



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

**ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS
MIGRANTES, CHILENOS Y NACIONALIDAD NO REPORTADAD:
CASEN:2015**

Catalina Folch C.

Catalina Hernández C.

María Emilia Mora Sola.

Paula Ramírez R.

Tesis presentada a la Carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo para optar al título profesional de Enfermera (o).

PROFESOR GUÍA: Sr. Victor Pedrero C.

Diciembre, 2018

SANTIAGO

INDICE

Introducción	3
Marco Teórico	4
Pregunta de Investigación y Objetivos	16
Metodología	17
Resultados de Investigación	26
Discusión	35
Resumen	40
Referencias Bibliográficas	41
Anexos	45

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto un aumento en la tasa de inmigración en nuestro país, llenando las calles de Santiago y regiones de diversidad cultural, ya sea en el ámbito laboral como social. Actualmente en Chile residen 411.000 migrantes internacionales, lo que equivale a un 2.3% de la población nacional (N. Rojas & Silva, 2016), de acuerdo con estas cifras se establece la relevancia de que este grupo sea objeto de estudio.

Estas personas emigran mayoritariamente desde su país natal en búsqueda de oportunidades laborales y mejorar su calidad de vida durante su estadía en Chile, pero se ha visto que producto de procesos como la aculturación, factores psicosociales, limitaciones lingüísticas, económicas y/o educativas surgen un mayor riesgo a desarrollar patologías mentales o exacerbación de trastornos del estado del ánimo preexistentes (Ministerio de Salud: Subsecretaría de Salud, 2009).

Respecto a esto nace la duda sobre la situación de estas personas inmigrantes, su estado salud y la cobertura que pudieran tener en Chile. Es por eso que la interrogante de esta investigación se basa en cuál es el nivel de acceso y uso del sistema de salud en el área de salud mental.

Para esta interrogante, se utilizó como población en estudio a todos los participantes de la encuesta CASEN 2015 mayores de 18 años y con esta información se describió socio demográficamente a la población migrante que consulta en los servicios de salud mental respecto a la población natal de Chile, también se describió su nivel de consulta respecto a la población total aportando con información a vacíos existentes respecto a este tema de salud pública con énfasis en la salud mental.

Por lo tanto esta investigación pretendió esclarecer la información disponible sobre la población migrante que usa y accede al servicio de salud mental, en una encuesta poblacional, permitiendo obtener un perfil de esta población según sus características sociodemográficas descritas en la encuesta CASEN 2015, teniendo como fin ser un aporte dentro de la base de conocimientos.

MARCO TEÓRICO

La organización del siguiente marco teórico se basará en la división de los temas principales que abarcan nuestra investigación: ¿Que es la migración?; Realidad de la inmigración en Chile y la distribución de la población migratoria dentro del país; Migración como un determinante social de la salud y Acceso y uso de los servicios de salud y Salud Mental.

¿Qué es la migración?

Migrante, sujeto quién vive la migración, es definido por la Organización internacional de las Migraciones (OIM) como “Cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de su situación jurídica, del carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, de las causas del desplazamiento o de la duración de su estancia” (IOM, 2011).

Realidad de la inmigración en Chile y la distribución de la población migratoria dentro del país

A nivel mundial se estima que alrededor de 200 millones de personas emigran de sus países actualmente y de estos la mayoría provienen de América Latina y el Caribe, es decir, alrededor del 4% de la población total es migrante (Cabieses, B., Bernal, M., McIntyre, 2017). Por otro lado, desde que la inmigración ha resultado ser un tema mundial, hemos reconocido a EEUU como el destino preferido para la búsqueda de oportunidades laborales, siendo denominado “El país de las oportunidades”, pero también se ha demostrado una creciente migración dentro de la región latinoamericana, en la cual personas que habitan en países de menor desarrollo en el continente migran hacia los países con potencial de oportunidades, este concepto ha sido llamado “Migración Sur-Sur” (Cabieses et al., 2017).

En la actualidad, el estado de salud de la población chilena es similar a algunos países desarrollados, por lo que Chile se vuelve, cada vez con más fuerza, un país de atracción para personas que experimentan en sus países violencia, inseguridad política, desempleo y conflicto armado (Cabieses et al., 2017).

Dado lo anterior la migración en Chile se ha incrementado considerablemente desde los años noventa, generando un cambio poblacional (Cambiaso, 2008). Durante mucho tiempo Chile ha sido país de recepción de migrantes provenientes principalmente de países de Europa, Asia y África. Sin embargo, en la actualidad, la mayor cantidad de inmigrantes provienen de países latinoamericanos en la cual destaca la migración fronteriza e ilegal, es decir el patrón migratorio ha presentado cambios en el transcurso del tiempo (G. Rojas, 2008). A partir de estos cambios en las formas de migración, surge un nuevo subgrupo dentro de los migrantes internacionales. Este subgrupo representa a las personas indocumentadas o que no refieren su nacionalidad de origen, lo que dificulta obtener una información exacta de las estadísticas poblacionales nacionales (Cabieses, Pickett, & Tunstall, 2012).

En consecuencia, según la información recogida por el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio de Interior y Seguridad Pública, la población migrante en Chile alcanzaría los casi 411.000 extranjeros residentes, lo que equivale al 2.3% de la población nacional (N. Rojas & Silva, 2016). Según los recientes datos del CENSO 2017, la población migrante proviene principalmente, de 3 países de América Latina; Perú (25,3%), Colombia (14,2%) y Venezuela (11, %) (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018). Al interior del país son tres las regiones que concentran la mayor cantidad de población migrante, en primer lugar, la región Metropolitana, concentrando el 61,5% del total de la población total inmigrante, en segundo lugar, la región de Antofagasta y en tercer lugar la región de Tarapacá. (Cabieses et al., 2017). Las principales razones que tiene esta población para dejar sus países es encontrar mejores condiciones de vida e ingreso económico. La mayoría son mujeres, proceden de zonas urbanas y se incorporan en diferentes áreas productivas tales como construcción, industria y servicios domésticos (Alvarado, 2008).

Migración como un determinante social de la salud

Al enfrentarse al proceso de la migración, las personas se encuentran expuestas a diferentes riesgos para su estado de salud derivados del proceso de desplazamiento. Estos problemas son similares a los experimentados por el resto de la población, pero se han evidenciado

con prevalencias más altas (OMS, 2017). Dentro de los problemas encontramos una mayor mortalidad neonatal, accidentes cardiovasculares, alteraciones debidas al uso indebido de drogas, trastornos nutricionales, alcoholismo y violencia, lesiones traumatológicas y aumento de vulnerabilidad a enfermedades no transmisibles, como también mayor riesgo a desarrollar trastornos psicosociales y de salud mental (OMS, 2017). Este último riesgo para los migrantes de presentar trastornos de salud mental es particularmente relevante porque estudios han evidenciado que algunas alteraciones son más prevalentes en esta población, por ejemplo, entre las poblaciones de atención primaria, los refugiados y las poblaciones monolingües de habla hispana en Estados Unidos, hay una alta prevalencia de trastornos afectivos, que se estima en un 45% del total de los reportados (Caplan & Buyske, 2015).

En la década de los años 30, Odegaards señaló que el proceso de migración era un factor de riesgo para la salud mental, pero esto solo se empezó a estudiar en Reino Unido en 1950 cuando el proceso migratorio de personas que provenían de sus colonias ubicadas en el Caribe y de otros países comenzó a causar impacto en la población. Los resultados al estudio mostraron que esta población de inmigrantes tenía una mayor tasa de esquizofrenia (Alvarado, 2008). Actualmente, la evidencia demuestra que este mayor riesgo de padecer esquizofrenia se da en algunos casos grupos de inmigrantes como afro-caribeños, africanos y por causas de guerra, persecuciones políticas o de otros tipos (Alvarado, 2008).

La población extranjera representa un subgrupo particularmente vulnerable a sufrir algún trastorno de salud mental, ya que la migración lleva consigo una serie de cambios y dificultades que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de una patología mental (Salgado et al., 2014). A pesar de que no está cuantificado el nivel de vulnerabilidad y riesgo de desarrollar alguna patología, existe consenso entre los autores respecto a que efectivamente se ven afectados por el proceso y los factores estresores que se ven expuestos durante el proceso migratorio. En la literatura se ha descrito el concepto de “Duelo migratorio”, lo cual puede contribuir a la comprensión de esta situación. El duelo migratorio se asocia a 7 pérdidas: pérdida del contacto social, pérdida de la lengua originaria, pérdida cultural, de los paisajes y la tierra, pérdida del status social, pérdida del contacto con grupo étnico y de la seguridad física. Estas pérdidas llevan a la persona a realizar una elaboración psicológica que dará origen a un duelo, pudiendo tener o no un

carácter psicopatológico, es decir, el efecto en la salud mental de las personas que emigran dependerá de un conjunto de factores individuales, del contexto social y del propio proceso de migración (Alvarado, 2008).

Además es importante destacar que la migración va de la mano con la entrada simultánea al proceso de aculturación, lo que puede ser otro factor estresante para esta población (Urzúa M., Heredia B., & Caqueo-Urizar, 2016). La aculturación implica el contacto con otra cultura con la consiguiente influencia en los comportamientos, valores y normas. La Organización internacional de las Migraciones (OIM) se refiere a esta como “La adaptación parcial o total es el resultado de contactos e interacciones entre diferentes culturas a través de la migración y de las relaciones comerciales” (OIM & IPPDH, 2017).

Viendo esto, los determinantes sociales de la salud explican los distintos contextos y circunstancia en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen. Estos son definidos como factores y mecanismos que van a afectar las condiciones de vida de las personas y por ende es incluido el sistema de salud. Los determinantes son influenciados por el resultado de la relación entre distintas variables las cuales principalmente son relacionada con la distribución de dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional, y local a través de las políticas adoptadas (OMS, 2018). Existen tres tipos de determinantes sociales de la salud: Los determinantes proximales, los cuales tienen relación con lo propio del individuo, los intermedios, los cuales tienen relación con las instituciones involucradas y los distales, relacionados con la política (OMS, 2018)

Determinantes sociales de la salud



Fuentes: Whitehead and Dahlgren (1991)

En este contexto cobran relevancia los determinantes sociales de la salud, los cuales contribuyen a comprender mejor los problemas de la salud de las poblaciones, pues afectan de manera directa a la salud, por ejemplo, un ambiente social poco cohesionado, se ha relacionado con una disminución de la capacidad de respuesta psico-biológica. Esto implica que estas personas podrían tener una menor capacidad de respuesta adrenérgica, episodios de angustia y depresión más frecuentes y estar predispuestos a seguir estilos de vida nocivos para la salud como tabaquismo, alcoholismo o alimentación excesiva (Ministerio de Salud, n.d.). Al contrario de esto, una mayor integración comunitaria se relaciona con un mayor apoyo psicológico lo que podría actuar como factor protector para la salud mental (De Roda & Moreno, 2001).

Dentro de estos determinantes existe consenso respecto al reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, ya que consta de un proceso dinámico y variable que va a influir en la vulnerabilidad de esas personas, aumentando el riesgo para la salud de las personas migrantes y su entorno social (Ministerio de Salud, n.d.). Esto tiene relación con el proceso de migración, el cual va a implicar cambios en el estilo de vida, en las condiciones del medio social y comunitario, en lo socioeconómico, político, estructural y

finalmente ambiental. También, además del grado de integración, ejemplo que se discutió anteriormente, existen otros factores que también inciden en la salud mental de las personas migrantes, tales como uno de los factores estructurales que es el nivel socioeconómico (NSE). En general existe una relación inversa entre el NSE y los problemas de salud mental, es decir, personas de más bajo NSE presentan una mayor probabilidad de tener problemas de salud mental tales como intentos suicidas, sintomatología depresiva, trastornos del ánimo, ansiedad, entre otros (Ortiz-Hernández, López-Moreno, & Borges, 2007). Por lo tanto, todos estos factores van a generar dificultades para los migrantes para integrarse a nuevos estilos de vida y nuevos ambientes (Ministerio de Salud, n.d.).

