

Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile

ALFONSO URZÚA^{1,a}, ALEJANDRA CAQUEO-URÍZAR^{2,b},
DIEGO ARAGÓN^{3,c}

Prevalence of anxious and depressive symptoms in Colombian migrants in Chile

Background: Migratory processes may affect mental health. Data on the health status of migrants are necessary for an adequate public health approach. **Aim:** To describe the prevalence of anxious and depressive symptoms in Colombian migrants living in Chile and to compare it with the Chilean population. **Material and Methods:** Beck and BDI scales for depression and BAI anxiety scale were applied to 1,932 participants living in Arica, Antofagasta and Santiago. Of these, 976 participants (51% women) aged 35 ± 10 years were first generation Colombian migrants and 956 participants aged 34 ± 14 years were Chilean. **Results:** The scores for depressive and anxious symptoms were higher in Chileans than in Colombians. Women reported worse mental health in both groups. Chilean and Colombian respondents residing in Arica and Antofagasta had a higher degree of anxiety and depression than their counterparts residing in Santiago. **Conclusions:** Chileans have worse mental health indicators than Colombian migrants. There are differences by sex and city of residence.

(Rev Med Chile 2020; 148: 1271-1278)

Key words: Anxiety; Depression; Mental Health; Prevalence; Transients and Migrants.

La población migrante ha aumentado exponencialmente en los últimos años a nivel mundial y en Chile¹, donde la migración actual se caracteriza por provenir de países sudamericanos, estimándose 1.251.225 extranjeros residentes al 31 de diciembre de 2018, siendo 12% de ellos provenientes de Colombia².

Las personas que migran enfrentan una serie de cambios, demandas e interacciones en el proceso de integrarse a la sociedad que las acoge, generándose muchas veces, cuando las situaciones son desfavorables o sobrepasan los recursos de la persona, consecuencias tanto a nivel de la salud física como mental^{3,4}.

El si la migración en sí misma genera problemas

en la salud mental es aún un tema de discusión, se ha reportado que factores previos al migrar, tales como el desempleo, la escasez de recursos económicos, una baja escolaridad, ansiedad, entre otras, pueden constituirse en factores de riesgo para presentar trastornos de salud mental tras la migración⁵⁻⁷. Algunas investigaciones indican que la población migrante tendría mayor presencia de trastornos mentales que la población nativa^{8,9}, en tanto otras plantean lo contrario, aludiendo a la hipótesis del migrante sano, donde estos tendrían incluso una mejor salud o menos trastornos mentales que la población del lugar de acogida¹⁰⁻¹³.

Nuestro equipo de investigaciones en población migrante en Chile ha reportado que esta se ve

¹Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile.

²Instituto de Alta Investigación, Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

³Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

^aPsicólogo, Magíster en Salud Pública, Doctor en Psicología Clínica y de la Salud.

^bPsicóloga, Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

^cEstudiante de Medicina.

Este manuscrito es derivado del proyecto FONDECYT #1180315, financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo - ANID (Ex CONICYT), quienes no tuvieron influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 2 de marzo de 2020, aceptado el 14 de septiembre de 2020.

Correspondencia a:

Dr. Alfonso Urzúa
Avenida Angamos 0610, Antofagasta,
Chile.

alurzua@ucn.cl

afectada en su salud mental, ya sea en una disminución de su bienestar y calidad de vida¹⁴⁻¹⁶, altos niveles de estrés, como con una alta prevalencia de sintomatología asociada a trastornos de salud mental¹⁷⁻¹⁹ o que mayor percepción de discriminación están relacionadas con una mayor presencia de sintomatología depresiva, especialmente en mujeres²⁰. Pese a que la evidencia nacional soporta la idea de que algunos migrantes tendrían problemas de salud mental, no existe información acerca de si esos problemas son mayores a los de las personas del país en que residen.

En este marco, la presente investigación constituye un estudio inicial en el área, comparando datos de población colombiana migrante con población chilena, en tres de las ciudades de Chile con mayor presencia de migrantes. Considerando por un lado los niveles de discriminación reportados en la población chilena^{21,22} y dada la abundante evidencia que muestra la relación negativa entre discriminación y salud mental^{3,4}, así como el alto riesgo de la presencia de determinantes sociales en salud^{23,24}, se plantea como hipótesis que la población colombiana tendrá una mayor prevalencia de síntomas asociados a problemas de salud mental en las tres ciudades de donde provienen los participantes.

