar de que tipo, finalmente para los factores alimenticios, se consideró tipos de consumo y midiendo la frecuencia de estas, dentro de las cuales fueron si consumía grasa, lácteos, enlatados, vino o alcohol. En cuanto a la medición de la prevalencia de la migraña se consideró un autocuestionario para migraña de ALCOI – 95, el cual se constituyó por 10, dentro del cual se diferencia en migraña sin aura y migraña con aura.

Para establecer el diagnóstico de migraña se utilizó como instrumento el cuestionario ‘Alcoi-95’validado en el 2003 por Velazco, que incluye los episodios de cefalea en el último año. En todos los casos se solicitó el consentimiento informado.

### **Plan de tabulación y Análisis**

Después de aplicar la recolección de datos, se tabularon en una hoja Excel y codificados en el programa estadístico SPSS.

Para describir la muestra y las variables de estudio, primero calculamos las medias y las desviaciones estándar de las variables continuas y el número y los porcentajes de las variables categóricas. A continuación, estimamos la prevalencia de migraña a un año y su intervalo de confianza (IC) del 95% en la muestra, así como su distribución con respecto a las variables sociodemográficas. Los resultados estuvieron analizados a través de estadística descriptiva con análisis univariado. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para probar las asociaciones bivariadas hipotéticas entre las variables sociodemográficas y la presencia de migraña en los últimos 12 meses. La significación estadística se estableció en  $P < 0,05$ .

### III. RESULTADOS

**TABLA 01**

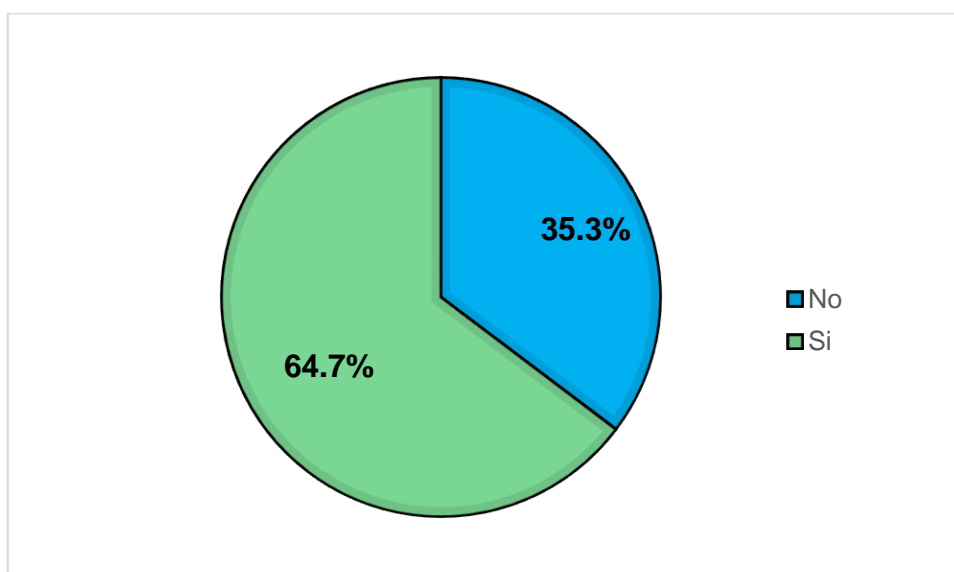
**Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

	Frecuencia	Porcentaje
No	60	35.3
Sí	110	64.7
Total	170	100.0

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

**GRÁFICO 01**

**Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**



**INTERPRETACIÓN:**

De un total de 170 estudiantes encuestados, la tabla y gráfica 01 indica la prevalencia de migraña en estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022; de ello podemos indicar que la prevalencia de migraña es 64.7%.

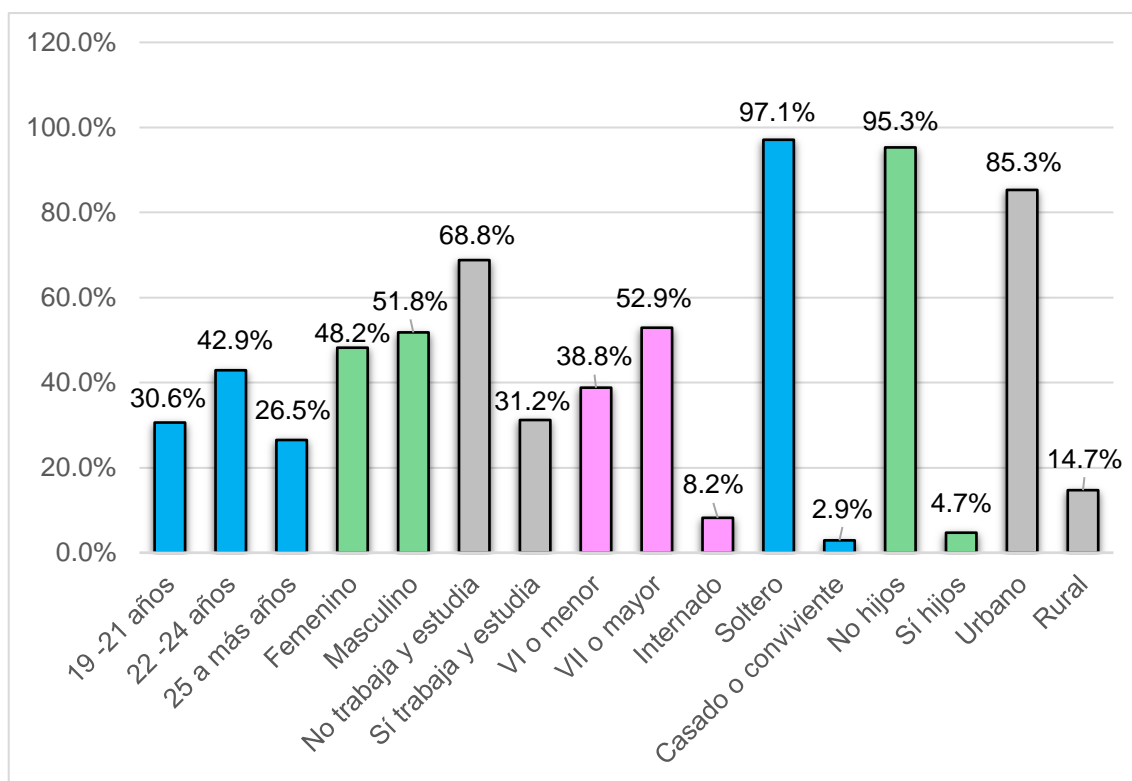
**TABLA 02****Características descriptivas del factor demográfico de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
19 -21	52	30.6
22 -24	73	42.9
25 a más	45	26.5
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	82	48.2
Masculino	88	51.8
¿Usted trabaja y estudia?	Frecuencia	Porcentaje
No	117	68.8
Sí	53	31.2
¿Cuál es su ciclo de estudio que culminó?	Frecuencia	Porcentaje
VI o menor	66	38.8
VII o mayor	90	52.9
Internado	14	8.2
¿Cuál es su estado civil?	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	165	97.1
Casado o conviviente	5	2.9
¿Tiene hijos?	Frecuencia	Porcentaje
No	162	95.3
Sí	8	4.7
¿A qué zona pertenece su hogar de residencia actual?	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	145	85.3
Rural	25	14.7
Total	170	100.0

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

## GRÁFICO 02

### Características descriptivas del factor demográfico de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.



### INTERPRETACIÓN:

De un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados; en la tabla y gráfica 02 nos muestra las características descriptivas del factor demográfico de ello podemos indicar que el 42.9% de los estudiantes tienen la edad de 22 a 24 años y el 26.5% tienen 25 o más años de edad; con respecto al sexo el 51.8% de los estudiantes son del sexo masculino; también podemos evidenciar que el 31.2% de los estudiantes trabajan y a la vez estudian; de acuerdo al ciclo el 52.9% de los estudiantes culminaron del segundo hasta el sexto ciclo y sólo el 8.2% se encuentran realizando su internado; con respecto al estado civil el 97.1% de los estudiantes son solteros; sólo el 4.7% de los estudiantes indicaron tener hijos y por último con respecto al lugar de residencia el 85.3% de los estudiantes viven en una zona urbana.

**TABLA 03**

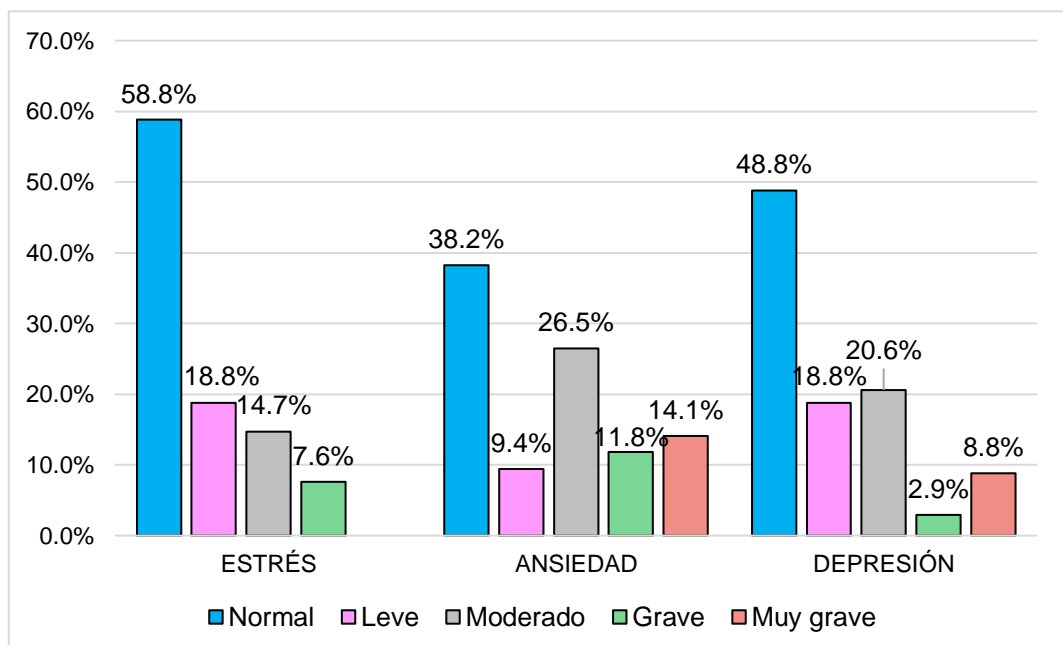
**Características descriptivas del factor psicosocial de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje
Normal	100	58.8
Leve	32	18.8
Moderado	25	14.7
Grave	13	7.6
Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	65	38.2
Leve	16	9.4
Moderado	45	26.5
Grave	20	11.8
Muy grave	24	14.1
Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	83	48.8
Leve	32	18.8
Moderado	35	20.6
Grave	5	2.9
Muy grave	15	8.8
Total	170	100.0

