

PREDICTORES DEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES DE SALUD FÍSICA PERCIBIDA POR MIGRANTES COLOMBIANOS Y PERUANOS EN CHILE

DEMOGRAPHIC AND PSYCHOSOCIAL PREDICTORS OF PHYSICAL HEALTH PERCEIVED BY COLOMBIAN AND PERUVIAN MIGRANTS IN CHILE

PREDITORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS DA PERCEPÇÃO DA SAÚDE FÍSICA ENTRE OS MIGRANTES COLOMBIANOS E PERUANOS NO CHILE

ALFONSO URZÚA*
ANDRÉS GUTIÉRREZ-CARMONA**
ALEJANDRA CAQUEO-URÍZAR***
GONZALO ARAGÓN****

RESUMEN

Objetivo: Identificar la capacidad predictiva de variables demográficas y psicosociales en el autorreporte de la salud física de migrantes colombianos y peruanos en Chile. Material y Método: Diseño no experimental de tipo transversal, correlacional, con muestreo intencional. Participaron 853 inmigrantes (51,7% colombianos y 48,3% peruanos; 51% mujeres) entre 18 a 71 años. Se evaluó el autorreporte del estado de salud física, variables sociodemográficas, síntomas ansiosos y depresivos, estrés por aculturación, apoyo social percibido, autoestima individual, entre otros, los que fueron analizados mediante regresión múltiple. Resultados: La población colombiana reportó un mejor estado de salud física. En ambos grupos, los síntomas ansiosos y depresivos fueron importantes predictores del estado de salud física. Otras variables predictivas fueron en peruanos: ingresos económicos, distancia con el país origen y años de permanencia en Chile, en tanto en colombianos: autoestima individual, discriminación y rechazo, y estado de salud actual en comparación con el que tenían en su país. En colombianos, el modelo explica el 14,7% de la varianza, en peruanos un 28,9%. Conclusiones: En ambas poblaciones los síntomas ansiosos y depresivos, y el estrés por aculturación resultaron ser importantes predictores del autorreporte de la salud física, aportando evidencia a que el proceso migratorio afecta el estado

*Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile. Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0882-2194> Email: alurzua@ucn.cl Autor de correspondencia

**Enfermero. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Antofagasta, Chile. Licenciado en Enfermería. Doctor en Psicología. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7323-0884> Email: andres.carmona@uantof.cl

***Psicóloga. Instituto de Alta Investigación, Universidad de Tarapacá, Chile. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4614-8380> Email: acaqueo@academicos.uta.cl

****Médico. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Licenciado en Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5418-2749> Email: gparagon@uc.cl

de salud mental del migrante y este, a su vez, puede afectar su estado de salud física.

Palabras clave: Estado de Salud; Salud Mental; Migración Humana; Estrés por Aculturación; Apoyo Social.

ABSTRACT

Objective: To identify the predictive capacity of demographic and psychosocial variables in the self-reported physical health of Colombian and Peruvian migrants in Chile. **Materials and Methods:** Non-experimental, cross-sectional, correlational design using intentional sampling. A total of 853 immigrants (51.7% Colombians and 48.3% Peruvians; 51% women) between 18 and 71 years of age participated. Self-reported physical health status, sociodemographic variables, anxious and depressive symptoms, acculturation stress, perceived social support, individual self-esteem, among others, were evaluated and analyzed using multiple regression. **Results:** The Colombian population reported a better state of physical health. In both groups, anxious and depressive symptoms were important predictors of the physical health status. Other predictive variables were among Peruvians: income, distance from country of origin and years of permanence in Chile, while among Colombians: individual self-esteem, discrimination and rejection, and current health status compared to the one they had in their country. Among Colombians, the model explains 14.7% of the variance, whereas among Peruvians it accounts for 28.9%. **Conclusions:** In both populations, anxious and depressive symptoms, as well as acculturation stress turned out to be important predictors of self-reported physical health, providing evidence that the migratory process affects the migrant's mental health status, and this in turn can affect their physical health status.

Key words: Health Status; Mental Health; Human Migration; Acculturation Stress; Social Support.