En conclusión, el proceso migratorio tendrá un efecto sobre la salud ya que existirá una dualidad entre la integración social y la discriminación, por lo que todos los migrantes serán expuestos a situaciones estresantes, entre ellas el choque de culturas, la incorporación a la comunidad, entre otras (Cabieses, 2016). Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud son elementos o factores que van a influir en la susceptibilidad de alteraciones en la salud y nos guiarán para las intervenciones de promoción y prevención a través de políticas sociales y de salud. Las autoras del libro “La migración internacional como determinante de la salud en Chile” reafirman este análisis diciendo que “Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa, esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud” (Cabieses, B., Bernales, M. & McIntyre, 2017)

Acceso y uso a los servicios de salud y Salud Mental

Se ha mostrado que el acceso a la salud influye directamente en la salud de las poblaciones. Las poblaciones en riesgo, como lo son los migrantes, tienen peor acceso y por lo tanto uso de servicios, lo que hace que la calidad de su salud vaya en decaimiento, esto también involucra a la salud mental, la cual será nuestro foco de investigación.

Dado esto, el acceso a los servicios de salud para los inmigrantes es de gran importancia para las sociedades que los reciben, debido al inminente cambio poblacional que experimentan. Las políticas públicas deben facilitar la integración a los sistemas de salud y

también tienen la obligación moral de asegurar el acceso de los migrantes a la salud, de acuerdo a los principios de los derechos humanos (Norredam, Nielsen, & Krasnik, 2007). Sin embargo, la evidencia muestra que a pesar de los múltiples factores de estrés experimentados por los inmigrantes, estos tienden a subutilizar los servicios de salud mental (Sarría-Santamera, Hijas-Gómez, Carmona, & Gimeno-Feliú, 2016). Algunas de las razones son la incapacidad de pesquisa y/o reconocer los signos y síntomas, discriminación, racismo, falta de conocimiento en la cultura, baja dominancia en el lenguaje, entre otros (Das-Munshi, Leavey, Stansfeld, & Prince, 2012; Yearwood, Crawford, Kelly, & Moreno, 2007). Con estos ejemplos y lo ya explicado en el modelo de los determinantes de la salud, se infiere que mientras más dificultoso sea el acceso o incluso no exista, peor será la salud de las poblaciones.

El acceso está conceptualizado de distintas maneras, pero el término se utiliza para describir factores o características que influyen en el contacto inicial o utilización de los servicios. Levesque, Harris y Russell definen el acceso a salud como una forma de ingresar, ser parte de un lugar y como el derecho u oportunidad de utilizar los servicios de atención sanitaria según las necesidades de los usuarios (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Dentro de los factores involucrados que mencionan los autores, encontramos variables que nacen desde la persona, del hogar, del entorno físico y social, y también de las características del sistema, de las organizaciones y proveedores de salud (Levesque et al., 2013). Es decir, para que exista un buen acceso debe haber un ajuste entre lo que el sistema ofrece y el usuario pide (Levesque et al., 2013).

Para asegurar un acceso equitativo, los servicios deben estar disponibles en proporción a las necesidades de la comunidad, integrando los conceptos de oferta y demanda. Por otro lado, existen determinantes que influyen en el acceso a los servicios de salud para los usuarios, tales como la ubicación del servicio, la disponibilidad de tiempo y recursos, la adecuación de los servicios, que tan avanzada esté la enfermedad, las actitudes de la persona, sus habilidades y prácticas de autocuidado (Levesque et al., 2013).

En el caso de los migrantes, Norradam describe los factores y las diferencias en la utilización de la salud y los resultados de esta entre migrantes y no migrantes, también

describe las razones de estas diferencias en la consulta en salud teniendo como principales conclusiones que los migrantes presentan menos acceso a los servicios de salud mental debido al estado en que se encuentran al momento de consultar al servicio y, por lo tanto, el diagnóstico se presenta con una enfermedad de mayor avance y gravedad, aumentando la mortalidad y disminuyendo el uso en comparación de los no-migrantes, lo que lleva al autor a describir las causas y las barreras que se les presentan a los migrantes previamente al acceso y uso (Norredam et al., 2007). Otro estudio en el cual se describe que los inmigrantes de Estados Unidos de América utilizan menos los servicios de salud mental que los no inmigrantes, a pesar de tener una necesidad igual o mayor, siendo el uso más bajo por parte de los hombres, los no asegurados y los indocumentados (Derr, 2017)

Para conceptualizar el acceso existen 5 dimensiones que describen los criterios a cumplir por los servicios de salud, es decir, estos deben contar con: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y acomodación, asequibilidad para los usuarios y adecuación (Ver tabla 1). Por otro lado, existen 5 criterios de las personas que interactúan con la dimensión de “Accesibilidad”, las cuales son requeridas para generar el primer acercamiento al acceso a la salud (Levesque et al., 2013). Estas son las habilidades para percibir, buscar, alcanzar, pagar y comprometerse con los servicios de salud, lo cual permitirá la correcta relación de funcionalidad entre los usuarios y los recursos de salud (Levesque et al., 2013). Las dimensiones de accesibilidad y aceptabilidad son las más influyentes en el proceso de salud de los migrantes, ya que marca la entrada a los servicios, entrada la cual se ve muchas veces dificultada. Es necesario que exista concordancia entre la disponibilidad del servicio y un cumplimiento de las expectativas del servicio, para que el usuario busque ayuda; de todas formas debido a que este estudio es secundario, estas dos dimensiones son las cuales se pueden profundizar de mejor manera dadas las preguntas que la CASEN nos da acceso para consultar, por lo que se puede ver como una limitación para indagar sobre el resto de las dimensiones.

Como Norredam describió, otra evidencia también ha mostrado que las personas migrantes acuden a servicios sanitarios por problemas de salud mental cuando estos han progresado de forma importante. Ho, Hunt y Li en su estudio con personas migrantes señalan que el 66.3% de los participantes refirieron que el gatillante para iniciar la búsqueda de ayuda en

salud mental fue la percepción de que los síntomas que estaban experimentando aumentaron de manera considerable como para manejarlos por sí solos (Ho, Hunt, & Li, 2008). De esto se desprende que quienes consultan serían aquellas personas que se encuentran en una etapa más avanzada de la enfermedad, con mayor sintomatología y mayor percepción de esta (Ho et al., 2008). Algo similar encontró Rugema en su estudio sobre barreras de acceso a salud mental en migrantes, el 60,7% de los participantes solo sintieron la necesidad de buscar ayuda al alcanzar un estado de “perturbación emocional”(Rugema, Krantz, Mogren, Ntaganira, & Persson, 2015).

Tabla 1: Dimensiones en el acceso de salud según Levesque.

Dimensión	Significado
Accesibilidad	Se relaciona con el hecho de que la persona buscará acceder a la salud una vez que identifique la necesidad de consultar. Los servicios por su parte pueden ser fáciles o difíciles de acceder.
Aceptabilidad	Se refiere a los factores culturales y sociales que hacen que las personas acepten los servicios que estén disponibles.
Disponibilidad y acomodación	Se refiere a que los lugares tengan recursos físicos y humanos suficientes para poder atender a las personas.
Asequibilidad	La capacidad económica para conseguir cuidados en salud.
Adecuación	Se relacionan con los servicios y la calidad de estos.

Una conducta de búsqueda de ayuda se define como “Cualquier acción de buscar enérgicamente ayuda de los servicios de atención médica o de personas de confianza en la comunidad e incluye comprensión, orientación, tratamiento y apoyo general cuando se sienten en problemas o en circunstancias estresantes” (Rugema et al., 2015). Sin embargo, aun cuando las personas migrantes sientan la necesidad de acudir a servicios de salud, parecen no lograr una atención pertinente debido a diferentes barreras. Rugema, Krantz, Mogren, Ntaganira y Persson, estudiaron estas barreras para el acceso y uso de servicios de salud mental en personas y las clasificaron en los siguientes subgrupos: obstáculos estructurales, individuales y estigmatizados (Rugema et al., 2015).

Las barreras estructurales hacen alusión a la lejanía de los servicios, la tenencia o no de un seguro de salud, los costos ya sea del transporte y/o atención de los servicios de salud (Derr, 2017; Rugema et al., 2015). Las barreras individuales incluyen el poco conocimiento de salud mental, el nivel educacional, el idioma de dominio (Rugema et al., 2015). Por último, las barreras estigmatizadas o culturales, incluyen la discriminación, ya sea, por la condición de inmigrante o de usuario de atención en salud mental, la falta de sensibilidad cultural entre los proveedores de atención sanitaria y las normas de salud que son desconocidas por la población inmigrante (Bauldry & Szaflarski, 2017; Derr, 2017). Todas estas barreras pueden llevar a que las personas migrantes no obtengan atención de salud mental oportuna lo cual afecta su salud y bienestar (Umubyeyi, Mogren, Ntaganira, & Krantz, 2016)

El presente estudio pretendió describir el perfil de las personas migrantes que solicitan ayuda por problemas de salud mental, enfatizando en aspectos que pueden condicionar el uso y acceso a servicios de salud mental por parte de esta población. Para ilustrar esto de mejor manera, se caracterizará también a la población Chilena y al subgrupo de personas que no declaran su nacionalidad. Esto nos permitirá comprender mejor el estado de la población migrante de manera comparativa con la población Chilena. Quienes no declaran su nacionalidad serán incluidos ya que presumiblemente, dicho grupo podría incluir a personas con situación migratoria irregular (Cabieses et al., 2012). La literatura ha descrito que existe una correlación entre subgrupo de personas que no declara su nacionalidad y la población inmigrante. Se sugiere que aquellas personas suelen esconder su estatus nacional debido al temor de ser juzgados por su ilegalidad en el país de destino (Cabieses et al., 2012). Por lo tanto, esta situación de irregularidad puede llegar a ser uno de los principales obstáculos que afecta a la población migrante.

No obstante, esta situación también afecta al rescate de la información estadística poblacional, debido a que promueve la subestimación de la población inmigrante (Cabieses et al., 2012). Es más, los Servicios Municipales refieren relacionarse constantemente con población que se encuentra en esta situación y que, por lo tanto, no pueden acceder a prestaciones básicas (Poblete et al., 2014).

En el estudio de Cabieses, se analizó esta diferencia entre los migrantes identificados y la población que no reporta nacionalidad mediante la encuesta CASEN 2006. Esta mostró que aproximadamente el 0,9% de la muestra total se identifica como inmigrante, lo que contrasta con el 1,8% de la población total inmigrante según los registros nacionales a la fecha (Cabieses et al., 2012) lo que nos permite inferir que existen variables que no están siendo indagadas por la falta de datos rescatados de un muestreo completo de la población migrante.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Pregunta de Investigación:

“¿Cuál es perfil de la población inmigrante, chilena y de quienes no reportan su nacionalidad, que utilizaron servicios de salud mental en Chile según la encuesta CASEN 2015?”

Objetivo general:

Conocer el perfil de las personas migrantes, chilenas y de quienes son reportan su nacionalidad que utilizaron servicios de salud mental en Chile según la encuesta CASEN 2015.

Objetivos específicos:

1. Describir la proporción de población inmigrante, chilena y a quienes no reportan su nacionalidad, que ha consultado por salud mental según la encuesta CASEN 2015.
2. Caracterizar a la población inmigrante, chilena y quienes no reportan su nacionalidad que consultan por salud mental según características sociodemográficas de acuerdo a la encuesta CASEN 2015.
3. Caracterizar a la población inmigrante, chilena y a quienes no reportan su nacionalidad que utilizó servicios de salud mental según su autopercepción de salud y pertenencia a un grupos sociales, nivel de discriminación según la encuesta CASEN 2015.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

El presente estudio fue estudio de datos secundarios, ya que se utilizó información recabada de la encuesta Casen 2015, esta corresponde a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social. El cual puede ser clasificado como observacional, descriptivo de corte transversal ya que el instrumento utilizado es una encuesta donde los datos recopilados fueron obtenidos un solo punto de tiempo con el fin de observar la situación actual de la población. En el caso de este estudio la finalidad fue dar a conocer la magnitud del acceso a Atención en Salud Mental, sin intervenir en los factores que podrían influir en el desarrollo de esto (Burns, N. & Grove, S., 2012)

Encuesta CASEN

La encuesta CASEN considera a toda la población chilena ya que es de cobertura Nacional (excluye áreas de difícil acceso) y se realiza cada 2 años, siendo la última versión el 2015. Dentro de sus objetivos destacan: Conocer periódicamente la situación de los hogares y de la población (con relación a aspectos demográficos, de educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos), estimar la magnitud de la pobreza y la distribución del ingreso, evaluar las distintas brechas que separan segmentos sociales y ámbitos territoriales y evaluar el impacto de la política social en la población. (Economía y negocios, Universidad de Chile, 2016)

El Organismo ejecutor de la encuesta es el INE (Instituto Nacional de Estadísticas, s.f.). La población objetivo corresponde a hogares que habitan viviendas particulares ocupadas y personas que residen en ellas permanentemente (Economía y negocios, Universidad de Chile, 2016).