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

**GRÁFICO 03**

**Características descriptivas del factor psicosocial de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**



## INTERPRETACIÓN:

De un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados, en la tabla y gráfica 03 indica las características descriptivas del factor psicosocial, de ello podemos indicar que el 58.8% de los estudiantes no presentan estrés y el 7.6% presentan un estrés grave; con respecto a la ansiedad el 38.2% no presenta ansiedad y 14.1% presenta ansiedad muy grave; y por último con respecto a la depresión el 48.8% de los estudiantes no presentan y el 2.9% grave.

**TABLA 04**

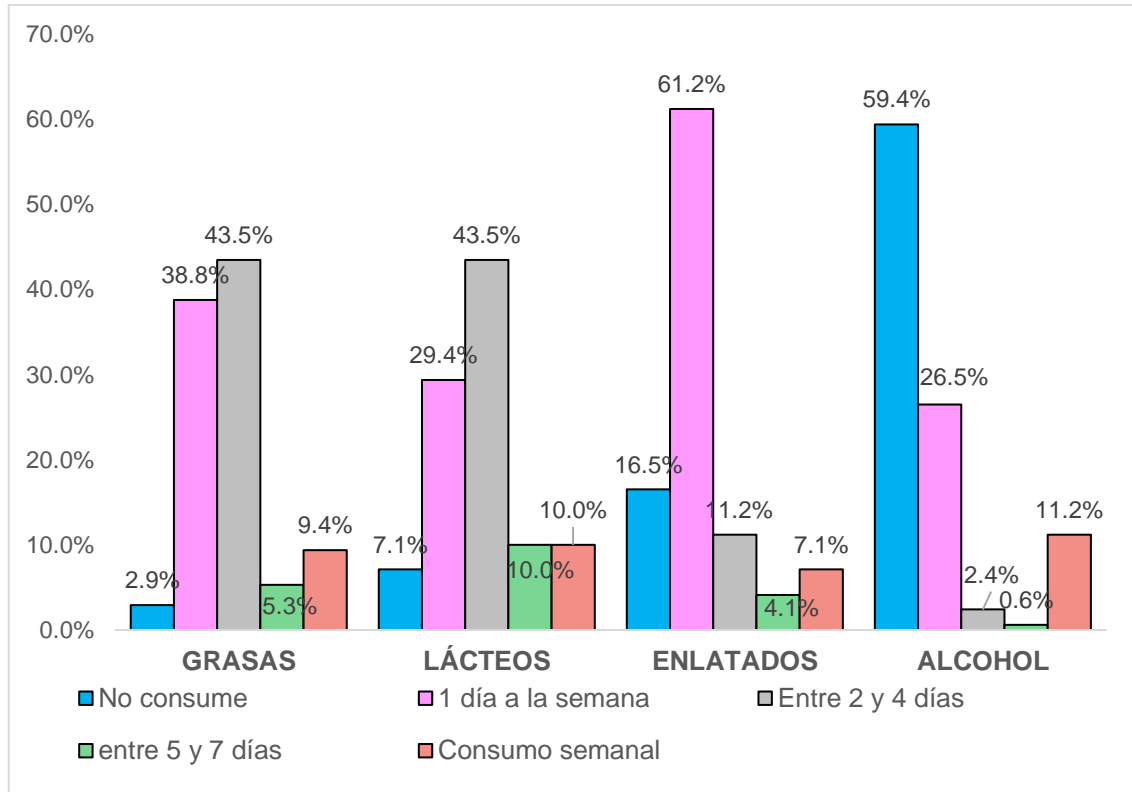
**Características descriptivas del factor alimenticio de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

	Frecuencia	Porcentaje
<hr/>		
¿Consume grasas?		
No consume	5	2.9
1 día a la semana	66	38.8
Entre 2 y 4 días	74	43.5
entre 5 y 7 días	9	5.3
Consumo semanal	16	9.4
¿Consume lácteos?		
No consume	12	7.1
1 día a la semana	50	29.4
Entre 2 y 4 días	74	43.5
entre 5 y 7 días	17	10.0
Consumo semanal	17	10.0
¿Consume alimentos enlatados?		
No consume	28	16.5
1 día a la semana	104	61.2
Entre 2 y 4 días	19	11.2
entre 5 y 7 días	7	4.1
Consumo semanal	12	7.1
¿Consume vino o alcohol?		
No consume	101	59.4
1 día a la semana	45	26.5
Entre 2 y 4 días	4	2.4
entre 5 y 7 días	1	0.6
Consumo semanal	19	11.2
<hr/>		
Total	170	100.0

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

## GRÁFICO 04

Características descriptivas del factor alimenticio de los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.



### INTERPRETACIÓN:

De un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados, en la tabla y gráfica 04 indica las características descriptivas del factor alimenticio, de ello podemos observar que el 43.5% de los estudiantes consumen grasa entre 2 y 4 días a la semana, el mismo porcentaje (43.5%) indicaron que consumen lácteos entre 2 y 4 días a la semana, con respecto al consumo de alimentos enlatados 61.2% lo consumen 1 día a la semana y por último el 59.4% de los estudiantes no consumen alcohol.



**TABLA 05**

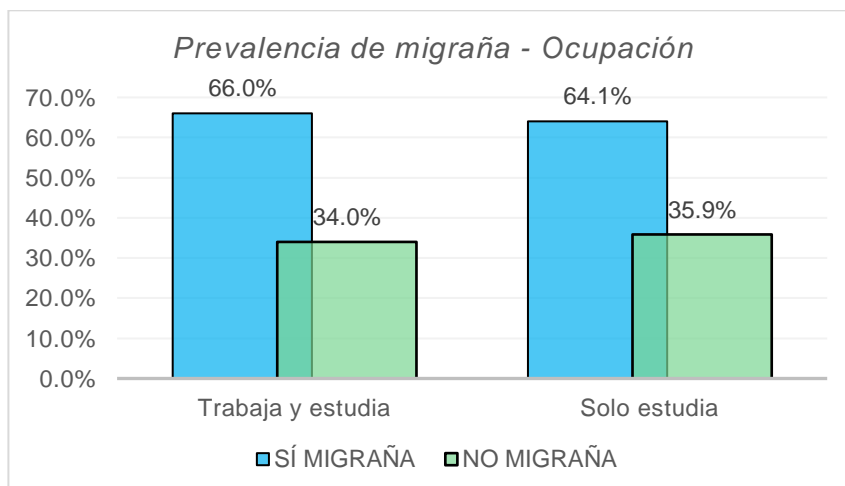
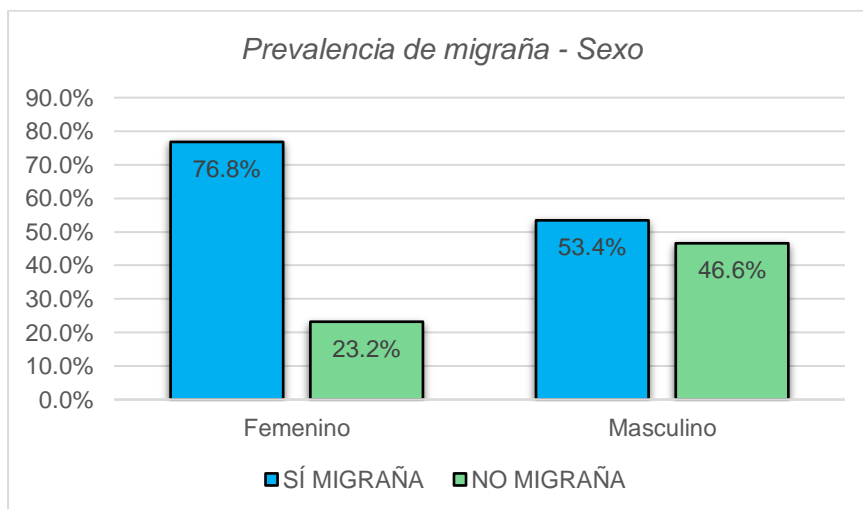
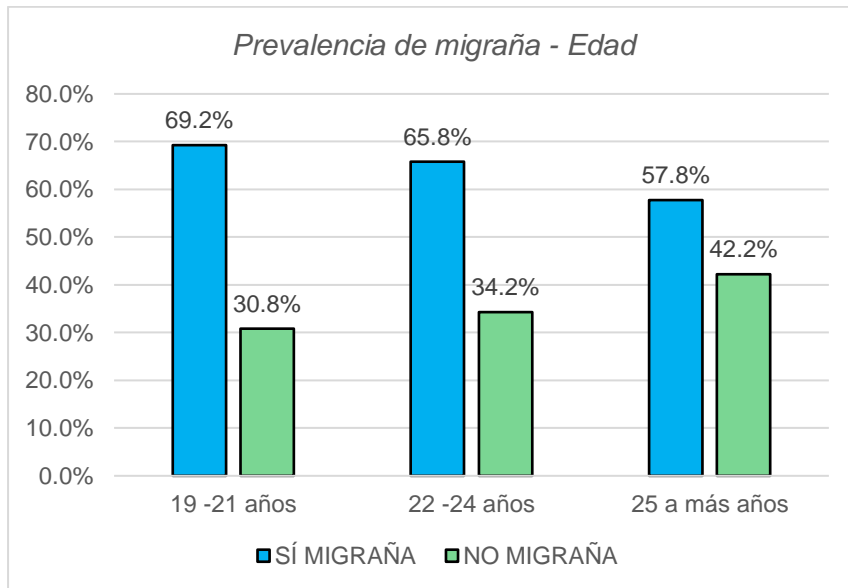
**Factores demográficos asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