Material y Método

Participantes

Bajo un diseño transversal, fueron encuestadas 1.932 personas, de las cuales 976 (50,5%) eran de nacionalidad colombiana, migrantes de primera generación y 956 chilenas.

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck (BDI, IA): evalúa el autorreporte de sintomatología depresiva a través de 21 ítems, con 4 opciones de respuesta (0 a 3 puntos). La puntuación oscila entre 0 a 63 puntos, que permiten establecer cuatro categorías: 0-13 puntos (depresión mínima), 14-19 (depresión leve), 20-28 (depresión moderada) y 29-63 (depresión grave). Este cuestionario fue desarrollado por Beck²⁵ y cuenta con una versión revisada en 1978 (BDI IA), traducida al castellano²⁶, del que se cuenta con una versión adaptada para Chile²⁷. En su extenso uso, ha reportado propiedades psicométricas adecuadas²⁸. La consistencia interna

para el presente estudio fue de un alfa de Cronbach de .93 para la población total colombiana y de .91 para la población chilena.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI): compuesto por 21 preguntas que evalúan sintomatología común asociada a trastornos ansiosos. Cada reactivo se puntúa de 0 a 3 puntos, dando la posibilidad de categorizar luego con base al puntaje total en tres rangos: 0-21 (ansiedad muy baja), 22-35 (ansiedad moderada) y 36-63 (ansiedad grave). En este estudio se utilizó la versión española^{29,30} del cuestionario elaborado en 1988³¹. En el presente estudio, la consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach fue de .94 para la población colombiana y de .95 para la muestra chilena.

Procedimientos

Estos datos son parte de un proyecto mayor, el cual cuenta con la revisión y aprobación del Comité de Ética Científica acreditado de la Universidad Católica del Norte. Se cumplieron todos los requerimientos necesarios para asegurar tanto el anonimato como la confidencialidad de los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado previa participación.

Bajo un muestreo no probabilístico de tipo RSD (*Respondent-driven sampling*)³², se recolectó la información de la población colombiana mediante encuestas presenciales en lugares de alto flujo de migrantes (Departamento de Extranjería y Migración, centros de salud, locales comerciales, Servicio Jesuita a Migrantes, ente otros). Una vez completada dicha muestra, se procedió a levantar la de población chilena, siendo esta vez el muestreo por cuotas, intentando asimilar en tanto edad y sexo la proporción de participantes con la muestra colombiana. Una vez ingresados los datos a una base construida en SPSS 20.0, se realiza un

Tabla 1. Distribución de los participantes según ciudad y sexo

	Colombianos/as		Chilenos/as	
	n	%	n	%
Antofagasta	499	51,1	486	50,8
Arica	250	25,6	248	25,9
Santiago	227	23,3	221	23,1
Mujeres	496	51	383	40,4
Hombres	477	49	566	59,6

análisis descriptivo y posteriormente análisis de diferencias de medias mediante la prueba t de Student para evaluar diferencias entre sexos y ciudades. Considerando los puntos de corte para cada escala, se categorizan los valores según grado de gravedad de la sintomatología, describiéndose luego los porcentajes para cada categoría por muestra, sexo y ciudad.

Resultados

Fueron encuestadas 1.932 personas, de las cuales 976 (50,5%) eran de nacionalidad colombiana, migrantes de primera generación y 956 chilenas. No hubo diferencias significativas en la edad de ambas muestras, siendo la edad promedio de la población colombiana de 35,43 (DE = 10,28) años y de 34,47 años (DE = 14,09) en la población chilena. La Tabla 1 muestra el número y porcentaje de participantes según sexo y ciudad.

Al comparar la media de los puntajes de sintomatología por país de nacimiento (Tabla 2), la muestra de población chilena tuvo una media más alta que la de inmigrantes colombianos, tanto en sintomatología depresiva como ansiosa, siendo en esta última significativamente más alta ($t_{(1831)} = 3,821$; $p = 0,000$).