Esta encuesta se organiza en 7 módulos en los cuales se divide la recolección de información. De estos 7 módulos, se rescatan preguntas que se relacionan a los objetivos de la investigación. (Anexo n°1)

Diseño muestral Encuesta CASEN

El diseño muestral utilizado en la encuesta CASEN es “Probabilístico, estratificado, por conglomerado y en múltiples etapas. La unidad última de selección es la vivienda, la unidad de interés es el hogar y la unidad de reporte son las personas miembros del hogar.”(Economía y negocios, Universidad de Chile, 2016).

La muestra utilizada en la encuesta CASEN corresponde a todas las personas y hogares que residen en viviendas particulares a lo largo del territorio nacional excluyendo sectores de difícil acceso previamente identificados por el INE. Entendiendo hogar como personas que viven bajo el mismo techo y comparten gastos de alimentación.

La entrevista se realiza con un informante por hogar que debe ser el jefe de hogar u otro integrante mayor o igual a 18 años. este informante es quien entregar información sobre todos los miembros residentes del hogar.

Muestra utilizada para este estudio

Adultos inmigrantes, chilenos y no-identificados que residan en Chile. Para identificar esta población se utilizaron preguntas que se relacionan con el objetivo principal de la investigación. (Anexo N°1). Se entiende por población inmigrante al total de personas residentes en hogares de viviendas particulares ocupadas cuya madre residía en otro país al momento de nacer.

Unidad de análisis

Adultos inmigrantes, Chilenos y no-identificados mayores de 18 años que hayan contestado la encuesta CASEN 2015 de forma directa o cuya información haya sido proporcionado por un tercero (jefe de hogar).

Variables

Como variable primaria se tomó Consultas por salud mental. Como variables secundarias se consideraron la siguientes: Edad, Sexo, Último Nivel de Educación Completado, Ingreso

autónomo per cápita del hogar, País de residencia de la madre cuando el individuo nació, Dónde consulto por salud mental, Autopercepción de salud, presencia de otras patologías, pertenencia a un grupo organizado y discriminación.

Definición de las variables

Para ver definición de variables. Ver Anexo N°2

Criterios de inclusión

Se incluyó en este estudio toda información de personas inmigrantes, chilenas o que no reportan su nacionalidad de cualquier sexo, mayor de 18 años cuyos datos se encuentran incluidos en la base de datos la encuesta Casen 2015.

Estrategia de análisis descriptivo

Para las variables cuantitativas se utilizaron caja de bigotes, gráficos de barra y tablas de frecuencia univariadas.

Para las variables cualitativas se utilizaron gráficos de barra y tablas de frecuencia univariadas.

Para los tres objetivos mencionados anteriormente se manipularon filtros en el programa de análisis SPPS. Estos filtros son: Mayores o igual a 18 años, Consulta por Salud Mental y nacionalidad. Además de estos, existe una excepción para la variable de autopercepción en salud, solo para este caso se realizó un filtro extra que corresponde a la presencia de la persona en el momento de la entrevista. Esto se hizo con el fin de obtener la respuesta más cercana a la realidad de las personas. Dentro de las variables que se utilizaron destacan cuatro variables que fueron operacionalizadas para lograr cumplir con los objetivos correspondientes. En el caso de la variable Consulta por salud mental, se recodificaron 48 respuestas alternativas, que aludían a la cantidad de consultas, en dos categorías “sí y no” con esto conoceremos quienes consultaron por salud mental y quiénes no. Para la variable

Nivel de Educación Completado, se recodificaron 13 categorías en 4, que nos indican si la persona completo su educación hasta Educación básica, media, técnica o profesional o no tuvo educación.

Para la variable Establecimiento en el cual se recibe la última atención se operacionalizaron 16 lugares de atención a 5 establecimientos, que nos indicarían si la persona recibió su última atención en APS, Atención Secundaria, Atención Terciaria, establecimiento de Sistema Privado de Salud u otro.

Por último para la variable Presencia de otras patologías se recodificaron 23 enfermedades, agrupándolas en 4 categorías Bipolaridad, Depresión, otra patología y no tiene otra enfermedad.

Limitaciones

En primer lugar la base de datos de la Encuesta Casen tiene información recopilada a partir de un solo encuestado, en este caso es respondida por el jefe de hogar u otro integrante mayor o igual a 18 años, quien entrega la información correspondiente a todas las personas que conforman el hogar, por lo que los integrantes individuales no contestan directamente. De esta forma existe información personal que puede no ser entregada en su totalidad por la persona que responde la encuesta, debido a encontrarse en ignorancia.

En segundo lugar, las preguntas formuladas en la encuesta Casen solo hacen referencia a la información sobre la Salud Mental de aquellas personas que acceden a este tipo de Atención, pero no hay información del estado de Salud Mental en el que se encuentran aquellas personas que no acceden. Por lo que no se podrá estimar la magnitud real del problema de Salud Mental.

Por último al ser un estudio descriptivo de datos secundarios por lo que, tampoco se logró indagar en cuáles son los factores que podrían condicionar la falta de acceso a Servicios de Salud Mental por parte de las personas.

Aspectos Éticos

Esta investigación se realizó a partir de un análisis de datos secundarios a partir de la encuesta CASEN. Esta base de datos es libre y los datos se encuentran anonimizados. Además, en su información técnica la encuesta señala que, dentro de los aspectos éticos,

destaca la actitud y responsabilidad tanto del Encuestador como de los Coordinadores, en pro de desarrollar de forma adecuada el cuestionario. Y solo en el caso de un rechazo a colaborar con el desarrollo de la encuesta CASEN 2015, por parte del Encuestado, se debe explicar que: “Los datos que se le solicitarán se utilizarán sólo con fines estadísticos, que se mantendrán en absoluta reserva, que son anónimos (no se solicita ni los apellidos ni el RUT de las personas) y que, con la colaboración de las personas, es posible que el Ministerio de Desarrollo Social pueda hacer un diagnóstico sobre la situación socioeconómica del país” (Economía y negocios, Universidad de Chile, 2016).

Además de entregar datos sobre fuentes de resolución de dudas como call center y mail de contacto.

Principios de Emmanuel

Debido a que fue una investigación de datos secundarios y no involucra participación directa con sujetos de estudio existe un cumplimiento directo y un cumplimiento indirecto de los 7 aspectos éticos de Emmanuel. Estos principios son:

- Valor social: Los principales beneficiarios de esta investigación correspondieron a la población inmigrante que reside en Chile y que han presentado problemas en salud mental. A partir de esta investigación, se puede obtener información relevante para describir de forma más específica el perfil de esta población y aportar en el conocimiento para la generación de mejoras en el sistema de salud chileno.
- Validez científica: Este proyecto fué sustentado en datos confiables de fuentes bibliográficas. Se basó en el modelo de determinantes sociales, y los resultados se encuentran en directa relación a los objetivos propuestos en el comienzo de la investigación.
- Evaluación independiente: Esta investigación fue guiada por un tutor quien tiene el rol de acompañar el proceso de realización del proyecto, con el fin de lograr los objetivos propuestos en un comienzo, sin perder la validez científicas ni consideraciones éticas establecidas. Además la presente investigación fue enviada al comité de ética de correspondiente a la Escuela de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, Santiago.
- Respeto a los sujetos inscritos: La identidad de la población incorporada en este estudio es anónima, ya que se utiliza información recopilada por otra base de datos, Encuesta CASEN

2015.

- Selección equitativa del sujeto: Este estudio utilizó datos recopilados por otra encuesta pero que corresponden a las personas que cumplen con los criterios de inclusión propuestos.
- Proporción favorable de riesgo-beneficio: Los datos recopilados por la Encuesta Casen se encuentran anonimizados, con el fin de resguardar la privacidad de las personas, descartando algún tipo de riesgo que podría conllevar la divulgación de información personal.
- Consentimiento informado: Los participantes que responden la encuesta Casen 2015 se encontraban en conocimiento de que la utilización de los datos recopilados, podrían ser utilizados para investigaciones con fines estadísticos, y aceptan esto previo a responder la encuesta.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Distribución de la población y consultas por salud mental:

La distribución de los mayores de 18 años incluidos en la encuesta CASEN 2015 corresponde a un total de 13.183.470 personas, de las cuales 12.687.167 son chilenos (96,23%), 388.505 personas corresponden a migrantes (2,94%) y 107.798 personas son las que no reportan su nacionalidad (0.81%) (Ver tabla n°1).

Tabla N°1: Nacionalidad de mayores de 18 años en la Encuesta CASEN 2015.

Nacionalidad			
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Válidos	Chilenos	12.687.167	96,23
	Migrantes	388.505	2,94
	No reportan nacionalidad	107.798	0,81
	Total	13.183.470	100

En la tabla n°2 se describe la distribución de la población de chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, entre aquellos que consultaron por salud mental y quienes no consultaron. En el caso de los Chilenos 352.060 personas consultaron por salud mental (2,8%). Del total de migrantes 5433 consultaron por salud mental (1,44%) y en aquellas personas que no reportan nacionalidad consultaron 2.005 (1,9%).

Tabla N°2: Distribución de la población que consulta y no consulta por Salud Mental, en chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad.

	Chilenos		Migrantes		No reportan nacionalidad	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Consultan	352.060	2,8	5433	1,44	2.005	1,9
No Consultan	12.335.107	97,2	383.072	98,56	105.793	98,1
Total	12.687.167	100	388.505	100	107.798	100

Edad , Sexo y Presencia de Coomorbilidades:

Al analizar los resultados según el sexo de quienes consultan se tiene que el 73,63% de los chilenos, 63,07% de los migrantes y 69,62% de quienes no reportan su nacionalidad son mujeres (Ver tabla n°3).

Al analizar la edad de los adultos que consultan por salud mental, se observa que la media tanto de los Chilenos y Migrantes bordea alrededor de los 40 años, sin embargo, los que no reportan nacionalidad se alejan considerablemente del resto al tener una media cercana a los 60 años (Ver tabla n°4).

En relación a la presencia de comorbilidades, tanto chilenos como migrantes presentan porcentajes parecidos en relación a los diagnósticos de Depresión y Bipolaridad, sin embargo, destaca que alrededor del 40% de los migrantes parecen no tener comorbilidad, lo que se asociaría con presencia de patología no GES, las cuales no aparecen como diagnóstico en la encuesta. En los que no reportan nacionalidad destaca la alta presencia de otras patologías (Ver tabla n°5).

Tabla N°3: Sexo de chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

Sexo		Chilenos		Migrantes		No reportan nacionalidad	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Hombre	92.827	26,36	2.006	36,92	609	30,37
	Mujer	259.233	73,63	3.427	63,07	1.396	69,62
	Total	352.060	100	5.433	100	2.005	100

Tabla N°4: Edad de chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

	Chilenos	Migrantes	No reportan nacionalidad
Mínimo	18	20	18
Máximo	97	90	95
Media	47,43	42,72	62,12
Desv. Tip	17,59	14,27	19,21
Total	352.060	5.433	2005

Tabla N°5: Presencia de comorbilidades asociadas en chilenos y migrantes mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

Comorbilidades recodificada		Chilenos		Migrantes		No reporta nacionalidad	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Válidos	Depresión	95.046	27,079	1.285	23,65	231	11,52
	Bipolaridad	4.795	1,36	159	2,92	0	0
	Otras patologías	149.813	42,67	1.930	35,52	1630	81,29
	Sin comorbilidad	101.410	28,88	2.059	37,89	144	7,18
	Total	351.064	100	5.433	100	2005	100
	Perdidos por el Sistema	996	0,28				
	Total	352.060	100				

Educación:

Al analizar la escolaridad de los tres grupos, se observa que existen tres perfiles con distribuciones diferentes, en generales estos difieren en la proporción de la población que logra cursar la educación superior, en relación a los chilenos vemos que alrededor del 70%, se concentra en educación media o educación menor, por lo que solo el 30% logra la educación superior (Ver gráfico n°1), mientras que en los migrantes se observa que alrededor del 53% logra la educación superior (Ver gráfico n°2), siendo estos considerablemente más educados que los chilenos. Los que no reportan nacionalidad presentan un porcentaje medio entre los otros dos grupos, al tener un 40% de la población que logra la educación superior, sin embargo, destacan los sin educación al alcanzar casi un 13% (Ver gráfico n°3).