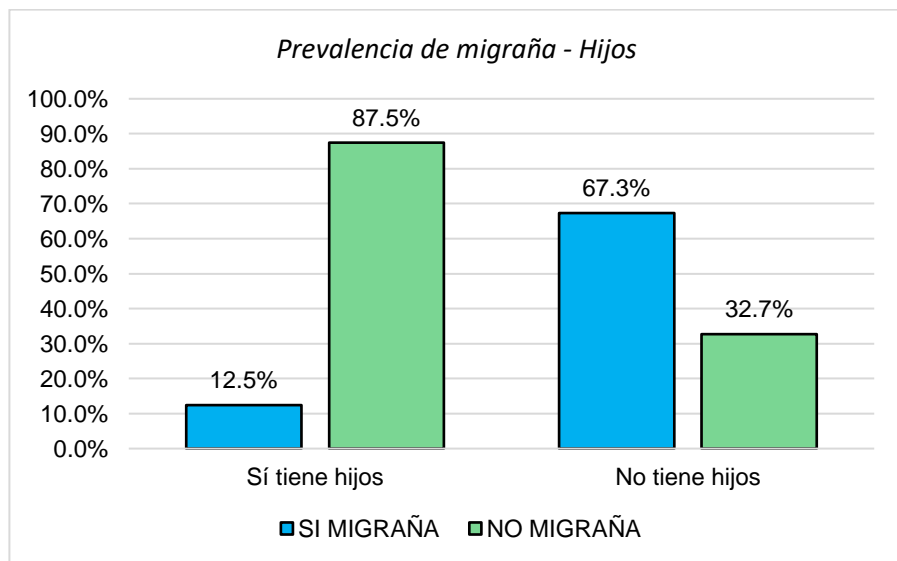
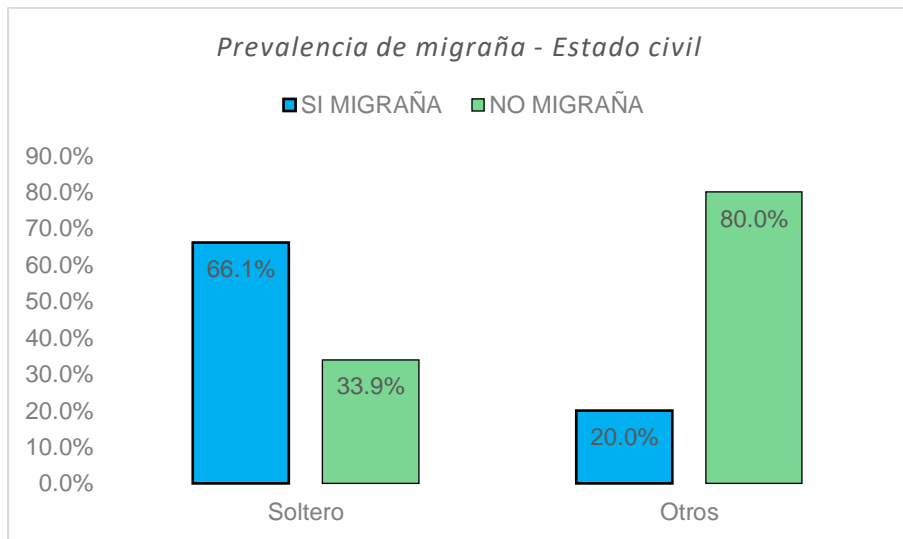
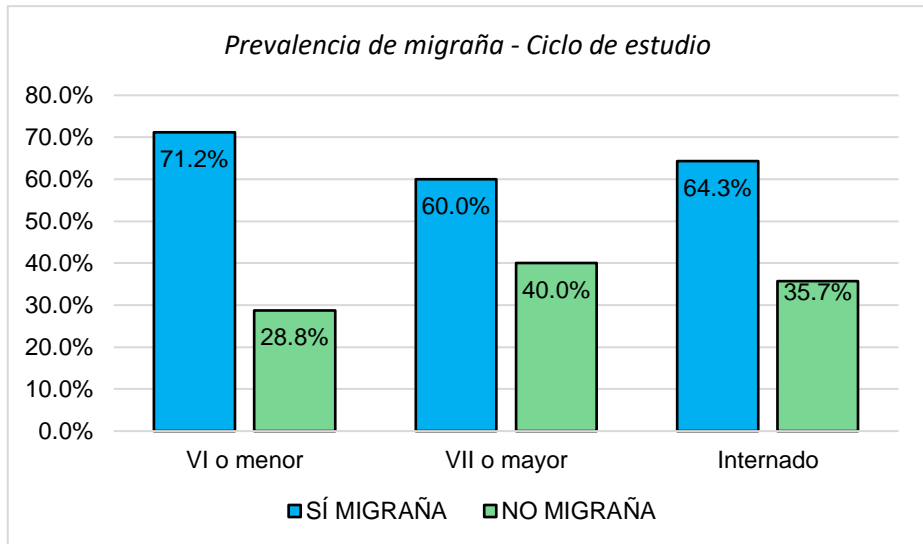
	Migraña				Total		Chi - cuadrado	p- valor	OR (IC. 95%)
	Sí		No		n	%			
	n	%	n	%					
<b>Edad</b>									
19 -21	36	69.2%	16	30.8%	52	100.0%	1,45	0.49	NC
22 -24	48	65.8%	25	34.2%	73	100.0%			
25 a más	26	57.8%	19	42.2%	45	100.0%			
<b>Sexo</b>									
Femenino	63	76.8%	19	23.2%	82	100.0%	10,20	0.00	2.89 (1.49-5.61)
Masculino	47	53.4%	41	46.6%	88	100.0%			
<b>¿Usted trabaja y estudia?</b>									
Si	35	66.0%	18	34.0%	53	100.0%	0,06	0.81	1.09 (0.55-2.16)
No	75	64.1%	42	35.9%	117	100.0%			
<b>¿Cuál es el ciclo de estudio que culminó?</b>									
VI o menor	47	71.2%	19	28.8%	66	100.0%	2,10	0.35	NC
VII o mayor	54	60.0%	36	40.0%	90	100.0%			
Internado	9	64.3%	5	35.7%	14	100.0%			
<b>¿Cuál es su estado civil?</b>									
Soltero	109	66.1%	56	33.9%	165	100.0%	4,51	0.03	7.79 (0.85-71.32)
Otros	1	20.0%	4	80.0%	5	100.0%			
<b>¿Tiene hijos?</b>									
Si	1	12.5%	7	87.5%	8	100.0%	10,02	0.00	0.07 (0.01-0.58)
No	109	67.3%	53	32.7%	162	100.0%			
<b>¿A qué zona pertenece su hogar de residencia actual?</b>									
Urbano	95	65.5%	50	34.5%	145	100.0%	0,28	0.59	1.27 (0.53-3.02)
Rural	15	60.0%	10	40.0%	25	100.0%			

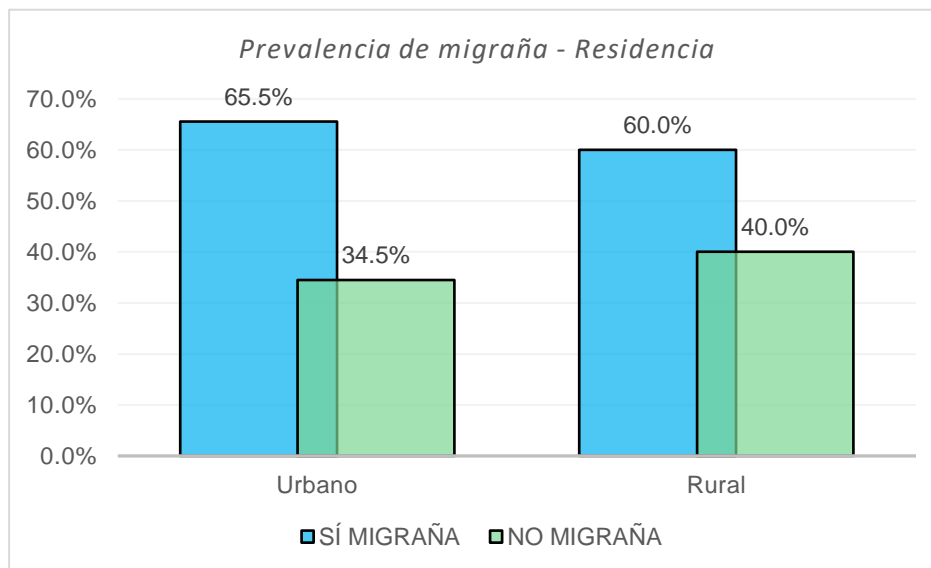
*Fuente: Data de instrumento aplicado*

## GRÁFICAS 05

Factores demográficos asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.