Al comparar las diferencias de medias entre hombres y mujeres por país, en el caso de la muestra de inmigrantes colombianos, la media de las mujeres fue significativamente mayor que la de los hombres en depresión ($t_{(818)} = -2,000$; $p = 0,046$). En la muestra de población chilena, las mujeres presentaron una media significativamente más alta que los hombres en sintomatología ansiosa ($t_{(767,039)} = -2,125$; $p = 0,034$).

Al estratificar el análisis por ciudad (Tabla 2), se observaron diferencias significativas en la media por ciudades tanto en colombianos como en chilenos. En la muestra de inmigrantes colombianos hubo diferencias tanto en los niveles de ansiedad ($F_{(2,911)} = 19,677$; $p = 0,000$), donde la media de la población que vivía en Antofagasta o Arica fue significativamente mayor que la que vivía en Santiago ($p = 0,000$ en todas las diferencias) y en los niveles de sintomatología depresiva ($F_{(2,818)} = 19,668$; $p = 0,000$), donde la media de la muestra de inmigrantes colombianos que vivía en Santiago fue significativamente menor que la de aquellos que vivía en Arica ($p = 0,000$) y en Antofagasta ($p = 0,000$).

En la muestra de población chilena, hubo solamente diferencias significativas en las medias de ansiedad ($F_{(2,916)} = 12,576$; $p = 0,000$), donde la media de sintomatología ansiosa fue significativamente menor en Santiago, que la de la población viviendo en Antofagasta ($p = 0,004$) y Arica ($p = 0,000$) y la media en Antofagasta fue significativamente menor que la de Arica ($p = 0,026$).

Las Tablas 3 y 4 muestran los participantes según categorías de gravedad de la sintomatología, tanto para ansiedad como depresión. La muestra de población chilena, tanto en hombres como mujeres, tuvo un porcentaje mayor en la categoría de ansiedad grave, en tanto la de inmigrantes colombianos presentó un mayor porcentaje de población con depresión grave.

Con relación a las prevalencias por ciudad, en el caso de la ansiedad, el mayor porcentaje de personas en la categoría de ansiedad grave correspondió a la muestra de población chilena de Antofagasta, seguida por la de Arica. Nuevamente, la muestra de inmigrantes colombianos tuvo una menor prevalencia de personas en esta categoría en todas las ciudades evaluadas. Cabe mencionar que Arica presentó más de 30% de chilenos encuestados con sintomatología ansiosa ya sea moderada o grave.

Tabla 2. Medias en escalas de ansiedad y depresión por país, sexo y ciudad

	Ansiedad		Depresión	
	M	SD	M	SD
Colombianos				
Mujeres	9,84	11,0	6,85*	9,40
Hombres	10,47*	12,10	5,59	8,47
Arica	11,47	12,86	6,69	10,77
Antofagasta	11,50	11,63	7,48	9,19
Santiago	5,94**	8,90**	2,73	4,98
Total	10,18	11,57	6,26	8,98
Chilenos				
Mujeres	13,05*	12,67	6,92	7,93
Hombres	11,21	12,93	7,00	8,13
Arica	15,19	13,03	7,26	8,46
Antofagasta	12,50	12,91	7,38	8,03
Santiago	9,09**	11,87	5,79	7,83
Total	12,37*	12,87	7,01	8,10

*Media significativamente mayor $p < 0,001$; **Media significativamente menor $p < 0,001$.

Tabla 3. Número y porcentaje de sujetos por categoría de ansiedad según sexo y ciudad

	Bajo		Moderado		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Colombianos								
Mujeres	399	86,0	48	10,3	17	3,7	464	100
Hombres	370	82,8	48	10,7	29	6,5	447	100
Total	769	84,4	96	10,5	46	5,0	911	100
Arica	163	79,9	28	13,7	13	6,4	204	100
Antofagasta	409	82,6	58	11,7	28	5,7	495	100
Santiago	198	92,1	12	5,6	5	2,3	215	100
Total	770	84,2	98	10,7	46	5,0	914	100
Chilenos								
Mujeres	421	76,8	83	15,1	44	8,0	548	100
Hombres	296	81,3	36	9,9	32	8,8	364	100
Total	717	78,6	119	13,0	76	8,3	912	100
Arica	153	68,3	51	22,8	20	8,9	224	100
Antofagasta	383	79,1	54	11,2	47	9,7	484	100
Santiago	185	87,7	15	7,1	11	5,2	211	100
Total	721	78,5	120	13,1	78	8,5	919	100