Grafico N°1: Nivel de escolaridad de chilenos mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

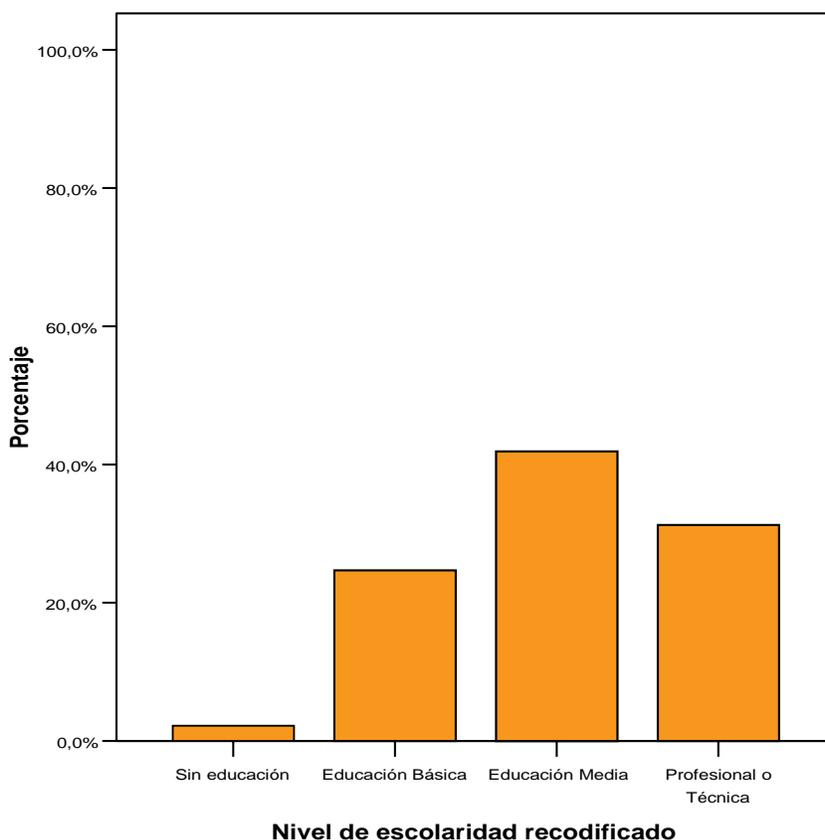


Grafico N°2: Nivel de escolaridad de migrantes mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

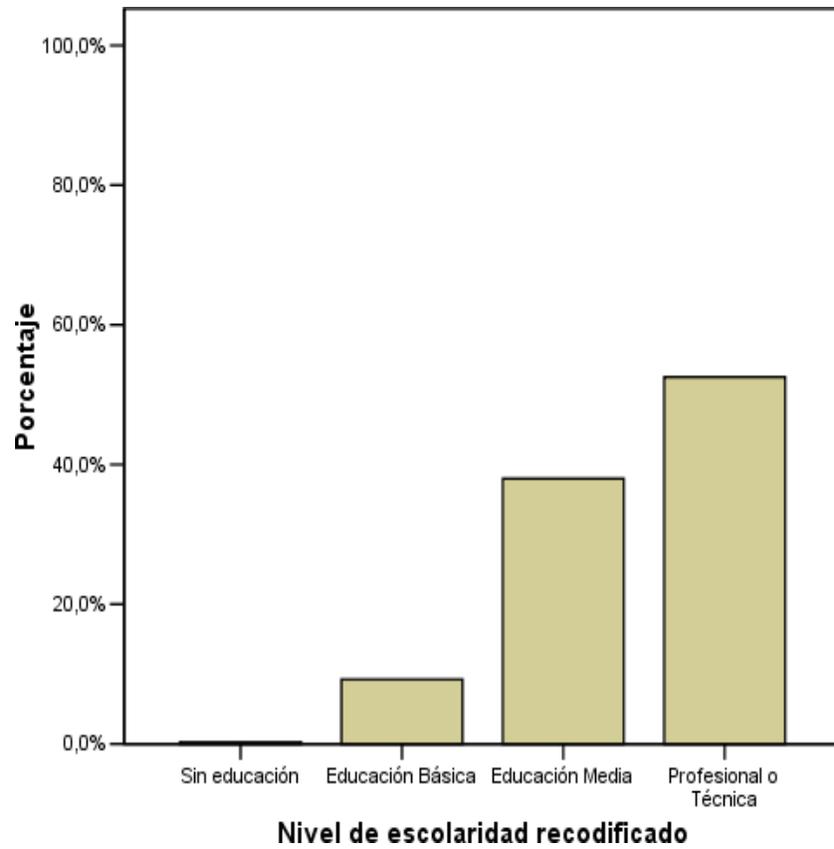
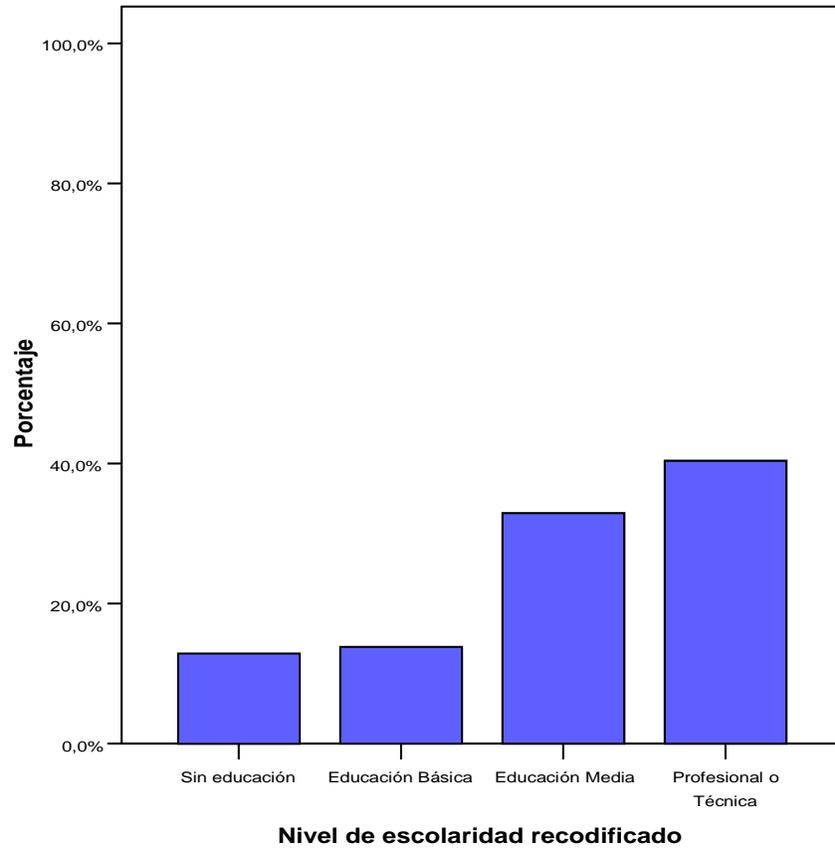


Grafico N°3: Nivel de escolaridad de quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.



Nivel Socioeconómico:

Una forma de caracterizar a una población según su nivel socioeconómico es mediante el análisis de su Ingreso autónomo del hogar, su Sistema previsional y los Centros de atención en los cuales consultan.

Al analizar el nivel socioeconómico, en relación al Ingreso autónomo del hogar, destaca que la media de los migrantes es ligeramente menor a la de los chilenos, sin embargo, la brecha y el máximo de los chilenos sobrepasa de manera considerable a los migrantes. Los que no reportan nacionalidad comparten la característica con los migrantes sobre una brecha menor, pero con la media más baja de todos los grupos (Ver tabla n°6). Esto no es concordante con el Sistema previsional de los tres grupos ni con los Centros dónde se atienden, dónde se observan perfiles distintos nuevamente, si bien en todos los grupos la mayoría están inscritos en el Sistema Público, es en el uso del Sistema Privado donde se encuentra la diferencia principal. Casi el 40% de la población migrante está inscrita en el Sistema Privado, mientras que los chilenos y los que no reportan, sólo un 17% y 7% respectivamente (Ver tabla n°7). Algo semejante se observa en los Centros de atención, ya que la mayoría de los migrantes se atiende en establecimientos del Sistema Privado, mientras que los chilenos y los que no reportan, en su mayoría se atienden en el Sistema Público (Ver tabla n°8).

Tabla N°6: Ingreso autónomo del hogar de chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

Ingreso autónomo del hogar	Chilenos	Migrantes	No reportan nacionalidad
Mínimo	0	0	0
Máximo	109.935.836	1.451.666	1.410.000
Mediana	520.833	500.00	527.667
Media	896.602,79	772.989,22	492.556,51
Desv. típ.	2.023.276,51	525.799,07	451.041,91

Tabla N°7: Sistema previsional de chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

		Chilenos		Migrantes		No reportan nacionalidad	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Válidos	Sistema Público	276.750	78,6	2899	53,35	1.832	91,37
	Sistema Privado	59.842	16,99	2157	39,7	139	6,93
	Otro	15.468	4,39	377	6,93	34	1,69
	Total	352.060	100	5433	100	2.005	100

Tabla N°8: Centro de atención donde recibieron su atención por Salud Mental, chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años.

	Chilenos		Migrantes		No reportan	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
APS	149.003	42,32	1.752	32,24	1.067	53,21
Atención Secundaria	28.227	8,01	145	8,87	180	8,97
Atención Terciaria	43.301	12,29	478	8,79	156	7,78
Atención en Sistema de Salud Privado	112.143	31,85	3.058	56,28	402	20,04
Otros	19.386	5,5	0	0	200	9,97
Total	352.060	100	5.433	100	2.005	100

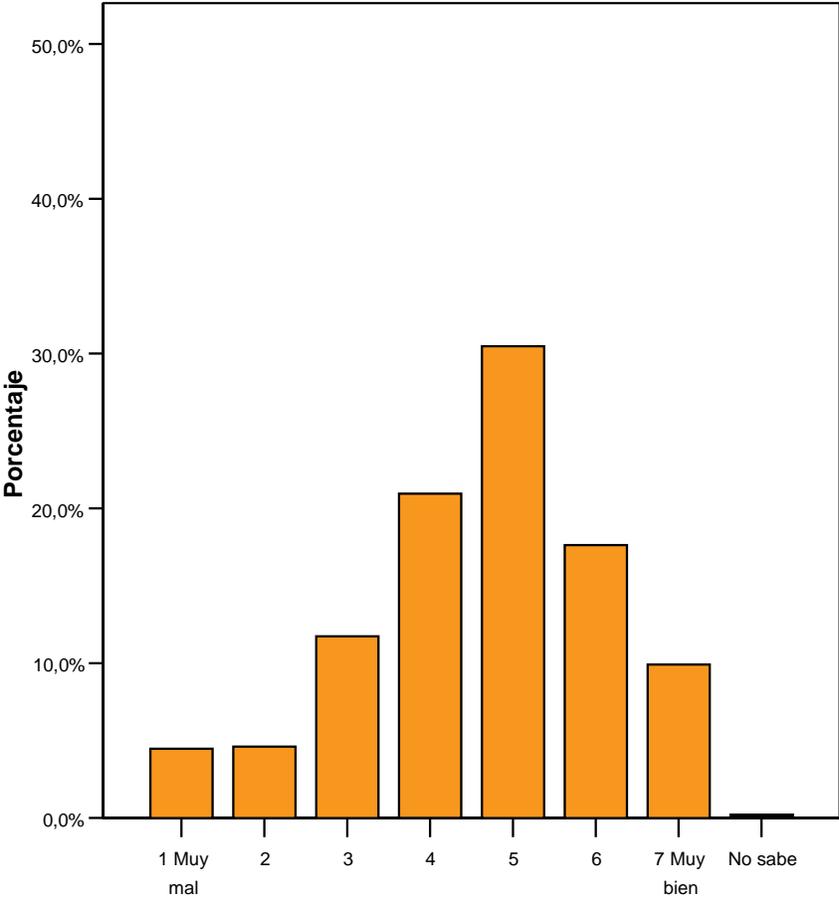
Factores de riesgo que llevan a consultar por salud mental: Autopercepción en salud, Pertenencia a grupos sociales y Percepción de Discriminación:

Al analizar la Autopercepción de salud, tanto chilenos (Ver gráfico n°4), migrantes (Ver gráfico n°5) y los que no reportan (Ver gráfico n°6), presentan una buena autopercepción, las medias son parecidas entre los tres grupos, entre 4,64 y 5, donde el 5 corresponde a los migrantes. Además, las medianas de los tres grupos están entre 5 y 6, es decir el 50% de los datos se concentran en las mejores notas de la escala (Ver tabla n°9).