### **INTERPRETACIÓN:**

De un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados; 110 diagnosticados con migraña, la prevalencia de migraña fue mayor en: estudiantes en edad de 19-21 años (69.2%), los que trabajan y estudian (66.0%) y estudiantes solteros (66.1%); el sexo femenino (76.8%) fue el más afectado en comparación con el sexo masculino; los que no tienen hijos (67.3%) prevalece de los que tienen hijos, fue más frecuente en estudiantes residentes en el área urbana (65.5%), por último, los estudiantes más afectados estaban en el rango de VI o menor ciclo (71.2%); se halló significancia estadística para la variable: sexo, estado civil y el tener hijos.

En la Tabla 05 podemos observar la asociación de los factores demográficos y la migraña donde podemos detallar que: el sexo, los que tienen hijos y el estado civil están asociados ya que podemos observar que son estadísticamente significativos ( $p\text{-valor} < 0.05$ ), también podemos observar mediante los Odds Ratio (OR) donde el ser mujer tiene 2.89 veces más de posibilidad de sufrir migraña frente a los varones, y el tener hijo es un factor protector es decir los que no tienen hijos son las personas con mayores posibilidades de sufrir migraña. Las variables que presentan más de 2 categorías no presentan los valores del OR en el caso de la variable el ciclo que culminó (presentan tres categorías, NC=No corresponde).

**TABLA 06**

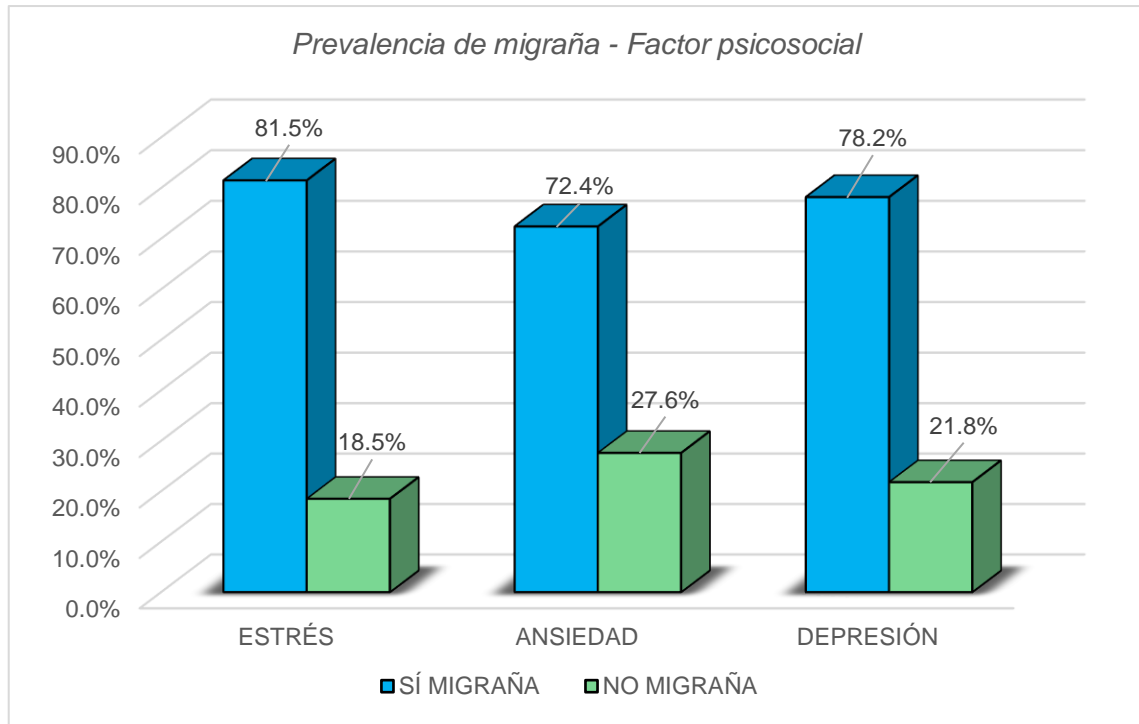
**Factores psicosociales asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

	Migraña				Total		Chi-cuadrado	p-valor
	Sí		No		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Nivel de estrés</b>								
Normal	53	53.0%	47	47.0%	100	100.0%	16,12	0.003
Leve	28	81.5%	4	18.5%	32	100.0%		
Moderado	18		7		25			
Grave	11		2		13			
<b>Nivel de ansiedad</b>								
Normal	34	52.3%	31	47.7%	65	100.0%	12,50	0.014
Leve	8		8		16			
Moderado	32	72.4%	13	27.6%	45	100.0%		
Grave	17		3		20			
Muy grave	19		5		24			
<b>Nivel de depresión</b>								
Normal	42	50.6%	41	49.4%	83	100.0%	16,79	0.002
Leve	28		4		32			
Moderado	25	78.2%	10	21.8%	35	100.0%		
Grave	3		2		5			
Muy grave	12		3		15			

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

## GRÁFICO 06

**Factores psicosociales asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**



### INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 06, de un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados; 110 diagnosticados con migraña, la prevalencia de migraña fue mayor en todos los Factores psicosociales presentados como ansiedad, estrés, depresión con un porcentaje de 72.4%, 81.5% y 78.2% de prevalencia, respectivamente; se halló significancia estadística para las variables: ansiedad, estrés y depresión.

La tabla 10 muestra la asociación de los factores psicosociales y la migraña de ello podemos indicar que, tanto el nivel de estrés, ansiedad y depresión están asociados con la migraña ya que presentan un p-valor menos al 5% (p-valor<0.05).

**TABLA 07**

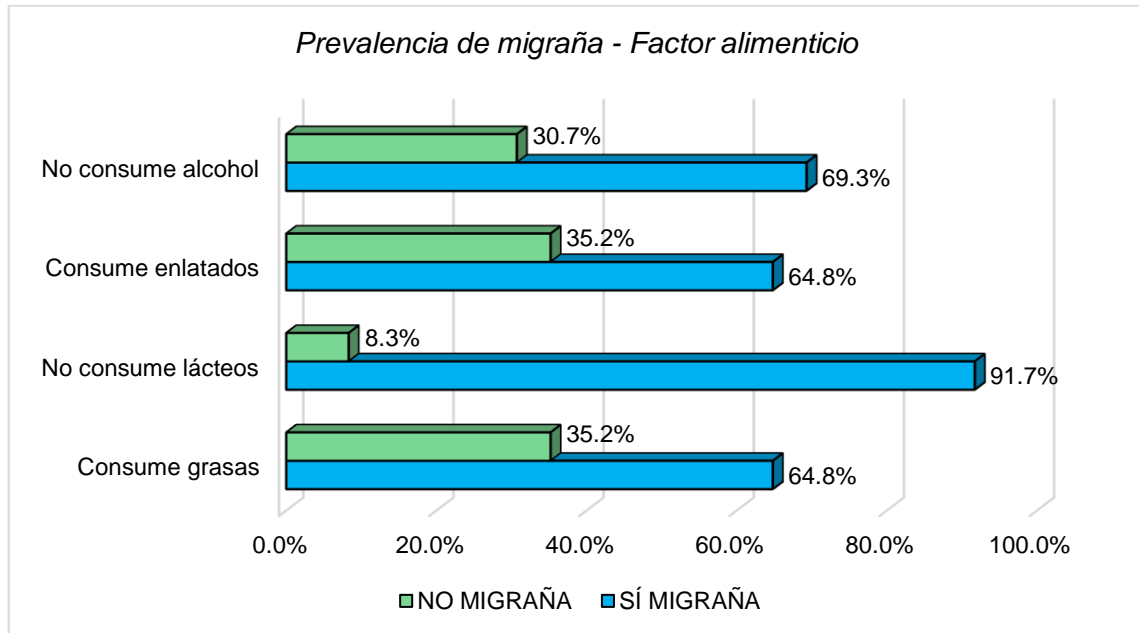
**Factores alimenticios asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

	Migraña				Total		Chi-cuadrado	p-valor
	Sí		No		n	%		
	n	%	n	%				
<i>¿Consume grasas?</i>								
No consume	3	60.0%	2	40.0%	5	100.0%		
1 día a la semana	39		27		66			
Entre 2 y 4 días	54	64.8%	20	35.2%	74	100.0%	10,665	0.031
entre 5 y 7 días	8		1		9			
Consumo semanal	6		10		16			
<i>¿Consume lácteos?</i>								
No consume	11	91.7%	1	8.3%	12	100.0%		
1 día a la semana	32		18		50			
Entre 2 y 4 días	46	62.7%	28	37.3%	74	100.0%	5,328	0.255
entre 5 y 7 días	12		5		17			
Consumo semanal	9		8		17			
<i>¿Consume alimentos enlatados?</i>								
No consume	18	64.3%	10	35.7%	28	100.0%		
1 día a la semana	66		38		104			
Entre 2 y 4 días	13	64.8%	6	35.2%	19	100.0%	1,754	0.781
entre 5 y 7 días	6		1		7			
Consumo semanal	7		5		12			
<i>¿Consume vino o alcohol?</i>								
No consume	70	69.3%	31	30.7%	101	100.0%		
1 día a la semana	27		18		45			
Entre 2 y 4 días	3	57.9%	1	42.1%	4	100.0%	4,604	0.330
entre 5 y 7 días	1		0		1			
Consumo semanal	9		10		19			

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

## GRÁFICO 07

### Factores alimenticios asociado con migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.



#### INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 07, de un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados; 110 diagnosticados con migraña, la prevalencia de migraña se presentó en consumo elevado de alimentos como grasas (64,8%), enlatados (64,8%), no consumo de lácteos (91,7%), y no consumo de bebidas alcohólicas (69,3%) tuvieron mayor frecuencia de migraña, solo se halló significancia estadística para la variable: Consumo de grasas.