Tabla 4. Número y porcentaje de sujetos por categoría de depresión según sexo y ciudad

	Mínima		Leve		Moderado		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Colombianos										
Mujeres	356	83,2	32	7,5	18	4,2	22	5,1	428	100
Hombres	347	88,5	17	4,3	11	2,8	17	4,3	392	100
Total	703	85,7	49	6,0	29	3,5	39	4,8	820	100
Arica	136	85,0	4	2,5	6	3,8	14	8,8	160	100
Antofagasta	387	81,1	43	9,0	23	4,8	24	5,0	477	100
Santiago	180	97,8	3	1,6	0	0,0	1	0,5	184	100
Total	703	85,6	50	6,1	29	3,5	39	4,8	821	100
Chilenos										
Mujeres	416	83,9	37	7,5	32	6,5	11	2,2	496	100
Hombres	285	86,4	16	4,8	23	7,0	6	1,8	330	100
Total	701	84,9	53	6,4	55	6,7	17	2,1	826	100
Arica	157	84,0	8	4,3	15	8,0	7	3,7	187	100
Antofagasta	394	84,0	33	7,0	36	7,7	6	1,3	469	100
Santiago	154	87,0	13	7,3	5	2,8	5	2,8	177	100
Total	705	84,6	54	6,5	56	6,7	18	2,2	833	100

Discusión

Hemos encontrado que existe un comportamiento diferencial dado por el sexo. En la muestra colombiana, las mujeres presentan una mayor sintomatología depresiva que los hombres, en tanto en la población chilena, las mujeres igualmente presentan una sintomatología significativamente mayor que la de los hombres, pero en ansiedad. El hecho de que las mujeres migrantes tengan una peor salud mental ha sido reportado igualmente en otros estudios con población latina^{33,34} y en la última encuesta nacional de salud (ENS) realizada en Colombia en el año 2015³⁵. Se ha hipotetizado que existiría una mayor vulnerabilidad en las mujeres a padecer problemas de salud mental, ya que ellas, generalmente, son las que asumen las responsabilidades del cuidado, presentan mayores tasas de pobreza y son más vulnerables a sufrir abuso sexual y violencia doméstica³⁶, en tanto los hombres presentarían una mayor dificultad para reconocer y vivenciar problemas vinculados al manejo de las emociones³⁷. Un elemento que intersecciona con el ser mujer es, adicionalmente, la pobreza, dado que cerca de 20% de las mujeres que migran viven por debajo de la línea de la pobreza, alrededor de 31% de hogares donde la mujer es cabeza de hogar son más pobres y que gran parte de las mujeres que migran se insertan en el mercado laboral en trabajos con mayor precariedad, como el servicio doméstico u otros trabajos no calificados, aumentando con esto el riesgo de problemas de salud mental³⁸.

Al considerar los puntos de corte, es importante mencionar que, en el caso de la depresión, no son distintas las prevalencias de la presencia de algún nivel de sintomatología entre la muestra de inmigrantes colombianos (14,3%) y la chilena (15,7%). En las categorías de síntomas moderados y graves, los porcentajes igualmente no varían mucho (8,2% en colombianos versus 8,2% en chilenos). Aun cuando las prevalencias no son comparables por el uso de instrumentos diagnósticos distintos, los porcentajes de personas colombianas viviendo con sintomatología depresiva y ansiosa en los últimos 12 meses son mayores que los reportados en la encuesta nacional colombiana³⁵. Este porcentaje igualmente es mayor a lo reportado en usuarios peruanos de atención primaria en un CESFAM de la comuna de Independencia³⁹, quienes reportaron

que 3,2% podía ser categorizado con depresión grave (1,1% moderada).