En relación con la Pertenencia a grupos sociales, en los tres grupos alrededor de 3-4 personas de cada 10, pertenecen a un grupo social, siendo los que no reportan nacionalidad lo que tienen la mayoría, seguidos por migrantes y finalmente chilenos (Ver tabla n°10).

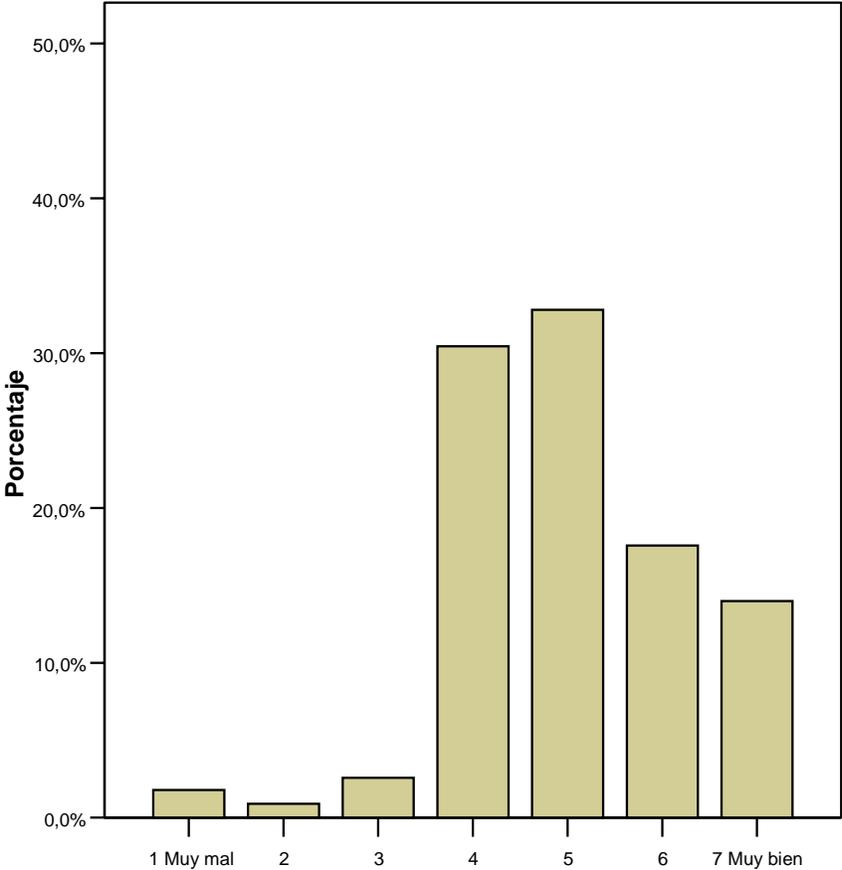
Al analizar la Percepción de discriminación, se observa que tanto por el color de piel, ser extranjero, por sexo, apariencia física, creencias o religión y nivel socioeconómico (NSE), los migrantes se perciben considerablemente más discriminados que los chilenos, sobre todo por ser extranjeros, en donde existe más de un 30% de discriminación. Los que no reportan nacionalidad no se sintieron discriminados por ninguna causa (Ver tabla n°11). A esto se suma que al hablar de discriminación en general o trato injusto, los migrantes se perciben considerablemente más discriminados que los chilenos, casi el doble, siendo un 61% contra un 32.5%. Nuevamente el perfil de los que no reportan se escapa de la muestra y presenta solo un 2,7% (Ver tabla n°12).

Gráfico N°4: Autopercepción en Salud de chilenos mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.



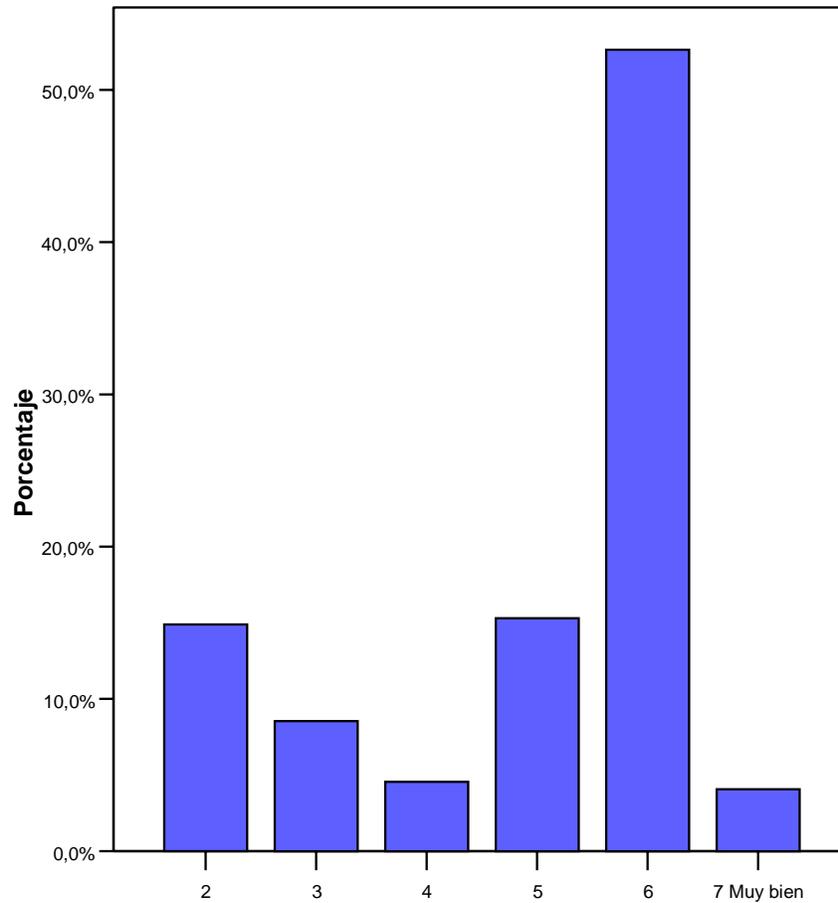
s13. Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?

Gráfico N°5: Autopercepción en Salud de migrantes mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.



s13. Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?

Gráfico N°6: Autopercepción en Salud de quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.



s13. Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?

Tabla N°9: Autopercepción en Salud de chilenos, migrantes y quienes no reportan nacionalidad mayores de 18 años que consultan por Salud Mental

	Chilenos	Migrantes	No reportan nacionalidad
Media	4,64	5	4,94
Moda	5	5	6
Mediana	5	5	6

Tabla N°10: Pertenencia a grupos sociales de chilenos, migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

	Chilenos		Migrantes		No reportan Nacionalidad	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Si	109.169	31,03	1.951	35,91	741	40,66
No	242.553	68,96	3.482	64,08	1081	59,33
Total	351.722	100	5.433	100	1.822	100
Perdidos	338		0		183	
Total	352060		5433		2005	

Tabla N°11: Percepción de discriminación en chilenos y migrantes mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

Discriminación	Migrantes			Chilenos		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Perdidos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Perdidos
Color de piel	317	14,14	3192	1.263	0,84	201.850
Ser extranjero	673	30,03		492	0,32	
Por sexo	653	29,13		8.830	5,9	
Apariencia física	439	19,58		10.177	2,89	
Creencias o religión	262	11,69		3.212	2,13	
Por NSE	262	11,69		12.200	8,12	

Tabla N°12: Percepción de discriminación y/o trato injusto en chilenos, migrantes y los que no reportan nacionalidad, mayores de 18 años que consultan por Salud Mental.

	Migrantes	Chilenos	No reportan
Si ha percibido	61%	32,5%	2,7%
No ha percibido	39%	67,5%	97,3%

DISCUSIÓN

Los migrantes son una población expuesta a sufrir trastornos de salud mental por los múltiples factores de riesgos a los cuales se ven enfrentados durante el proceso migratorio y establecimiento en el país de acogida (Salgado et al., 2014).

El presente estudio pretendió levantar información sobre el perfil de las personas migrantes que solicitan ayuda por problemas de salud mental, enfatizando en aspectos que pueden condicionar el uso y acceso a estos servicios de salud mental. La metodología corresponde a un análisis de datos secundarios basados en información otorgada por la Encuesta CASEN del año 2015.

En general la tasa de consulta por salud mental en personas mayores de 18 años es de un 2.7 %. Al analizar las diferencias entre la población chilena, migrante y quienes no reportan su nacionalidad se observa que los migrantes son el grupo que menos consulta por esta razón (1,4% de la población).

Por otro lado, en este análisis se evidenció que independiente del grupo evaluado las mujeres tienden a consultar por salud mental más que los hombres y un gran porcentaje de los participantes presentan comorbilidades. Sin embargo existen importantes diferencias en el perfil de los tres grupos analizados, estas diferencias se evidencian en las variables: edad, nivel educacional, previsión de salud, presencia de red de apoyo, discriminación percibida y nivel de salud auto reportada.

Respecto de la edad tanto los migrantes como chilenos presentan un promedio de edad similar en torno a los cuarenta años, lo que difieren de forma importante con los sesenta años de promedio que tienen aquellos que no reportan su nacionalidad. Por otro lado, el nivel educacional tiende a ser mayor entre migrantes y quienes no reportan su nacionalidad, en ambos grupos sobre el 40% de las personas alcanzó un nivel técnico/profesional en comparación con los chilenos que se concentran en educación media.

En relación con el acceso a salud en los tres grupos predomina la población inscrita al sistema previsual público (FONASA). Sin embargo, existen importantes diferencias en esta materia, ya que en el caso de los migrantes esta cifra bordea el 53%, mientras que para los chilenos supera el 75% y entre quienes no reportan su nacionalidad alcanza el 90%. Esto sugiere que el 39% de migrantes con ISAPRE es superior a los porcentajes observados en los otros grupos, lo que se relaciona con que la mayoría de las consultas por salud mental que este grupo realiza en el sistema privado. Pese a esto el promedio del ingreso autónomo percapita de los

migrantes es menor que el de los chilenos, por lo que esta atención va asociada a un costo monetario en aquel grupo que posee menor ingreso. Pudiendo ser esto un factor condicionante para el nivel de consulta, ya que existiría la necesidad de ingresos disponibles y la disponibilidad de recursos para acceder a una consulta privada.

Al examinar la presencia de red de apoyo en los tres grupos se obtiene cerca del 30% acude a algún grupo social independiente de su nacionalidad. En relación con la percepción de discriminación y/o trato injusto se puede inferir que existiría una diferencia significativa para los tres grupos analizados, ya que chilenos y quienes no reportan nacionalidad perciben una escasa discriminación o trato injusto en comparación a la población migrante la cual alcanza un 60%. En la literatura se reconoce la relevancia de la discriminación como un factor de riesgo para la salud mental de las personas migrantes y a su vez un factor de riesgo para que estos no pidan ayuda frente a una alteración mental (Salgado et al., 2014). A pesar de esto la autopercepción de salud para esta población migrante es buena y se asemeja a la percepción que tienen los otros dos grupos sobre su condición actual. Para las tres poblaciones el 50% de los datos se concentra en las mejores notas de la escala. Incluyendo a migrantes a pesar de su gran percepción de discriminación.

Sin embargo la autopercepción de salud se describe como un indicador general, subjetivo y de baja confiabilidad ya que, las diferencias en los patrones sociales y la manera de ver y pensar que tiene cada grupo social difiere en el significado que tiene esta variable (Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela, & Heikkinen, 1998). Es decir, la autopercepción en salud no incluye las mismas características o esferas para los tres grupos analizados y esto se debe a que la definición de una persona saludable se atribuye a diferentes actividades y cualidades para cada cultura (Jylhä et al., 1998).

Pese a que los migrantes presentan menos consultas en los servicios de salud mental que los chilenos, esto no refleja necesariamente que tengan mejor salud mental. Es decir, dentro de la población que no consulta por salud mental, se encuentra un grupo de personas que no acude ya que realmente se encuentra “sana” en este ámbito y no necesita de esta atención. Mientras que otro grupo podría presentar alteraciones o problemas en este ámbito, pero por distintos motivos, simplemente no concreta la atención. Esta teoría puede justificarse en un fenómeno

descrito como Subutilización del sistema. Este se fundamenta en primera instancia debido a que los migrantes presentan mayores factores de riesgo para su salud mental asociados al proceso migratorio, como aquellos analizados en este estudio como el menor ingreso económico y mayor percepción de discriminación que los chilenos (Salgado et al., 2014). Existen estudios que avalan la teoría de que la población migrante se encuentra más expuesta a alteraciones en salud mental por lo que utilizarían más este tipo de servicios, pero refieren que a pesar de esto, hay una subutilización de los servicios de salud mental en comparación a la población no migrante (Derr, 2017; Sarría-Santamera et al., 2016).