La Tabla 07 muestra los factores alimenticios asociados con la migraña de ello podemos observar que los que estudiantes que consumen grasa están asociados con la migraña, ya que podemos observar que es estadísticamente significativo ( $p\text{-valor}<0.05$ ), mientras que los demás factores no están asociados ( $p\text{-valor}>0.05$ ).



## PREVALENCIA DE MIGRAÑA

Se encontró 110 casos de migraña entre los 170 encuestados de los estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, siendo la prevalencia de migraña 64,7%.

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de casos de enfermedad}}{\text{Población total}}$$

<p>n= N° total de casos de enfermedad (tienen migraña)  N= Población total (migraña + no migraña)</p>
---

## FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE MIGRAÑA

		n	N	n/N	PREVALENCIA DE MIGRAÑA
	<b>FACTORES DEMOGRÁFICOS</b>	GLOBAL	110	170	0.647
	<b>EDAD</b>				
	19-21 años	36	52	0.692	69.2%
	22-24 años	48	73	0.657	65.8%
	25 a más años	26	45	0.577	57.8%
	<b>SEXO</b>				
	Femenino	63	82	0.768	76.8%
	Masculino	47	88	0.534	53.4%
	<b>¿USTED TRABAJA Y ESTUDIA?</b>				
	Sí	35	53	0.660	66.0%
	No	75	117	0.641	64.1%
	<b>¿CUÁL ES EL CICLO DE ESTUDIO QUE CULMINÓ?</b>				
	VI o menor	47	66	0.712	71.2%
	VII o mayor	54	90	0.600	60.0%
	Internado	9	14	0.642	64.3%
	<b>¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?</b>				
	Soltero	109	165	0.660	66.1%
	Otros	1	5	0.200	20.0%

	<b>¿TIENE HIJOS?</b>				
	Sí	1	8	0.125	12.5%
	No	109	162	0.672	67.3%
	<b>¿A QUÉ ZONA PERTENECE SU HOGAR DE RESIDENCIA ACTUAL?</b>				
	Urbano	95	145	0.655	65.5%
	Rural	15	25	0.600	60.0%
<b>FACTORES PSICOSOCIALES</b>	<b>NIVEL DE ESTRÉS</b>				
	Presenta	57	70	0.814	81.5%
	No presenta	53	100	0.530	53.0%
	<b>NIVEL DE ANSIEDAD</b>				
	Presenta	76	105	0.723	72.4%
	No presenta	34	65	0.523	52.3%
	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>				
	Presenta	68	87	0.781	78.2%
	No presenta	42	83	0.506	50.6%
<b>FACTORES ALIMENTICIOS</b>	<b>CONSUME GRASAS</b>				
	No	3	5	0.600	60.0%
	Sí	107	165	0.648	64.8%
	<b>CONSUME LÁCTEOS</b>				
	No	11	12	0.916	91.7%
	Sí	99	158	0.626	62.7%
	<b>CONSUME ENLATADOS</b>				
	No	18	28	0.642	64.3%
	Sí	92	142	0.647	64.8%
	<b>CONSUME ALCOHOL</b>				
	No	70	101	0.693	69.3%
	Sí	40	69	0.579	57.9%

## INTERPRETACIÓN:

De un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados; 110 diagnosticados con migraña, la prevalencia de migraña fue mayor en:

- Factores demográficos: estudiantes en edad de 19-21 años (69.2%), los que trabajan y estudian (66.0%) y estudiantes solteros (66.1%); el sexo femenino (76.8%) fue el más afectado en comparación con el sexo masculino; los que no tienen hijos (67.3%) prevalece de los que tienen hijos, fue más frecuente en estudiantes residentes en el área urbana (65.5%), por último, los estudiantes más afectados estaban en el rango de VI o menor ciclo (71.2%).
- Factores psicosociales presentados como ansiedad, estrés, depresión con un porcentaje de 72.4%, 81.5% y 78.2% de prevalencia de migraña, respectivamente.
- Factores alimenticios, la prevalencia de migraña se presentó en consumo elevado de grasas (64,8%), no consumo de lácteos (91.7%), consumo elevado de enlatados (64.8%) y no consumo de bebidas alcohólicas (69.3%).

## PROPORCIÓN DE MIGRAÑA

$$\text{PROPORCIÓN} = \frac{n}{\text{Total de migraña}}$$

n= N° total de casos de enfermedad  
(tienen migraña)

	<b>n</b>	<b>P</b>	<b>n/P</b>	<b>PROPORCIÓN DE MIGRAÑA</b>
<b>GLOBAL</b>	110	110/110	1	100%
<b>EDAD</b>				
19-21 años	36	36/110	0.327	32.8%
22-24 años	48	48/110	0.436	43.6%
25 a más años	26	26/110	0.236	23.6%
<b>SEXO</b>				
Femenino	63	63/110	0.572	57.3%
Masculino	47	47/110	0.427	42.7%
<b>¿USTED TRABAJA Y ESTUDIA?</b>				
Sí	35	35/110	0.318	31.8%
No	75	75/110	0.681	68.2%

	<b>¿CUÁL ES EL CICLO DE ESTUDIO QUE CULMINÓ?</b>				
	VI o menor	47	47/110	0.427	42.7%
	VII o mayor	54	54/110	0.490	49.1%
	Internado	9	9/110	0.081	8.2%
	<b>¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?</b>				
	Soltero	109	109/110	0.990	99.1%
	Otros	1	1/110	0.009	0.9%
	<b>¿TIENE HIJOS?</b>				
	Sí	1	1/110	0.009	0.9%
	No	109	109/110	0.990	99.1%
	<b>¿A QUÉ ZONA PERTENECE SU HOGAR DE RESIDENCIA ACTUAL?</b>				
	Urbano	95	95/110	0.863	86.4%
	Rural	15	15/110	0.136	13.6%
<b>FACTORES PSICOSOCIALES</b>	<b>NIVEL DE ESTRÉS</b>				
	Presenta	57	57/110	0.518	51.8%
	No presenta	53	53/110	0.481	48.2%
	<b>NIVEL DE ANSIEDAD</b>				
	Presenta	76	76/110	0.690	69.1%
	No presenta	34	34/110	0.309	30.9%
	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>				
	Presenta	68	68/110	0.618	61.8%
No presenta	42	42/110	0.381	38.2%	
<b>FACTORES ALIMENTICIOS</b>	<b>CONSUME GRASAS</b>				
	No	3	3/110	0.027	2.7%
	Sí	107	107/110	0.972	97.3%
	<b>CONSUME LÁCTEOS</b>				
	No	11	11/110	0.100	10%
	Sí	99	99/110	0.900	90%
	<b>CONSUME ENLATADOS</b>				
	No	18	18/110	0.163	16.4%
	Sí	92	92/110	0.836	83.6%
	<b>CONSUME ALCOHOL</b>				
No	70	70/110	0.636	63.6%	

	Sí	40	40/110	0.363	36.4%
--	----	----	--------	-------	-------

### **INTERPRETACIÓN:**

De un total de 170 estudiantes de medicina de la UNICA, 2021 – 2022, encuestados; 110 diagnosticados con migraña, la PROPORCIÓN de migraña:

- Factores demográficos:
  - Edad: Mayor proporción, se encuentran entre 22-24 años con 43.6%
  - Sexo: Mayor proporción el sexo Femenino con 57.3%
  - Ocupación: Mayor proporción en estudiantes que solo estudian con 68.2%
  - Ciclo de estudio: Mayor proporción los que se encuentran en VII o mayor ciclo con 49.1%.
  - Estado civil: Mayor proporción encontramos Soltero con 99.1%.
  - Hijos: Mayor proporción los estudiantes No tienen hijo con 99.1%.
  - Residencia actual: Mayor proporción en Residencia Urbana con 86.4%.
  
- Factores psicosociales presentados como ansiedad, estrés, depresión con un porcentaje de 69.1%, 51.8% y 61.8% de mayor proporción de migraña, respectivamente.
  
- Factores alimenticios, la mayor proporción de migraña se presentó en consumo de grasas (97.3%), consumo de lácteos (90%), consumo de enlatados (83.6%) y no consumo de bebidas alcohólicas (63.6%).

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

### Comprobación de Hipótesis General.

- **H<sub>a</sub>**: Existen factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021 – 2022.
- **H<sub>0</sub>**: No existen factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021 – 2022.

### **Interpretación:**

Se ha encontrado una relación estadística significativa entre factores asociados y la prevalencia de migraña en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA, 2021-2022, comprobándose su significancia mediante prueba de chi cuadrado en cada una de las hipótesis específicas ( $p < 0.05$ ), por lo que se acepta la hipótesis general y se rechaza la hipótesis nula.

### Comprobación de Hipótesis Específica.

#### **Hipótesis específica 1.**

- **H<sub>1</sub>**: Existen factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- **H<sub>0</sub>**: No existen factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

### **Interpretación:**

Se encontró una relación significativa entre factores demográficos asociados y la prevalencia de migraña en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA, 2021-2022, sexo ( $p=0.00$ ), estado civil ( $p=0.03$ ) y tener hijos ( $p=0.00$ ). Entonces se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

#### **Hipótesis específica 2.**

- **H<sub>2</sub>**: Existen factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- **H<sub>0</sub>**: No existen factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

### **Interpretación:**

Se encontró una relación significativa entre factores psicosociales asociados y la prevalencia de migraña en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA, 2021-2022, depresión ( $p=0,002$ ), ansiedad ( $p=0,014$ ) y estrés ( $p=0.003$ ). Entonces se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

### **Hipótesis específica 3**

- **H<sub>5</sub>**: Existen factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- **H<sub>0</sub>**: No existen factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

### **Interpretación:**

Se encontró una relación significativa entre factores alimenticios asociados y la prevalencia de migraña en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA, 2021-2022, consumo de grasas ( $p=0.031$ ). Entonces se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.