En el caso de la muestra chilena, si se consideran las categorías leve, moderado y grave, los porcentajes hallados (15,1%) son similares a lo reportado en la última ENS 2009-2010, donde se reportó una prevalencia de síntomas depresivos de último año de 17,2% en población general. A diferencia de la ENS, donde la prevalencia fue significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%)⁴⁰, en esta investigación, la prevalencia, aunque sigue siendo mayor en mujeres (16,1%), no es tan distinta de la encontrada en los hombres (13,6%). Es posible hipotetizar diversas explicaciones para que esta diferencia no sea tan notable, por una parte, los instrumentos de evaluación son distintos, por lo que existe la posibilidad de que el utilizado en esta muestra sea más sensible al autorreporte de sintomatología en hombres, además, son 10 años de diferencia entre ambas mediciones, por lo que también existe la posibilidad de que esta brecha se haya acortado y efectivamente las determinantes de la depresión estén gatillando por igual sintomatología en ambos sexos. Lamentablemente, no existen otros estudios en Chile para poder comparar.

En el caso de la sintomatología ansiosa, si existen diferencias entre las muestras, dado que cerca de 15,6% de colombianos reportó la presencia de algún grado de sintomatología (leve a grave), versus 21,4% reportado por chilenos. Adicionalmente, encontramos que en la población colombiana, cerca de 17% de los hombres y 14% de las mujeres se encuentran en la categoría de ansiedad grave o moderada, frente a 18% en hombres y 23% de mujeres en población chilena. Es importante mencionar que, al estratificar por ciudad, existen grandes diferencias en las prevalencias de sintomatología moderada más la grave, encontrándose en Santiago las prevalencias más bajas, tanto en colombianos (7,9%) como en chilenos (12,3%) versus Arica, por ejemplo, que alcanza una prevalencia de 19,1% en la muestra de colombianos y casi 32% en la muestra de población chilena. Aun cuando no hemos encontrado otros estudios que permitan contrastar esta información, es posible que el vivir en Santiago pareciera ser un factor protector tanto para chilenos como colombianos, probablemente por la existencia de mayores posibilidades de crecimiento, ingreso económico,

esparcimiento, redes de apoyo, en tanto el vivir en Arica, probablemente, se constituya en un factor de riesgo dada la situación económica más vulnerable, pocas oportunidades de crecimiento y empleo o el aislamiento en que se encuentra dicha ciudad con relación al resto de las ciudades del norte de Chile.

En términos generales, la población colombiana evaluada tiene medias menores tanto en sintomatología depresiva como ansiosa que la población chilena, al igual que porcentajes menores de población en las categorías de ansiedad grave y moderada, lo que pudiese aportar evidencia a la hipótesis del migrante sano, concordando con diversos estudios en salud mental realizados en otros países^{41,42}. Pese a esto, estos resultados deben ser tomados como exploratorios, ya que no tenemos mediciones de esta misma población en su etapa premigratoria, por lo que no podemos asumir que su estado actual en salud mental está vinculado directamente al hecho de ser migrante y que lo más probable es que la población que migra tiene una mejor salud en general, dada la necesidad de poder realizar adecuadamente la serie de cambios que implican el asentamiento, la adaptación y la integración. Adicionalmente, considerando que las diferencias entre muestras son menores, es necesario seguir explorando el efecto de posibles factores asociados a la resiliencia o protectores que pudiese tener esta población u otras poblaciones de migrantes, como lo son, por ejemplo, una lengua común y aspectos culturales semejantes, versus otras poblaciones de inmigrantes como la haitiana, que pudiese ser más vulnerable dada una mayor dificultad de adaptarse por las diferencias culturales⁴³.

Este estudio aporta información que no se tenía antes en el país, especialmente al poder comparar mediciones con similares instrumentos en población chilena. Las limitaciones son las propias de un estudio transversal, donde no podemos asumir causalidad en las relaciones y que se consideraron solamente migrantes de primera generación, por lo que no se pudo explorar diferencias con migrantes de segunda o tercera generación, lo que ha reportado en otros estudios⁴⁴. Una tercera limitación es que en la muestra de población chilena existió una distribución distinta de hombres y mujeres (60% hombres), en tanto en población general las mujeres representan 51% de la población⁴⁵. Pese a esto, el posible efecto

confusor del sexo fue intentado controlar a través del análisis estratificado.