RESUMO

Objetivo: Identificar a capacidade preditiva das variáveis demográficas e psicossociais na saúde física autorreferida de migrantes colombianos e peruanos no Chile. **Material e Método:** Desenho não experimental, transversal e correlacional com amostragem intencional. Participaram 853 imigrantes (51,7% colombianos e 48,3% peruanos; 51% mulheres) entre 18 e 71 anos. O estado de saúde física autorreferido, variáveis sociodemográficas, sintomas ansiosos e depressivos, estresse de aculturação, apoio social percebido, auto-estima individual, entre outros, foram avaliados e analisados por meio de regressão múltipla. **Resultados:** A população colombiana relatou um melhor estado de saúde física. Em ambos os grupos, sintomas ansiosos e depressivos foram importantes preditores do estado de saúde física. Outras variáveis preditoras foram entre os peruanos: renda econômica, distância do país de origem e anos de permanência no Chile, enquanto nos colombianos: auto-estima individual, discriminação e rejeição, e estado de saúde atual em comparação ao que tinham em seu país. Entre os colombianos, o modelo explica 14,7% da variância, entre os peruanos ele representa 28,9%. **Conclusões:** Em ambas as populações, os sintomas ansiosos e depressivos e o estresse de aculturação revelaram-se importantes preditores da saúde física autorreferida, evidenciando que o processo migratório afeta o estado de saúde mental do migrante, e este, por sua vez, pode afetar seu estado de saúde física.

Palavras-chave: Estado de Saúde; Saúde Mental; Migração Humana; Estresse de Aculturação; Apoyo Social.

Fecha de recepción: 30/06/2021

Fecha de aceptación: 07/01/2022

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ define a la migración como el movimiento de personas hacia

un territorio de otro estado o dentro del mismo, independiente del tamaño, composición o causas. Se estima que al año 2020 había un número cercano a los 281 millones de migrantes⁽²⁾, situación que

requiere tanto de políticas internacionales como estatales que permitan enfrentar de forma positiva los desafíos propios de este fenómeno social.

La persona que migra debe adaptarse a las condiciones políticas, socioeconómicas, estructurales y comunitarias del país de acogida, las cuales repercuten en el estado de salud del migrante⁽³⁾, existiendo el consenso internacional en reconocer al proceso migratorio como un determinante social de la salud, posible de intervenir a través de políticas sociales y sanitarias^(3,4).

En Chile la tasa de inmigrantes es la más alta observada desde 1950. Entre el 2002 y el 2014 la tasa de crecimiento medio anual fue de un 13,2%, casi 9 veces mayor que la de la población total residente en Chile⁽⁵⁾. Diversas investigaciones sobre la salud del migrante en el país han reportado que sus problemas de salud son altamente heterogéneos⁽⁶⁾; las principales causas de egresos hospitalarios son parto, causas externas/accidentes, tumores y problemas del sistema digestivo⁽⁷⁾; las condiciones del proceso migratorio y el lugar de residencia en Chile influyen en la percepción de sus necesidades⁽⁸⁾ y que los migrantes con bajo nivel socioeconómico reportan peor estado de salud percibido en comparación con otros grupos de migrantes⁽⁹⁾. Por otro lado, nuestro grupo de trabajo ha reportado que la discriminación y el rechazo percibido, las diferencias culturales con el país de acogida, los problemas de ciudadanía y legalidad, la distancia con el país de origen, y la ruptura familiar, pueden ser importantes estresores que afectan tanto el bienestar como la salud física y mental y la calidad de vida⁽¹⁰⁻¹⁸⁾.

En la evaluación del estado de salud se ha demostrado que la salud autopercibida es una medida válida de la salud general, la cual correlaciona positivamente con medidas objetivas y costosas, tales como exámenes físicos y de laboratorio⁽¹⁹⁾, siendo capaz, por ejemplo, de predecir mortalidad⁽²⁰⁾, discapacidad⁽²¹⁾ y la utilización de los servicios de salud⁽²²⁾, todos ellos indicadores orientadores en la elaboración de políticas públicas sociosanitarias.