### **Valor significancia**

0.05

### **Regla de significancia**

Si p valor es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna

### **Prueba estadística**

Chi cuadrado ( $\chi^2$ )

### **Cálculo de valores**

Prueba de correlación chi cuadrado entre los factores demográficos, psicosociales, patológicos, farmacológicos y alimenticios relacionados a la prevalencia de migraña en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA, 2021-2022.

**TABLA 08**

**Prueba de Chi-cuadrado de factores asociados con la migraña en los estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.**

		<b>Prueba de Chi-cuadrado de Pearson</b>	
		Valor	Significación asintótica (bilateral)
<b>Factores demográficos</b>	Edad	1,45	0.49
	Sexo	10,20	0.00
	Ciclo de estudio	2,10	0.35
	¿Usted trabaja y estudia?	0,06	0.81
	Estado civil	4,51	0.03
	¿Tiene hijos?	10,02	0.00
	¿A qué zona pertenece su hogar de residencia actual?	0,28	0.59
<b>Factores psicosociales</b>	Depresión	16,79	0,002
	Ansiedad	12,50	0,014
	Estrés	16,12	0,003
<b>Factores alimenticios</b>	Grasas	10,665	0.031
	Lácteos	5,328	0.255
	Enlatados	1,754	0.781
	Alcohol	4,604	0.330

*Fuente: Data de instrumento aplicado*

### ***Decisión estadística***

En la tabla 08, para la prueba estadística de Chi- cuadrado, se observa que en los factores demográficos el género tienen un p valor= 0.000, el estado civil p= 0.03 y tener hijos p= 0.00; en los factores psicosociales, la depresión, la ansiedad y el estrés tienen un p valor de 0.002, 0.014 y 0.003 y para los factores alimenticios, el consumo de grasas con 0.031 también fue menor al valor de significancia teórica  $\alpha = 0,05$ , por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye con la hipótesis alterna, es decir: existen factores relacionados a la prevalencia de la migraña en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA, 2021-2022.



#### IV. DISCUSIÓN

La migraña es uno de los trastornos de dolor de cabeza primarios más comunes y es una carga tanto para el individuo como para la sociedad, ya que influye en el rendimiento académico y la calidad de la vida diaria de los estudiantes de medicina en todo el mundo.

Se cuantifica que la prevalencia global de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%, mientras que en un estudio internacional realizado en estudiantes universitarios multicéntrico latinoamericano refiere que la prevalencia mundial de la migraña en un año varía entre el 2,6% y el 21,7%. En el presente estudio considerando la muestra de 170 participantes se encontró una prevalencia del 64,7% de los participantes, con un 14,10% de la población total con un IC (0.739871 - 0.860129). Dichos porcentajes son mayores que el reportado por Zarea K(1) en Irán (6,9%) y en China por Gu X, Xie YJ (2) (7,9%) mientras que a comparación de otros estudios fue menor como el estudio de Panigrahi A, Kumar B, Nath Nibir(4), en la India (33,3%), con respecto al ámbito nacional, fue menor para Nicho C(7) (43,3%), y mayor por Ayala S(8) (15,83%); con ello se evidencia que a pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas.

En personas que se encontraron estudiando la carrera de Medicina en el periodo 2011 Aldo et al (35) se halló que la prevalencia de migraña era menor (31,1%); comparado con nuestra muestra, en el mencionado estudio se usó también el Cuestionario autoadministrado ALCOI 95; siendo mayor la prevalencia de migraña (64,7%) casi el doble del número reportado, esto supera los informes de Almeida. (16,4%), Johnson (24,8%); y según Cardona J et al en Colombia en 2018 la prevalencia de migraña fue mayor con respecto a nuestro resultado (72,5%) (38), se puede observar la frecuencia varía de la población general a la de los estudiantes de Medicina en quienes es mayor.

Al analizar los factores demográficos asociados a la migraña, se determinó que los factores sexo y número de hijos son estadísticamente significativos (p-valor <0.05). Respecto al sexo se determinó que las mujeres tienen 2.89 veces más de padecer de migraña en comparación a los varones. Ello se compara con cifras mundiales que evidencia la prevalencia en las mujeres de dos o tres veces mayor que en los hombres, así lo afirma otro estudio como el de Arrayán P(6), quien encontró predilección por las mujeres, para Lebedeva E, et al.(5), encuentra que el estado de ánimo depresivo se asociaron con migraña sólo en mujeres (OR 2,1; IC del 95%: 1,1 a 4,2), esto último puede explicarse a los diversos trastornos menstruales que sufren las mujeres así como también se podría considerar errores de respuesta como datos falsos entre otros. Ello se explica debido a que para los estudiantes universitarios que en su mayoría tienen entre 20 y 25 años, los

ataques de dolor de cabeza están significativamente relacionados con un aumento de las fallas disciplinarias y el ausentismo. Aparte del fracaso académico, evitar las actividades extracurriculares con familiares y amigos influye en gran medida en la calidad de la vida diaria de los estudiantes. Se entiende que los estudiantes de medicina son un grupo especial de estudiantes universitarios y, como es comprensible, la educación médica prolongada, la carga de estudios pesada y la responsabilidad profesional exigente son las fuentes típicas de eventos psicosociales, destacando al estrés, que pueden conducir a los ataques de migraña. Por otro lado, el factor hijos representa un factor protector, es decir una persona sin hijos tiene mayor probabilidad de padecer migraña, posiblemente porque la crianza de un hijo permite desarrollar mayor capacidad de afrontamiento y tolerancia a la tensión de la vida diaria, en comparación a las personas sin hijos. Al respecto, no se hallaron estudios con datos relacionados al factor hijos, por lo que se considera necesario ampliar las indagaciones al respecto.

Respecto a los factores psicosociales, se determinó que los niveles de estrés, ansiedad y depresión están asociados con la migraña ( $p$ -valor  $<0.05$ ). Los hallazgos coinciden con Shimonov S. (3), quien señala la asociación de los dolores de cabeza con la ansiedad ( $p=0.018$ ) así como mayor severidad de ansiedad y de síntomas depresivos. Coronel, A y Gonzáles, M. (39) señalan que la prevalencia de la depresión en migraña es más en mujeres debido a la influencia de las hormonas ováricas; la asociación de la depresión y migraña tiene bases patogénicas expresadas en un estado inflamatorio con liberación de citoquinas como la interleuquina 6 y factor de necrosis tumoral (FNT) que induce a un incremento sostenido del cortisol que deriva en lesión neuronal del hipocampo. Asimismo, Cjuno, J y Caballero, J (40) refieren que 1 de cada 3 pacientes con migraña tiene síntomas de ansiedad, al realizar el análisis de subgrupos, se determinó que la proporción de personas con síntomas de ansiedad fue 3 veces mayor en las personas que abusan de medicamentos. Para Castillo, I, Barrios, A y Alvis, L (41) quienes analizaron el nivel de estrés en estudiantes universitarios, el 47.7% presenta un nivel alto y medio alto siendo los dolores de cabeza y migraña las reacciones físicas más frecuentes (37.2%). Lo expresado sustenta los resultados de la investigación, dado que los estudiantes de medicina se enfrentan día a día a diversos escenarios de aprendizaje por lo que pueden desarrollar síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión que derivan en síntomas de cefaleas y migrañas.

Finalmente en relación a los factores alimenticios se evidenció que el consumo de grasas se asocia a la aparición de migraña ( $p$ -valor  $<0.05$ ), dentro del mencionado aspecto coincide con Zarea K(1), quien reportó que las grasas y frituras son considerados factores alimentarios que intensifican las migrañas. Gilbert et al (42) indican que aún no está claro el papel de las grasas en la migraña, existe evidencia de tratamientos con dos enfoques dietéticos opuestos para reducir la frecuencia y gravedad de las crisis: una dieta alta en grasa y otra dieta baja en grasa, pero consideran que lo más importante es el tipo de grasa ingerida durante el día. Ante ello se explica

sobre las constantes horas de estudio y trabajo que demanda una carrera universitaria, y en la búsqueda de satisfacer dichos malos hábitos se produce una alteración de la conducta alimentaria y búsqueda compulsiva de determinadas comidas.

## V. CONCLUSIONES

- Existen factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- El factor demográfico del sexo, tenencia de hijos y estado civil están asociado a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022
- Los factores psicosociales de la ansiedad, depresión y estrés están asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.
- El factor alimenticio del consumo de grasas está asociado a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022