Esta subutilización es uno de los enigmas en la literatura que han sido difíciles de responder. Se ha descrito que el estigma social respecto a las enfermedades mentales influye directamente ya que, existe una construcción social que va a desarrollar estereotipos con rasgos exagerados de lo que implica desarrollar una alteración mental, por lo que podrían preferir no consultar (Laviana et al., 2008). Por otro lado, también podemos encontrar que el acceso puede ser entorpecido por la falta de conocimientos o por las dificultades encontradas en la adaptación al nuevo lugar de residencia (Das-Munshi, Leavey, Stansfeld, & Prince, 2012; Yearwood, Crawford, Kelly, & Moreno, 2007) o que los migrantes subutilizan los servicios de salud mental debido al estado de avance en la cual se encuentra su patología, lo que los lleva más a consultas de urgencia que de salud mental (Norredam et al., 2007).

Por último, este grupo de migrantes se encuentran en su mayoría inscritos a FONASA y poseen en promedio un ingreso autónomo del hogar menor al de los chilenos, pero consultan con mayor frecuencia en el sistema de salud privado, lo cual implica un costo asociado a la atención de salud. Esto en sí mismo limita el acceso, ya que la capacidad de costear la atención se presenta como uno de los criterios para alcanzar la dimensión de accesibilidad a los servicios de salud (Levesque et al., 2013), por lo que, se podría pensar que éste es otro de los motivos de la subutilización de los servicios de salud mental. Además, a partir de este punto se plantea la interrogante sobre si son las barreras de acceso al sistema de salud público, la razón por la cual esta población concretaría finalmente su atención en el sistema privado.

Otro de los hallazgos que podemos contrarrestar con los resultados de la encuesta CASEN 2015 es que, la evidencia menciona que aquellos que no reportan su nacionalidad son una población que se asemeja y podría ser migrante (Cabieses et. al, 2012), por lo que esperaríamos que estos se encontraran en en la misma situación que la población migrante en

Chile. A pesar de esto, encontramos que el grupo que no reporta su nacionalidad no posee siempre las mismas características de la población migrante. Es más, al realizar el análisis de los perfiles, estos no coinciden, ya que los migrantes tienen un promedio mejor de auto percepción en salud, presentan menos comorbilidades, niveles de ingreso autónomo per cápita similares y el nivel de consulta en salud mental se da en su mayoría en el sistema de salud privado.

Las limitaciones reconocidas para este estudio se relacionan con la veracidad de la información recogida por la Encuesta. En primer lugar, se reconoce la existencia de un estigma presente en la sociedad sobre las personas que sufren alteraciones en salud mental, lo que en consecuencia podría llevar a los participantes a ocultar su estado de salud mental actual, es decir ocultar información sobre su condición mental. Por otra parte, existen limitaciones ligadas principalmente a la estructura de la encuesta, ya que este estudio se basa en el análisis de datos secundarios otorgados por la Encuesta CASEN 2015, existe la dificultad de indagar respecto a las razones que tienen las poblaciones objetivo, en este caso los migrantes para no consultar en un servicio sanitario. Con el instrumento utilizado solo se logra obtener información del nivel de consultas, que no es necesariamente el reflejo del estado actual del participante. Para finalizar existe otro sesgo de información, ya que es una persona, en este caso el jefe de hogar, quien responde sobre la realidad de otras personas y no necesariamente este se encuentra en conocimiento respecto a ciertas temáticas por las que responde. Las limitaciones mencionadas anteriormente se basan en que la base de datos utilizada para este estudio pertenece a una encuesta nacional que tiene otros objetivos y fines.

Los resultados que se desprenden de este estudio entregan información relevante sobre el perfil de las personas inmigrantes en Chile y su contraste con la población nacional, además su influencia en el acceso y uso a los servicios de salud mental. Para futuras investigaciones, se sugiere profundizar en la percepción de los sujetos en estudio sobre las barreras al acceso y uso de servicios de salud existentes para los migrantes que residen en Chile sobre todo en aquellos que no logran la atención. Fomentar la realización de investigaciones dirigidas a esta temática, en un contexto personal, donde cada participante logre la expresión de la particularidad de su experiencia. Esto permitiría visualizar de mejor forma el estado de salud real de las personas, las barreras que ellos identifican para lograr una atención en salud mental

y estrategias dirigidas a disminuir estos obstáculos.

En conclusión, este estudio logró reconocer diferencias significativas entre los perfiles de los grupos analizados. La tasa de consulta de migrantes es menor a la de la población chilena, y al enfocar el análisis hacia la población migrante, es posible reconocer que existen dos segmentos, en primer lugar se encuentra la población que consulta por salud mental y en segundo lugar, aquella que no consulta. A partir de esto, tener en claro que concretar la consulta por salud mental no sería un reflejo exacto de la condición actual de los participantes del estudio, por lo que existe la posibilidad de que migrantes con alteraciones en su salud mental podrían no lograr la atención; teniendo en cuenta que la población migrante es altamente vulnerable a sufrir alteraciones de salud mental, debido a los múltiples factores de riesgo asociados al proceso migratorio en sí.

Esto va de la mano con el concepto de subutilización de los servicios de salud mental por parte de la población migrante como una posible respuesta a la situación planteada anteriormente. Este fenómeno abarca múltiples factores descritos en la literatura que pretenden encontrar las razones que dan origen al problema de acceso a la atención en salud. De esta forma el mayor análisis y conocimiento del tema, permitiría ampliar el campo de información que existe en Chile sobre la situación de salud mental de migrantes que residen en el país y la atención que reciben en él.

RESUMEN

Abstract: Ha aumentado la tasa de inmigración a Chile en la última década. El proceso de migración conlleva una serie de cambios, pérdidas y dificultades que afectan directamente el bienestar de esta población y especialmente la salud mental de este grupo. Por razones como esta se ha considerado el proceso migratorio como un determinante social de salud. Frente a esta realidad, el acceso oportuno a servicios sanitarios se convierte en una oportunidad de mejora o empeoramiento de la condición de salud mental de estas personas. En Chile existen escasos estudios enfocados en el análisis de este fenómeno, mientras que aumenta la población envuelta en este contexto social y con esto, la relevancia de esta temática.

Objetivo: Conocer el perfil de las personas migrantes, chilenas y de quienes no reportan su nacionalidad que utilizaron servicios de salud mental en Chile según la encuesta CASEN 2015

Metodología: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal de datos secundarios proporcionados por Encuesta CASEN 2015.

Resultados: Migrantes presentan una tasa de consultas por Salud Mental de 1,4%, tasa de menor valor entre los tres grupos. Se encuentran inscritos en su mayoría al sistema de salud público y realizan el 56% de consultas por salud mental en el sistema de salud privado. El 60% de esta población se ha sentido discriminado o tratado injustamente, siendo el grupo con mayor percepción de discriminación.

Conclusiones: Se reconocen diferencias significativas en el perfil de los tres grupos analizados. Existe una baja tasa de consulta por salud mental en migrantes, pero esto no refleja necesariamente la condición actual de este grupo, ya que se considera altamente vulnerable a sufrir alteraciones en salud mental por la presencia de factores de riesgo propios del proceso migratorio. Esto quiere decir que podría existir un problema de acceso a servicios de salud mental, debido a que según los resultados del estudio, esta población costean su atención en salud, perciben mayor discriminación, siendo esta una barrera para el acceso y por su condición de migrantes en sí misma.

Palabras claves: Inmigrantes, Chile, Acceso a los servicios de salud, Uso de servicios de salud, Salud mental, Características sociodemográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, R. (2008). Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(1), 37–41.
- Cabieses, B., Bernales, M., McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo. Retrieved from http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Cabieses, B. (2016). Research on migration and health in Chile: Pushing forward | Investigación en migración y salud en Chile: Avanzando. Letter to the editor | Carta al editor. *Revista Medica de Chile*, 144(1), 1093–1094. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n8/art20.pdf>
- Cabieses, B., Pickett, K. E., & Tunstall, H. (2012). What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? a population-based study in Chile. *BMC Public Health*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1013>
- Cambiaso, P. S. (2008). Segregation residencial y nichos étnicos de los inmigrantes internacionales en el área metropolitana de Santiago. *Revista de Geografía Norte Grande*, 38(39), 21–38. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022008000100003>
- Caplan, S., & Buyske, S. (2015). Depression, Help-seeking and self-recognition of depression among dominican, ecuadorian and colombian immigrant primary care patients in the northeastern United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10450–10474. <https://doi.org/10.3390/ijerph120910450>
- Das-Munshi, J., Leavey, G., Stansfeld, S. a, & Prince, M. J. (2012). Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethnicity & Health*, 17(1–2), 17–53. <https://doi.org/10.1080/13557858.2011.632816>
- De Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17–23.
- Derr, A. S. (2017). Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A systematic Review. *Psychiatr Serv*, 67(3), 265–274.

- <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500004>.Mental
Economía y negocios, Universidad de Chile, N. (2016). *Encuesta CASEN 2015, Manual de trabajo de campo*. Retrieved from
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Manual_Casen_2015.pdf
- Ho, K. P., Hunt, C., & Li, S. (2008). Patterns of help-seeking behavior for anxiety disorders among the Chinese speaking Australian community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 872–877. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0387-0>
- Instituto Nacional de Estadísticas (CL). (2012). Estadísticas demográficas. In *Compendio estadístico año 2012* (p. 88). Instituto Nacional de Estadísticas. Retrieved from
http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2012/estadisticas_demograficas_2012.pdf
- IOM. (2011). *World Migration Report. World Migration Report*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Justicia, D. (2010). *Guía de Programas sociales 2009-2010. Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile*.
- Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(3), 144–152.
<https://doi.org/10.1093/geronb/53B.3.S144>
- Laviana, M., López, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII(16), 43–83. Retrieved from
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ministerio de Salud. (n.d.). *Promoción y prevención en salud mental*. Santiago de Chile.
Retrieved from

- <http://www.minsal.cl/portal/url/item/71e6235bf0657770e04001011f017ac5.pdf>
- Norredam, M. L., Nielsen, A. S., & Krasnik, A. (2007). Migrants' access to healthcare. *Danish Medical Bulletin*, 54(1), 48–49. <https://doi.org/B4339>
- OIM, & IPPDH. (2017). Migración, derechos humanos y política migratoria. In *Migración y Derechos Humanos* (pp. 1–44). Retrieved from <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/02/Migración-derechos-humanos-y-política-migratoria.pdf>
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255–1272. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002>
- Poblete, R., Fernández, J., Pinilla, V., Azócar, F., Saffirio, F., Esponda, J., ... Gómez, M. (2014). *Estudio y diagnóstico del colectivo de migrantes residentes en la comuna de santiago. Rimisp: Centro latinoamericano para el desarrollo rural*.
- Rojas, G. (2008). *Diagnóstico y Factibilidad Global para la implementación de políticas globales de Salud Mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile.
- Rojas, N., & Silva, C. (2016). *La migración en Chile: Breve reporte y caracterización*. *Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo*.
- Rugema, L., Krantz, G., Mogren, I., Ntaganira, J., & Persson, M. (2015). “A constant struggle to receive mental health care”: Health care professionals' acquired experience of barriers to mental health care services in Rwanda. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0699-z>
- Salgado, H., Haviland, I., Hernandez, M., Lozano, D., Osoria, R., Keyes, D., ... Z????iga, M. L. (2014). Perceived discrimination and religiosity as potential mediating factors between migration and depressive symptoms: A transnational study of an indigenous Mayan population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), 340–347. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9944-z>
- Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>
- Umubyeyi, A., Mogren, I., Ntaganira, J., & Krantz, G. (2016). Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based

study in Rwanda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 81–92.
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1130-2>

Urzúa M., A., Heredia B., O., & Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Medica de Chile*, 144(5), 563–570. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500002>

Yearwood, E. L., Crawford, S., Kelly, M., & Moreno, N. (2007). Immigrant Youth at Risk for Disorders of Mood: Recognizing Complex Dynamics. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 162–171. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.02.006>

ANEXOS

ANEXO N°1: Preguntas Encuesta Casen 2015 seleccionadas para el estudio.

MÓDULO H: Registro de residentes

Entonces, ¿son X las personas que viven habitualmente en este hogar?

h2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?

1. Hombre

2. Mujer

h3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?

MÓDULO E: Educación

e6.a. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?

MÓDULO Y: Ingresos

y1. El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?