Un factor que no puede dejarse de lado es la interseccionalidad, que pareciera jugar un rol fundamental, ya sea para constituirse en factores de riesgo de presentar sintomatología asociada a una psicopatología, o de protección para una buena salud mental o bienestar. En esta interseccionalidad pueden actuar como factores mediadores y moderadores elementos tales como el contexto familiar, la suficiencia en el uso del lenguaje, la posición social del inmigrante, el apoyo y exclusión social, la exposición a la discriminación y estrés por aculturación, la identidad étnica, ingreso económico, apoyo social, distancia cultural, desinformación sobre sistema de salud y su oferta, entre otros⁴⁶⁻⁵¹.

Referencias

1. Organización de Naciones Unidas. ONU [Internet]. Migración. [Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>] [Recuperado el 20 de mayo de 2020].
2. Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Gobierno de Chile (2020). Presentación extranjeros residentes en Chile. Disponible en <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2019/04/Presentaci%C3%B3n-Extranjeros-Residentes-en-Chile.-31-Diciembre-2018.pdf>. [Recuperado el 15 de febrero de 2020].
3. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006; 35: 888-901.
4. Pascoe EA, Smart-Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 35 (4): 531-54. doi.org/10.1037/a0016059.
5. Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Borges G, Castilla-Puentes RC, Kendler KS, Medina-Mora ME, et al. Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Res* 2007; 15 (1-2): 115-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.011>.
6. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalized anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord* 2007; 97 (1-3): 229-39. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.022>.
7. Sternberg R, Lee K. Depressive symptoms of midlife Latinas: effect of immigration and sociodemographic

- factors. *Int J Womens Health* 2013; 5: 301-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S43132>.
8. Close C, Kouvonon A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health* 2016; 12 (1): 47. Doi: 10.1186/s12992-016-0187-3.
 9. Bourque F, van der Ven F, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med* 2011; 41: 897-910.
 10. Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *Am J Public Health* 2007; 97 (1): 68-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.087205>.
 11. Breslau J, Chang DF. Psychiatric disorders among foreign-born and US-born Asian-Americans in a US national survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41 (12): 943-50. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0119-2>
 12. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Anderson K. Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (12). Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1226>.
 13. Takeuchi DT, Zane N, Hong S, Chae DH, Gong F, Gee GC, et al. Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *Am J Public Health* 2007; 97 (1): 84-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.088401>.
 14. Urzúa A, Delgado E, Rojas M. Caqueo-Urizar A. Social Well Being among Colombian and Peruvian Immigrants in Northern Chile. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2017; 19 (5): 1140-47. Doi: 10.1007/s10903-016-0416-0.
 15. Urzúa A, Ferrer R, Canales V, Núñez D, Ravanal I, Tabilo B. The influence of acculturation strategies in quality of life by immigrants in Northern Chile. *Qual Life Res* 2017; 26 (3): 717-26. Doi: 10.1007/s11136-016-1470-8.
 16. Urzúa A, Vega M, Jara A, Trujillo S, Muñoz R, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida percibida en Inmigrantes Sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia Psicológica* 2015; 33 (2): 139-56.
 17. Urzúa A, Boudon S, Caqueo-Urizar A. Salud Mental y Estrategias de Aculturación en inmigrantes colombianos y peruanos en el Norte de Chile. *Acta Colombiana de Psicología* 2017; 20 (1): 70-9. Doi: 10.14718/ACP.2017.20.1.5.
 18. Urzúa A, Cabrera C, Calderón C, Caqueo-Urizar A, The mediating role of self-esteem on the relationship between perceived discrimination and mental health in South American immigrants in Chile. *Psychiatry Res* 2019; 271: 187-94. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.028.
 19. Urzúa A, Heredia O, Caqueo-Urizar A. Salud mental y Estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev Med Chile* 2016; 144: 563-70.
 20. Lahoz S, Fornis M. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas* 2016; 15 (1): 157-68.
 21. Urzúa A, Ferrer R, Olivares E, Rojas J, Ramírez R. El efecto de la discriminación racial y étnica sobre la autoestima individual y colectiva según el fenotipo auto-reportado en migrantes colombianos en Chile. *Terapia Psicológica* 2019; 37 (3): 225-40.
 22. Urzúa A, Ferrer R, Godoy N, Leppes F, Trujillo C, Osorio C, et al. The Mediating Effect of Self-esteem on the Relationship between Perceived Discrimination and Psychological Well-being in Immigrants. *Plos One* 2018; 13 (6): e0198413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198413>.
 23. Castañeda H, Holmes S, Madrigal D, De Trinidad ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of Health. *Annu Rev Public Health* 2015; 36: 375-92.
 24. Abubakar I, Aldridge R, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto M, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018; 392: 2606-54.
 25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4 (6): 561-71.
 26. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicoterapia* 1998; 10 (2): 303-18.
 27. Valdés C, Morales-Reyes I, Pérez JC, Medellín A, Rojas G, Krause M. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Rev Med Chile*; 145: 1005-12.
 28. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Rev* 1988; 8 (1): 77 -100.
 29. Magan I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric Properties of a spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general Population. *Spanish J Psychol* 2008; 11 (2): 626-40.
 30. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud* 2014; 25: 39-48.
 31. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory

- for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
32. Cárdenas J, Yáñez S. Nuevas formas de muestreo para minorías y poblaciones ocultas: muestras por encuesta-conducido en una población de inmigrantes sudamericanos. *Universitas Psychologica* 2011; 11 (2): 571-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-2.nfmm>.
 33. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* 2010; 22 (3): 389-95.
 34. Del Amo J, Jarrin I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, Álvarez D, Rodríguez-Arenas MA, Llacer A. Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46 (11): 1143-52.
 35. Gómez-Restrepo C, Tamayo N, Bohórquez A, Rondón M, Medina M, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr* 2016; 45 (S1): 58-67.
 36. World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Funk M, editor. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 74 p.
 37. Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *J Mens Health* 2008; 5 (3): 194-202.
 38. Vilar E, Eibenschutz C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2007; 6 (13): 11-32.
 39. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Rev Med Chile* 2011; 139: 1298-304.
 40. Ministerio de Salud de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010"; 2011. [Internet]. [Recuperado el 20 de marzo de 2020]. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
 41. Rivera B, Casal B, Currais L. The Healthy Immigrant effect on Mental Health: Determinants and implications for Mental Health Policy in Spain. *Adm Policy Ment Health* 2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0668-3.
 42. Dhadda A, Greene G. The Healthy Migrant effect for Mental Health in England: Propensity-score matched Analysis Using the EMPIRIC Survey. *J Immigrant Minority Health* 2018. 20: 799-808.
 43. Sánchez K, Valderas J, Messenger K, Sánchez C, Barrera F. Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Rev Chil Pediatr* 2018; 89 (2): 278-83.
 44. Lee R. Does the healthy immigrant effect apply to mental health? Examining the effects of immigrant generation and racial and ethnic background among Australian adults. *SSM-Population Health* 2019. 7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.011>.
 45. Instituto Nacional de Estadísticas. INE. [internet]. Proyecciones de Población. Disponible en <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion> [Recuperado el 7 de julio de 2020].
 46. Shishegar S, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Davidson P. The impact of migration on the health status of Iranians: an integrative literature review. *BMC International Health and Human Rights* 2015; 15: 20.
 47. Alegría M, Álvarez K, DiMarzio K. Immigration and Mental Health. *Curr Epidemiol* 2017; 4 (2): 145-55.
 48. Miller R, Tomita Y, Ong KIC, et al. Mental well-being of international migrants to Japan: a systematic review. *BMJ Open* 2019; 9: e029988. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-029988.
 49. Urzúa A, Leiva J, Caqueo-Urizar A. Effect of Positive Social Interaction on the Psychological Well-being in South American immigrants in Chile. *Journal of International Migration and Integration* 2020; 21 (1): 295-306. <https://doi.org/10.1007/s12134-019-00731->
 50. Urzúa A, Leiva-Gutiérrez J, Caqueo-Urizar A, Vera-Villaruel P. Rooting mediates the effect of stress by acculturation on the psychological well-being of immigrants living in Chile. *PLoS One* 2019; 14 (8): e0219485. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219485>.
 51. Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Calderón C, Rojas L, ¿El apoyo social mediatiza el efecto negativo del estrés por aculturación en la salud? un estudio en colombianos y peruanos inmigrantes en el norte de Chile. *Interciencia* 2018; 42 (12): 818-22.