## VI. RECOMENDACIONES

1. Ante los resultados expuesto, se sugiere además que a pesar de haber realizado el estudio con un instrumento validado como es el ALCOI-95, aún es necesario hacer hincapié en el diagnóstico de la Migraña, para evitar falsos positivos por ello sería necesario establecer un diagnóstico con el apoyo de neurología y complementar la parte clínica faltante.
2. Se establece que los factores que se encontraron en relación fueron el género la ansiedad, estrés, depresión y el consumo de enlatados, lo cual debe estar como base de estrategias de intervención que puedan ayudar al manejo académico y social que lleva un estudiante de la carrera de Salud.
3. Las universidades y colegios deben considerar la posibilidad de establecer centros de acogida para estudiantes que brinden servicios de asesoramiento a los estudiantes que experimentan diferentes problemas de salud mental. Las actividades sociales y recreativas en la universidad pueden desempeñar un papel importante para aliviar a los estudiantes del estrés, las frustraciones relacionadas con los estudios y sus vidas en general.
4. Los estudios adicionales deben centrarse en la población general, así como en una población de estudio específica que es vulnerable a los ataques de migraña y diferenciar entre dolores de cabeza primarios y secundarios para obtener más información sobre las características y los desencadenantes de esta enfermedad.
5. Finalmente, los estudios futuros deberían centrarse en identificar los subtipos de migraña, así como en explorar detalles e información sobre los factores desencadenantes entre los estudiantes de medicina. También se sugieren intervenciones bien diseñadas para prevenir los ataques de migraña y un programa educativo para aumentar la conciencia sobre la migraña entre los estudiantes de medicina.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarea K, Rahmani M, Hassani F, Hakim A. Epidemiología y factores asociados de la migraña entre estudiantes de medicina: un estudio descriptivo-analítico. *Clin Epidemiol Glob Heal*. 2018 Sep 1;6(3):109–14.
2. Gu X, Xie YJ. Ataques de migraña entre estudiantes de medicina en la Universidad de Soochow, sureste de China. *J Pain Res [Internet]*. 2018 Apr 12 [cited 2021 Jul 2];11:771–81. Available from: [/pmc/articles/PMC5905467/](#)
3. Shimonov S. Ansiedad, depresión y otros factores asociados con el dolor de cabeza en estudiantes de medicina. [Internet]. [Lituania]: Universidad de Ciencias de la Salud de Lituania.; 2019 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/105339>
4. Panigrahi A, Behera BK, Sarma N. Prevalencia, patrón y factores psicosociales asociados del dolor de cabeza entre estudiantes de pregrado de la profesión de la salud. *Clin Epidemiol Glob Heal*. 2020 Jun 1;8(2):365–70.
5. Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev D V., Kislyak N V., Olesen J. Factores psicosociales asociados a la migraña y la cefalea tensional en estudiantes de medicina. *Cephalalgia [Internet]*. 2017 Nov 1 [cited 2021 Jun 22];37(13):1264–71. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0333102416678389>
6. Arrayan P. “Frecuencia de migraña y grado de discapacidad ocasionada en estudiantes de medicina humana y su relación con la complejidad de las asignaturas cursadas, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016”. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2016.
7. Nicho C. Cefalea tensional y migraña, en relación al desarrollo laboral y profesional en los pacientes adultos de 18 a 50 años de edad atendidos en consultorio externo de neurología en Tacna en el periodo 2019-2021 [Internet]. Universidad Privada de Tacna. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2021 [cited 2021 Jul 4]. Available from: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/1821>
8. Ayala S. Determinar la prevalencia y nivel de discapacidad de migraña en estudiantes de medicina, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2015. Arequipa; 2016.
9. Weatherall MW. Las teorías de la migraña de Liveing y Latham: una reevaluación. *Brain [Internet]*. 2012 [cited 2021 Jul 5];135(8):2560–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22382360/>
10. Benavides D, Rodríguez L, Restrepo J, Vargas D. Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no? Pathophysiology of migraine: vascular theory, true or not? *Acta Neurol Colomb*. 2015;31(1):84–91.

11. Comité de Clasificación de Cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3.a edición (versión beta). Cephalalgia [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2021 Jul 5];33(9):629–808. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23771276/>
12. Drummond P, Lance J. Alteraciones neurovasculares en pacientes con cefalea. Headache. 2004 Oct;44(9):865–72.
13. Kelman L. El postdromo del ataque agudo de migraña. Cephalalgia [Internet]. 2006 Feb [cited 2021 Jul 5];26(2):214–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16426278/>
14. Maniyar F, et al. Activaciones cerebrales en la fase premonitoria de los ataques de migraña desencadenados por nitroglicerina. Brain [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 5];137(1):232–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24277718/>
15. Laurell K, Arto V, Bendtsen L, Hagen K, Häggström J, Linde M, et al. Síntomas premonitorios en la migraña. Cephalalgia. 2016 Sep 1;36(10):951–9.
16. Viana M, Linde M, Sances G, Ghiotto N, Guaschino E, Allena M, et al. Síntomas del aura de migraña: duración, sucesión y relación temporal con el dolor de cabeza. Cephalalgia [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2021 Jul 5];36(5):413–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26156076/>
17. Hansen JM, Lipton RB, Dodick DW, Silberstein SD, Saper JR, Aurora SK, et al. La migraña está presente en la fase del aura: un estudio prospectivo. Neurology [Internet]. 2012 Nov 13 [cited 2021 Jul 5];79(20):2044–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23115208/>
18. Olesen J, Boussier MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. Nuevos criterios de apéndice abiertos para un concepto más amplio de migraña crónica. Cephalalgia [Internet]. 2006 Jun [cited 2021 Jul 5];26(6):742–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16686915/>
19. Bose P, Goadsby PJ. The migraine postdrome. Current Opinion in Neurology [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jul 5];29(3):299–301. Available from: [https://journals.lww.com/coneurology/Fulltext/2016/06000/The\\_migraine\\_postdrome.15.aspx](https://journals.lww.com/coneurology/Fulltext/2016/06000/The_migraine_postdrome.15.aspx)
20. Ashina S, Serrano D, Lipton RB, Maizels M, Manack AN, Turkel CC, et al. Depresión y riesgo de transformación de migraña episódica a crónica. J Headache Pain. 2012 Nov;13(8):615–24.
21. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraña y comorbilidad psiquiátrica. J Headache Pain. 2011 Apr;12(2):115–25.
22. Selena O. Intervenciones dietéticas y nutraceuticas para el tratamiento del dolor de cabeza: una revisión de la evidencia. Cephalalgia. 2016 Oct 1;36(12):1112–33.

23. Razeghi S, Ghorbani Z, Martelletti P, Lampl C, Togha M. Asociación de dieta y dolor de cabeza. *J Headache Pain*. 2019 Nov 14;20(1).
24. Brut E, Klement R, Schoenen J, Agostino D, Fischer D. Mecanismos de protección potenciales de los cuerpos cetónicos en la prevención de la migraña. *Nutrients* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Jul 9];11(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30974836/>
25. Chen L, Zhang Z, Chen W, Whelton P, Appel L. Menor ingesta de sodio y riesgo de dolores de cabeza. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2021 Jul 9];106(7):1270–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27077348/>
26. Robblee J, Starling A. SEMILLAS para el éxito: manejo del estilo de vida en la migraña. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 9];86(11):741–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31710587/>
27. Seng E, Buse D, Klepper J, Mayson S, Grinberg A, Grosberg B, et al. Factores psicológicos asociados con la migraña. *Headache* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2021 Jul 9];57(4):593. Available from: </pmc/articles/PMC5378650/>
28. Baskin S, Smitherman T. Migraña y trastornos psiquiátricos: comorbilidades, mecanismos y aplicaciones clínicas. *Neurol Sci* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 9];30 Suppl 1(SUPPL. 1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19415428/>
29. Yong et al. Prevalencia y factores de riesgo de depresión. *J Headache Pain* [Internet]. 2012 Jun [cited 2021 Jul 9];13(4):303–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22466285/>
30. Chiros C, O'Brien W. Aceptación, valoraciones y afrontamiento en relación con la migraña. *J Behav Med*. 2011 Aug;34(4):307–20.
31. Viana M et al. Factors associated to chronic migraine with medication overuse: A cross-sectional study. *Cephalalgia*. 2018 Dec 1;38(14):2045–57.
32. Sampieri R. Metodología de Investigación [Internet]. 2.a ed. Vol. 1. 2016 [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://tsmetodologiainvestigaciondos sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/175/2021/05/U5-Ampliatoria-Hernadnez-Sampieri-Cap-10.pdf>
33. Menon B, Kinnera N. Prevalence and characteristics of migraine in medical students and its impact on their daily activities. *Ann Indian Acad Neurol* [Internet]. abril de 2013 [citado 17 de diciembre de 2021];16(2):221. Disponible en: </pmc/articles/PMC3724079/>
34. Cardona J, Salazar J, Perez J. Prevalencia de migraña y análisis de factores asociados manuscrito aceptado en estudiantes de medicina colombianos. *CIMEL*. 2018;23(2).
35. Gálvez A, Sítu M, Tapia H, et al. Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de una Universidad de Lima-Perú. Artículo original. *Rev Neuropsiquiatr* 74 (4). 2011. 287.



- Disponible en:  
<http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/329/389>
36. Almeida CM., Lima PA., Stabenow R., Mota RS., Boechat AL., Takatani M. Headache-related disability among medical students in Amazon: a cross-sectional study. *Arq Neuropsiquiatr.* 2015;73(12):1009–1013.
  37. Johnson H., Guhl G., Arora J., Walling A. Migraine in students of a US medical school. *Fam Med.* 2014;46(8):615–619.
  38. Cardona J et al. Prevalencia de migraña y análisis de factores asociados en estudiantes de medicina colombianos. *CIMEL* 2018;23(2): xx-xx.
  39. Coronel Idrovo et al. Conocimientos sobre prevalencia de depresión en migraña en los últimos cinco años: Análisis sistemático. [Internet].; 2019. Acceso 17 de Enero de 2022. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16878/tesis%208.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  40. Cjuno J, Caballero-Alvarado J. Síntomas de ansiedad y abuso de medicamentos en pacientes con migraña crónica de Trujillo, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2020; 58(2).
  41. Castillo I; Barrios A; Alvis L R. Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia\* *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 20, núm. 2, 2018 Pontificia Universidad Javeriana Colombia
  42. Gibert E, Castan E, Laia D, Manel M. Recomendaciones dietéticas actualizadas en la prevención de la Migraña. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* en la. 2019; 25 (3).