MÓDULO S: Salud

s12. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?

s13. Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿Qué nota le pondría a su estado de salud actual?

s18. Cuando consultó, ¿se le presentó alguno de los siguientes problemas?

(b) ¿En qué establecimiento recibió la última atención?

MÓDULO R: Residente

r1.b. Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?

r6. En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado?

r8. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. o alguien de su hogar ha sido tratado injustamente o discriminado, fuera de su hogar debido a:...?

r8s. Has sido tratado injustamente o discriminado

ANEXO N°2: Definición de variables

Variab les	Definición	Tipo	Indicador de Medición
Edad	Edad auto reportada por el encuestado o Informante clave.	Cuantitativa Discreta Secundaria	Edad en años
Sexo	Sexo autoreportado por el encuestado o informante clave.	Cualitativa Nominal Secundaria	Hombre Mujer
Nivel de Educación Completado	Último año cursado y aprobado en algún tipo de establecimiento educacional según la pregunta ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel actual?	Cualitativa Ordinal Secundaria	Nivel de educación
Ingreso autónomo per cápita del hogar	Para cada hogar, corresponde al ingreso total del hogar, dividido por el número de miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro. Según la pregunta y1. El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?	Cuantitativa Continua Secundaria	Pesos
País de Nacimiento	País en el cual la persona entrevistada nació R1.b: Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?	Cualitativa Nominal Secundaria	Chileno No chileno (países) No mencionado

Autopercepción de salud actual	Cómo consideran las personas su salud actual. Según la pregunta S13: Nota del 1 al 7 donde 1 es muy mal y 7 muy bien.	Cualitativa Ordinal Secundaria	1 a 7
Consulta por salud mental	Personas que declaran haber consultado por salud mental en los últimos 3 meses. S22a: ¿Cuántas consultas o atenciones recibió usted en los últimos 3 meses?	Cuantitativa Discreta Primaria	Número de consultas
Establecimiento en el cual se recibe la última atención	Lugar en el cual las personas consultaron por salud mental S22b: ¿En qué establecimiento recibió la última atención?	Cualitativa Nominal Secundaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultorio general (Municipal o SNSS) 2. Posta rural (Municipal o SNSS) 3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS) 4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria) 5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) 6. Posta (Servicio de urgencia de hospital público)

			<p>7. Hospital público o del SNSS</p> <p>8. Consulta o centro médico privado</p> <p>9. Clínica u hospital privado</p> <p>10. Centro de salud mental privado</p> <p>11. Establecimiento de las FF.AA. o del Orden</p> <p>12. Servicio de urgencia de clínica u hospital privado</p> <p>13. Mutual de Seguridad</p> <p>14. Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia</p>
Presencia de otras patologías	Presenta si existen patologías en los participantes durante los últimos 12 meses. S28: Durante los últimos 12 meses ha estado en tratamiento médico por...?	Cualitativa Nominal Secundaria	<p>Hipertensión arterial, Urgencia odontológica, Diabetes, Depresión , Infarto agudo al miocardio, Cataratas, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Leucemia, Asma bronquial moderada o grave, Cáncer gástrico, Cáncer cérvico uterino, Cáncer de mama, Cáncer de testículo,. Cáncer de próstata, Colectomía preventiva, Insuficiencia renal crónica terminal, Accidente cerebral isquémico, Cáncer colorectal, Trastorno bipolar, Lupus, Otra condición de salud,</p>

			No ha estado en tratamiento por ninguna condición de salud, No sabe/no recuerda.
Pertenencia a un grupo organizado	Persona pertenece o ha pertenecido en los últimos 12 meses a un grupo de organizado. R6: En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado?	Cualitativa Nominal Secundaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juntas de vecinos u otra organización territorial 2. Club deportivo o recreativo 3. Organización religiosa o de iglesia 4. Agrupaciones artísticas o culturales 5. Grupos de identidad cultural 6. Agrupaciones juveniles o de estudiantes 7. Agrupaciones de mujeres 8. Agrupaciones de adulto mayor 9. Grupos de voluntariado 10. Grupos de autoayuda en salud 11. Agrupación ideológica 12. Agrupación corporativa 13. Centro de padres y apoderados
Discriminación	Trato diferente y perjudicial r8. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. o alguien de su hogar ha sido tratado injustamente o discriminado, fuera de su hogar	Cualitativa Nominal Secundaria	<ol style="list-style-type: none"> a) Nivel socioeconómico b) Ser mujer/ser hombre c) Su estado civil d) Su ropa e) Su color de piel f) Ser extranjero g) Su edad

	debido a:...?		<p>h) Su orientación sexual o identidad de género</p> <p>i) Tener tatuajes, piercing, perforaciones o expansiones</p> <p>j) Su apariencia física</p> <p>k) Sus creencias o religión</p> <p>l) Su ideología u opinión política</p> <p>m) Participar o no en sindicatos u organizaciones gremiales</p> <p>n) El lugar donde vive</p> <p>o) El establecimiento donde estudió</p> <p>p) Pertenecer a un pueblo indígena</p> <p>q) Su condición de salud o discapacidad.</p>
Apariencia física	Conjunto de características físicas y estéticas.	Cualitativa Nominal Secundaria	Si/no
Religión	Conjunto de creencias y prácticas de un grupo determinado en relación a una actividad espiritual y moral.	Cualitativa Nominal Secundaria	Si/no
Ideología política	Conjunto de ideales, principios, laborales y económico que representa a un grupo de personas	Cualitativa Nominal Secundaria	Si/no

ANEXO 3: Tabla resumen artículos seleccionados (Burns and Grove, cap. 4)

Temática de Búsqueda	Estrategia de búsqueda	Motor de Búsqueda	Filtros	N° total de artículos	N° de artículos seleccionados según título	N° de artículos seleccionados según abstract	Título de artículo	Año	Síntesis
Salud Mental en adultos inmigrantes en la región con mayor población migratoria de Chile.	(migration) <i>OR</i> (migrants or immigrants) <i>AND</i> (mental disorders or mental health or mental illness) <i>AND</i> (sociodemographic characteristics) <i>NOT</i>	Web of Science	Categorías de Web of Science: (Psychiatry) <i>AND</i> Idiomas: (English or Spanish) <i>AND</i> Categorías de Web of Science: (Psychiatry or	663	83	6	Prevalence of mental disorders in migrants compared with original residents and local residents in Ningxia, China	2016	Este artículo discute sobre los diferentes motivos de migración y cómo influyen en los trastornos mentales...

	(cellular)		<p>genetics heredity or behavioral sciences or nursing or social work)</p> <p>Período de tiempo: 2006- 2017.</p> <p>Índices: Sci- Expanded.</p>						
							Mental Health in Immigrants versus Native Population: A Systematic Review of the Literature	2017	La migración representa un gran desafío, pero no conduce exclusivamente a la angustia mental. Los inmigrantes experimentan

									<p>más problemas en depresión, ansiedad y trastornos somáticos, patologías relacionadas directamente con el proceso de migración y el estrés sufrido.</p>
							<p>Mental health, migration stressors and suicidal ideation among Latino immigrants in Spain and the United States</p>	2016	<p>Los latinos que sufren depresión, exposición al trauma y estresores de la inmigración son más propensos a experimentar problemas de Salud mental.</p>
							<p>Hispanic immigrants in the USA: social and mental</p>	2016	<p>Proceso aculturativo muy discutido. Se investiga la</p>

							health perspectives		prevalencia y otros datos sobre la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y los síndromes psicóticos.
							Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world	2017	Los trastornos mentales comunes se asociaron significativamente con características sociodemográficas y psicológicas, como se observó en estudios epidemiológicos de gran envergadura en poblaciones en general.

									<p>La probabilidad de ocurrencia de trastornos mentales comunes difiere significativamente entre los grupos de migrantes según su región de origen. Además, los acontecimientos traumáticos previos a la migración, la migración forzada, no planificada, mal planeada o ilegal, el bajo nivel de aculturación, la vida aislada o</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

									separada de la familia en el país de acogida, la falta de apoyo social, la discriminación percibida y la duración de la residencia de los migrantes.
							Discrimination and common mental disorder among migrant and ethnic groups: findings from a South East London Community sample	2016	Este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de las experiencias de discriminación, las asociaciones entre experiencias de discriminación

									ón y trastorno mental común y para determinar si la relación entre la discriminación y el estatus migratorio y de la etnia.
Salud Mental en adultos inmigrantes en la región con mayor población migratoria de Chile.	(migration) OR (migrants or immigrants) AND (mental disorders or mental health or mental illness) AND (sociodemographic	Cinahl	Periodo de tiempo (2006-2017), Texto completo y Resumen disponible. Tema: Inmigrants .	279	35	9	Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis.	2012	Debido a la gran escala a nivel mundial de migración es necesario aumentar los estudios y por lo tanto el conocimiento sobre esta población.

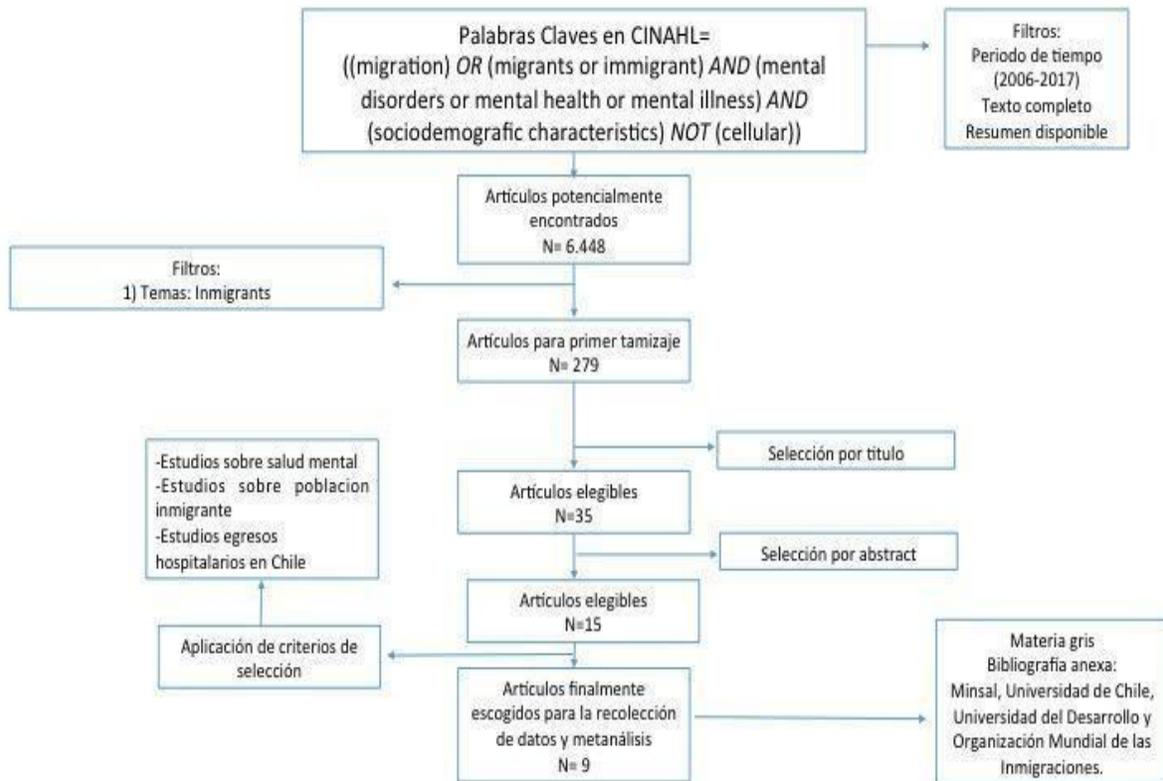
	characteristics) <i>NOT</i> (cellular)								
							Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay	2015	Es necesario mejorar la prevención en salud para los inmigrantes, sobre todo en mujeres, y así reducir la morbimortalidad de enfermedades.
							Global solidarity, migration and global health inequity	2012	Es muy importante la solidaridad con los inmigrantes, ya que la exclusión es un factor de riesgo para la salud mental de los inmigrantes.
							Beyond cultural factors to understand immigrant mental health:	2015	Una mala aculturación puede provocar depresión.