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 01

#### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p><b>GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?</li> </ul>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Determinar los factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.</li> <li>• Identificar los factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.</li> <li>• Identificar los factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en</li> </ul>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Existen factores asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.</p> <p><b>ESPECÍFICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen factores demográficos asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022</li> <li>• Existen factores psicosociales asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.</li> <li>• Existen factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de</li> </ul>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Factores</p> <p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Prevalencia de migraña</p> <p><b>Variable Interviniente</b></p> <p>Edad</p> <p>Género</p> <p>Procedencia</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b></p> <p>Estudio de tipo aplicada, relacional, de enfoque cuantitativo</p> <p><b>Nivel de investigación</b></p> <p>Considerando la naturaleza del estudio, el nivel corresponde a un estudio relacional</p> <p><b>Población y Muestra</b></p> <p><b>Población</b></p> <p>La población estará conformada por estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica</p> <p><b>Muestra</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores alimenticios asociados a la prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022?</li> </ul>	<p>estudiantes de Medicina de la UNICA, 2021-2022.</p>	<p>Medicina de la UNICA, 2021-2022</p>		<p>Serán todos los estudiantes que acuden en el período de recolección de datos y que cumplan con los criterios de selección</p> <p>No Probabilístico – Intencional</p> <p><b>Técnicas e instrumentos:</b></p> <p>Se utilizará la encuesta y cuestionario.</p>
--	--	--	--	--

**ANEXO 02**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ESCALA
Factores	Independiente	Son condiciones o circunstancias que contribuyen a la medida del número total de personas que tienen (o tuvieron) migraña	Demográficos	Edad Género Ocupación Ciclo de estudio Estado Civil Zona de vivienda Ingresos	Cuestionario	Nominal
			Psicosociales	Depresión	Cuestionario DAS-21	Intervalo

				Ansiedad Estrés		
			Alimenticios	Tipo de dieta Rutina alimenticia	Cuestionario	Nominal
Prevalencia de Migraña	Dependiente	Número total de personas que sean diagnosticadas con migraña	No aplica		Cuestionario ALCOI-95	Razón

## ANEXO 03

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### CUESTIONARIO N° 1

#### UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “Dr. DANIEL ALCIDES CARRIÓN”

#### CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS

**Dirigido a:** Estudiantes, estimados participantes el cuestionario es anónimo y confidencial, por lo que debe completarlo con total sinceridad

**Instrucciones:** Después de haber aceptado y firmado el consentimiento informado, deberá leer atentamente y responder y marcar con una “X” según corresponda. Agradezco de forma anticipada su participación.

**FICHA N°:** \_\_\_\_

#### I. FACTORES DEMOGRÁFICOS

➤ **Edad:** \_\_\_\_\_

➤ **Género:**

1. Femenino

2. Masculino

➤ **Ocupación:**

**1. ¿Usted trabaja y estudia?**

a) Sí

b) No

**2. ¿Si trabaja, cuanto tiempo le demanda?**

a) Interdiario

b) Toda la semana

c) Fines de semana

**3. ¿Si trabaja, la realización de sus actividades laborales demanda esfuerzo físico?**

a) Sí

b) No

➤ **Ciclo de estudio**

1. ¿Cuál es su ciclo de estudio?

\_\_\_\_\_

➤ **Estado Civil**

1. ¿Cuál es su estado civil?

\_\_\_\_\_

2. ¿Tiene hijos?

a) Si

b) No

➤ **Zona de vivienda**

1. ¿A qué zona pertenece su hogar de residencia actual?

a) Urbana

b) Rural

➤ **Ingresos**

2. ¿Cuál es su ingreso aproximado mensual? \_\_\_\_\_

---

## **II. FACTORES PSICOSOCIALES**

### **DASS-21**

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

0 No me aplicó

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3



### **III. FACTORES PATOLÓGICOS**

**1. ¿Sufre de alguna enfermedad?**

- c) Si
- d) No

**2. Al responder Sí, especifique qué tipo**

- a) Asma
- b) Diabetes
- c) Anemia
- d) Problemas cardiovasculares
- e) Otros: \_\_\_\_\_

### **IV. FACTORES FARMACOLÓGICOS**

**1. ¿Practica la automedicación?**

- a) Sí
- b) No

**2. ¿Qué tipo de medicamento usualmente se automedica?**

- a) Analgésicos
- b) Antibióticos
- c) Antihistamínicos
- d) Otros: \_\_\_\_\_

### **V. FACTORES ALIMENTICIOS**

**1. ¿Consume grasas?**

- a. Consumo semanal
- b. 1 día a la semana
- c. Entre 2 y 4 días

- d. Entre 5 y 7 días
- e. No consumo

**2. ¿Consume lácteos?**

- a. Consumo semanal
- b. 1 día a la semana
- c. Entre 2 y 4 días
- d. Entre 5 y 7 días
- e. No consumo

**3. ¿Consume alimentos enlatados?**

- a. Consumo semanal
- b. 1 día a la semana
- c. Entre 2 y 4 días
- d. Entre 5 y 7 días
- e. No consumo

**4. ¿Consume vino o alcohol?**

- a. Consumo semanal
- b. 1 día a la semana
- c. Entre 2 y 4 días
- d. Entre 5 y 7 días
- e. No consumo

## CUESTIONARIO N° 2

### AUTOCUESTIONARIO PARA MIGRAÑA ALCOI 95

**1. ¿Ha tenido alguna vez dolor de cabeza?**

1. Sí

2. No

**2. ¿Cuántas crisis de dolor de cabeza ha tenido hasta ahora?**

1. De 1 a 4 crisis

2. De 5 a 9 crisis

3. 10 o más crisis

**3. ¿Cuánto le suele durar el dolor de cabeza si no toma medicina, ni está trabajando?**

1. Menos de 4 horas

2. Más de 4 horas

3. Más de 72 horas (3 días)

**4. ¿El dolor se localiza en la parte izquierda o derecha de la cabeza?**

1. Izquierda

2. Derecha

3. Ambos

**5. ¿El tipo de dolor es como si latiese la cabeza?**

1. Si

2. No

**6. ¿Cómo repercute el dolor en su trabajo diario?**

1. No me impide realizar las actividades diarias, incluidos los trabajos caseros

2. Me dificulta, pero no me impide realizar actividades diarias

3. Debo suspender todas las actividades

**7. ¿Su dolor de cabeza empeora subiendo y bajando escaleras o realizando ejercicio físico similar?**

1. Sí

2. No

**8. ¿Su dolor de cabeza se acompaña de.....?**

1. Náuseas y vómitos

2. Más o menos ganas de comer

3. Le molesta la luz cuando tiene el dolor de cabeza

4. Le molestan los ruidos cuando tiene dolor de cabeza

5. Ninguno

**9. ¿Ha tenido alguna de las siguientes alteraciones antes o durante el dolor de cabeza al menos en dos ocasiones?**

1. Lucecitas, manchas fosforescentes

2. Manchas negras en la zona donde mira

3. No ver la mitad de un objeto que está mirando en ese momento

4. Pérdida de la fuerza u hormigueo en la mitad del cuerpo hablar enredado o ver doble

5. Ninguna

**10. En caso afirmativo respecto a la pregunta anterior ¿desaparecen las alteraciones antes de 60 minutos?**

1. Sí

2. No

## **ANEXO 04**

### **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE TRASTORNOS POR DOLOR DE CABEZA (ICHD) -3B**

Criterios de migraña

#### **Sin aura**

- A. Al menos cinco ataques que cumplen los criterios B – D
- B. Ataques de cefalea que duran entre 4 y 72 h (sin tratamiento o tratamiento ineficaz)
- C. El dolor de cabeza tiene al menos dos de las siguientes cuatro características:
  - 1. Ubicación unilateral
  - 2. Calidad pulsante
  - 3. Intensidad de dolor moderada o intensa
  - 4. Agravado por o causando evitar la actividad física de rutina (p. Ej., Caminar o subir escaleras)
- D. Durante el dolor de cabeza, al menos uno de los siguientes
  - 1. Náuseas y o vómitos
  - 2. Fotofobia y fonofobia
- E. No se explica mejor por otro diagnóstico de ICHD-3

#### **Con aura**

- A. Al menos dos ataques que cumplan los criterios B y C
- B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles:
  - 1. Visual
  - 2. Sensorial
  - 3. Habla y / o lenguaje
  - 4. Motor
  - 5. Tronco cerebral
  - 6. Retina
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características-
  - 1. Al menos un síntoma del aura se propaga gradualmente durante  $> o = 5$  min y / o aparecen dos o más síntomas en sucesión
  - 2. Cada síntoma de aura individual dura de 5 a 60 minutos
  - 3. Al menos un síntoma del aura es unilateral
  - 4. El aura se acompaña, o sigue en 60 minutos, de dolor de cabeza .
- D. No se explica mejor por otro diagnóstico de ICHD-3: y se ha excluido el ataque isquémico transitorio.

## ANEXO 05

### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

#### Confiabilidad de los instrumentos

Se empleó el coeficiente alfa de Crombach para indicar la consistencia interna del instrumento.

Se siguieron los siguientes pasos.

- a. Para determinar el grado de confiabilidad de los, primero se determinó una muestra piloto de 26 estudiantes. Posteriormente, se aplicó para determinar el grado de confiabilidad.
- b. Luego, se estimó la confiabilidad por la consistencia interna de Cronbach, mediante el software SPSS, el cual analiza y determina el resultado con exactitud.

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	26	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	26	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,950	,950	21

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	26	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	26	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,754	,682	9

Para el instrumento de DASS-21 se obtiene un coeficiente de 0.950 que determina que el instrumento tiene una confiabilidad excelente, según la tabla 1.

Para el AUTOCUESTIONARIO PARA MIGRAÑA ALCOI 95 se obtiene un coeficiente de 0.754 que determina que el instrumento tiene una confiabilidad Aceptable, según la tabla 1.

Tabla 1 Nivel de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach

Rango	Nivel
0.9 – 1.0	Excelente
0.8 – 0.9	Muy bueno
0.7 – 0.8	Aceptable
0.6 – 0.7	Cuestionable
0.5 – 0.6	Pobre
0.0 – 0.5	No aceptable