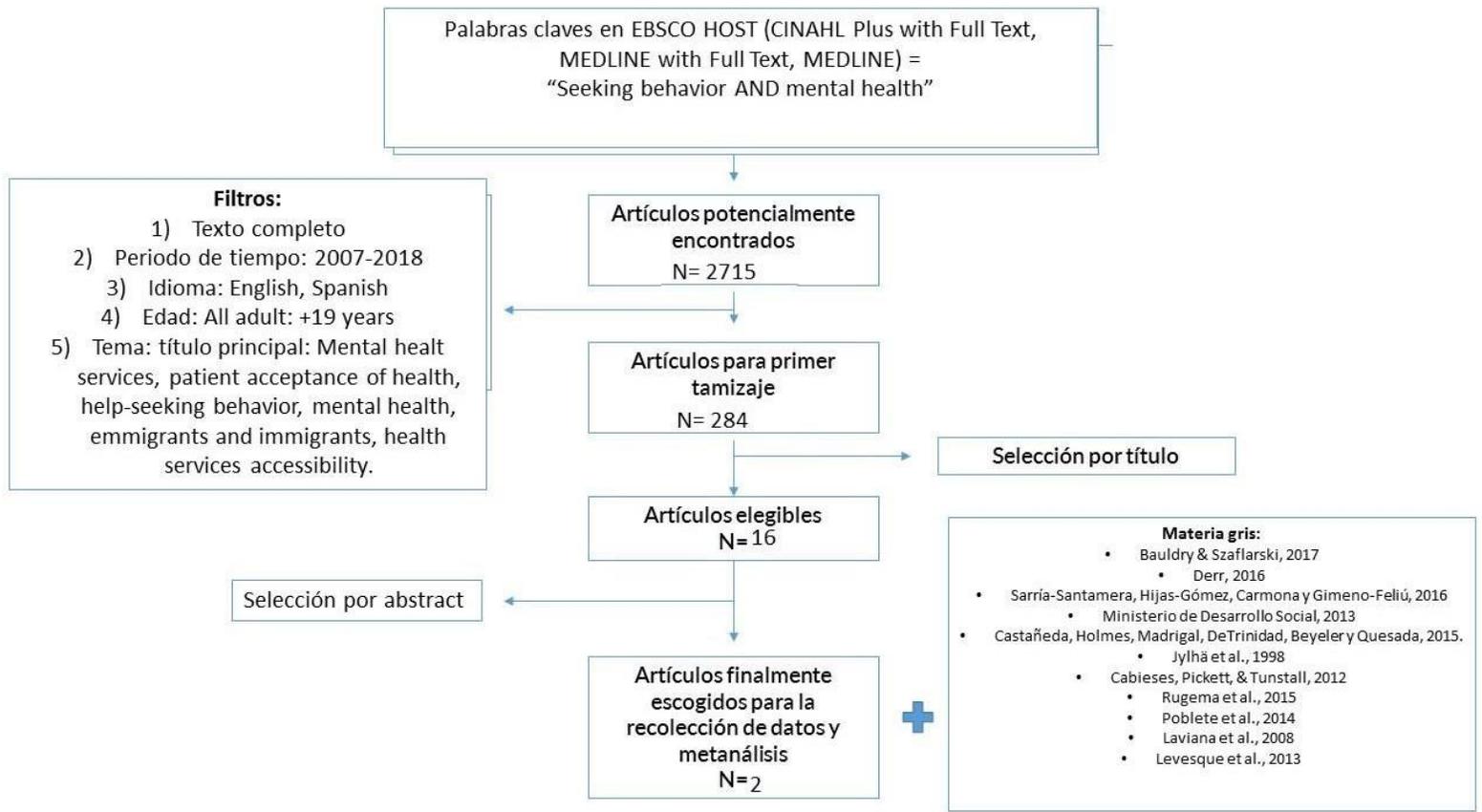
							Neighborhood ethnic density and the moderating role of pre-migration and post-migration factors		
							Promotors across the Border: A Pilot Study Addressing Depression in Mexican Women Impacted by Migration	2014	Las mujeres son el sexo más afectado por los procesos migratorios, especialmente por enfermedades mentales como la depresión.

							<p>Perceived Discrimination and Religiosity as Potential Mediating Factors between Migration and Depressive Symptoms:</p> <p>A Transnational Study of an Indigenous Mayan Population</p>	2014	<p>La migración está asociada con la depresión, y la discriminación y la diferencia de religión aumentan esta situación.</p>
							<p>Our health and theirs: forced migration, othering, and public health.</p>	2015	<p>Habla sobre la labor de los profesionales de la salud en la salud pública para los migrantes, basándose en la inclusión y en la experiencia de esta población.</p>

							Explanations of depression among Irish migrants in Britain.	2015	Habla sobre los inmigrantes irlandeses y su proceso y como este aumenta la morbilidad de la salud mental centrándose en la depresión.
							Immigrant youth at risk for disorders of mood: recognizing complex dynamics.	2015	Habla de la migración de jóvenes de américa latina a Estados Unidos y cómo afecta la culturización en los estados de ánimo y otros síntomas psiquiátricos.

ANEXO 4: Flujogramas de búsqueda





ANEXO 4: Caracterización de migrante que no consultan por salud mental, según características sociodemográficas y autopercepción de salud, pertenencia a grupos sociales, nivel de percepción de discriminación y comorbilidades asociadas según la encuesta CASEN 2015.

Edad, Sexo y Presencia de Comorbilidades:

Tabla N°13: Sexo de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental

Sexo de Migrantes que no consultan por Salud Mental			
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
Válidos	Hombre	179.102	46,75
	Mujer	203.970	53,24
	Total	383.072	100

Tabla N°14: Edades de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental

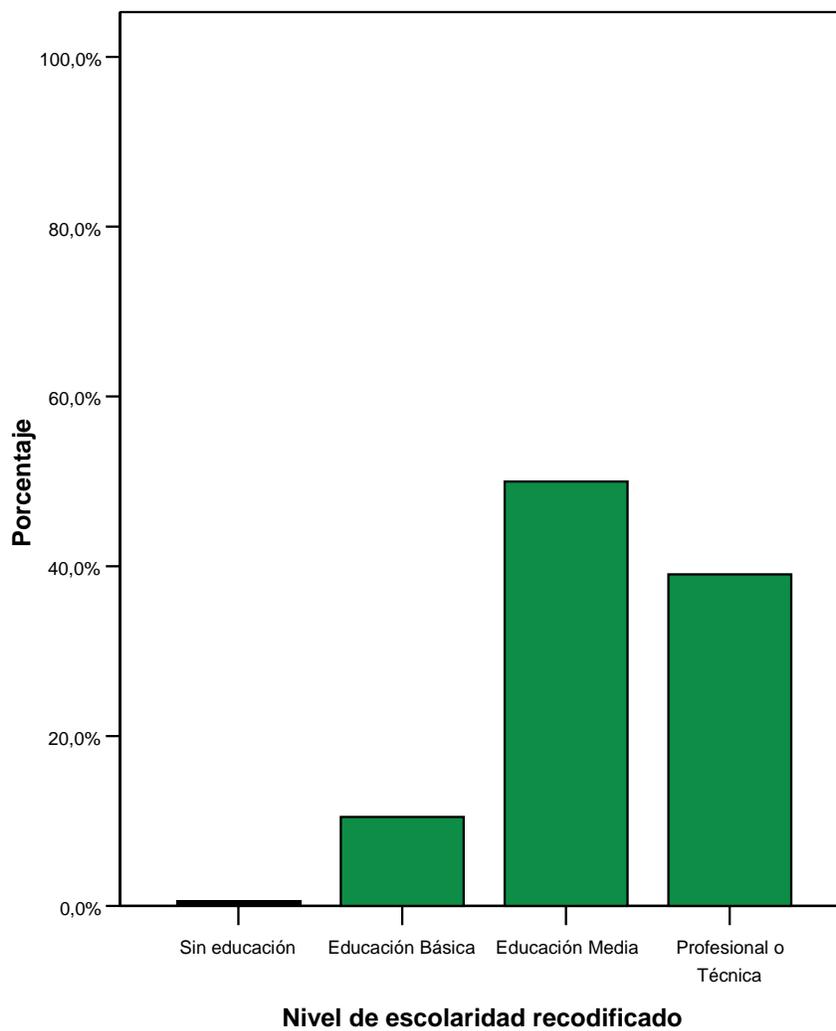
	Edades
Mínimo	18
Máximo	99
Media	36,67
Desv. Tip	13,58

Tabla N°15: Presencia de morbilidades de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental.

Coomorbilidades		Migrantes que no consultan por SM	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Válidos	Depresión	2.123	1,03
	Bipolaridad	186	0,09
	Otras patologías	32.452	15,84
	Sin coomorbilidad	170.101	83,03
	Total	204.862	100
	Perdidos por el Sistema	1.221	
	Total	206.083	

Educación:

Gráfico N°7: Nivel de escolaridad de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental



Nivel socioeconómico:

Tabla N°16: Sistema previsional de salud de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental.

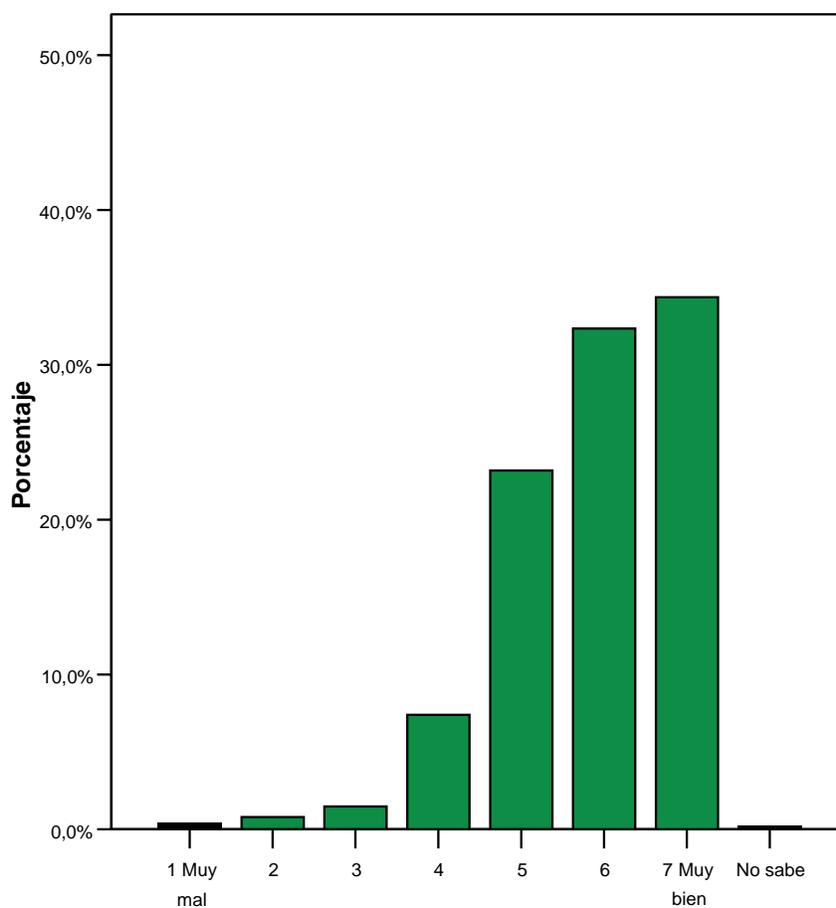
Sistema Previsional		Migrantes que no consultan por SM	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Válidos	Público	243.643	63,6
	Privado	66.360	17,32
	No tiene	55.941	14,6
	Otros	17.128	4,47
	Total	383.072	100

Tabla N°17: Ingreso autónomo del hogar de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental.

Ingreso autónomo del hogar	Pesos chilenos
Mínimo	0
Máximo	18.000.000
Mediana	520.833
Media	733.333
Desv. típ.	1.796.608,22

Factores de riesgo que llevan a consultar por salud mental: Autopercepción en salud,
Pertenencia a grupos sociales y Percepción de Discriminación:

Gráfico N°8: Autopercepción en Salud de migrantes mayores de 18 que no consultan por Salud Mental



s13. Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?

Tabla N°18: Pertenencia a grupos sociales de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental.

Pertenencia a grupos sociales		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Válidos	Pertenece	41.654	20,21
	No pertenece	164.407	79,78
	Total	206.061	100
Perdidos	Sistema	22	
Total		206.083	

Tabla N°19: Percepción de discriminación de migrantes mayores de 18 años que no consultan por Salud Mental.

Migrantes que no consultan por SM			
Discriminación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Perdidos
Color de piel	5.259	2,55	86.947
Ser extranjero	28.269	13,71	
Por sexo	3.570	1,73	
Apariencia física	3.257	1,58	
Creencias o religión	1.778	0,86	
Por NSE	2.970	1,44	