Los estudios que asocian el estado de salud con diversas variables, han sido realizados principalmente en Estados Unidos y Europa, donde se ha reportado que la percepción del estado de salud física en población migrante puede ser predicha principalmente por factores estructurales como las características sociodemográficas, tales como el sexo, donde las mujeres reportan tener peor salud que

los hombres^(23,24); edad, donde a mayor edad peor reporte de salud^(25, 26); nivel de ingreso económico, donde a mayor ingreso económico, mejor percepción del estado de salud^(27, 28); nivel educacional, donde a mayor nivel, mejor percepción del estado de salud⁽²⁹⁾; actividad económica, considerando que el estar desempleado repercute en forma negativa en la percepción del estado de salud^(30,31) y el tiempo de permanencia en el país residente, considerando que a menor tiempo de residencia, mejor salud percibida^(32,33). De igual manera se ha explorado la relación con algunas variables psicológicas y sociales, tales como la autoestima, donde se ha encontrado que a menor autoestima peor salud percibida⁽³⁴⁾; estrés por aculturación, el cual afecta la salud física y mental del migrante^(10, 14, 35) y los síntomas de ansiedad y depresión, considerando que a mayor ansiedad y depresión peor estado de la salud física^(36,37).

Pese a esta evidencia, los estudios realizados en este ámbito en el contexto de la migración sur-sur son escasos, existiendo poca evidencia del peso de estos factores en la salud percibida en migrantes sudamericanos migrando a otro país sudamericano, o del distinto peso que pudieran tener las variables de tipo estructural (demográficas) y las psicosociales cuando son evaluadas en conjunto. En este marco, y considerando la importancia del autorreporte en salud como un indicador sanitario, el objetivo de esta investigación fue identificar las variables demográficas y psicosociales predictoras de la percepción del estado de salud física de migrantes colombianos y peruanos y analizar las posibles diferencias entre estos predictores dado el país de origen.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio fue realizado bajo un diseño no experimental, de tipo transversal, correlacional.

Participantes

Participaron 853 inmigrantes colombianos y peruanos residentes en Chile, de los cuales 441 fueron colombianos (51,7%) y 412 peruanos (48,3%), hombres (49%) y mujeres (51%) de entre 18 a 71 años (M=33,19; DE=9,54). Como criterio de inclusión se consideró ser ciudadano nacido en Colombia o Perú, mayor de edad, con

una permanencia mínima de 6 meses en Chile, independiente de su situación migratoria. Dada la imposibilidad de saber el número total que compone el universo de migrantes, se utilizó un muestreo por técnica de bola de nieve combinado posteriormente con un muestreo intencionado, con el fin de poder analizar estratificando por sexo y edad. Este tipo de muestreo no probabilístico es altamente recomendado para su uso en población migrante^(38,39) y consiste en seleccionar participantes semilla para encuestar, quienes proporcionan el contacto de 4 potenciales participantes, quienes a su vez otorgan otros contactos, hasta obtener el número deseado. Dados los requerimientos de sexo y edad, las últimas olas de contactos fueron solicitadas indicando a los participantes faltantes considerando estas variables. Los participantes semilla fueron reclutados durante el año 2018 en las ciudades de Arica (24,9%), Antofagasta (50,5%) y Santiago (24,6%). Cabe señalar que la Región Metropolitana y la Región de Antofagasta son, respectivamente, las dos regiones con mayor número de visas entregadas al 2018⁽⁵⁾, en tanto Arica es una ciudad fronteriza con una historia de migración permanente y por donde ingresan la mayoría de los migrantes peruanos. Es importante señalar que, al momento de adjudicarse el financiamiento del proyecto, aún no se consideraba como importante el flujo migratorio de otros países sudamericanos, como Venezuela, el cual tuvo un explosivo aumento los últimos tres años, por lo cual esta población no fue incorporada en el estudio.

Instrumentos y variables

Variables sociodemográficas: Se diseñó un apartado que incorporó el registro de la edad, sexo, años viviendo en Chile, ingresos, actividad económica y nivel de estudios.

Autorreporte de salud física: Se utilizó el cuestionario de autorreporte SF-12⁽⁴⁰⁾, el cual mide la percepción sobre el estado de la salud física y mental de las personas. El puntaje oscila entre 0 y 100, donde mayor puntaje implica un mejor estado de salud percibido. Está compuesto por ocho dimensiones que pueden ser agrupadas en dos factores: salud física (función física, rol físico, dolor corporal y salud general) y salud mental (salud mental, vitalidad, función social y rol emocional). Para efectos de este estudio se utilizó únicamente

la dimensión de salud física. Se han reportado adecuados indicadores de consistencia interna, con un α de Cronbach superior a 0,8 en el factor salud física en población colombiana⁽⁴¹⁾. En este estudio el alfa de Cronbach para la dimensión fue de 0,62.

Adicionalmente se incorporó una pregunta relacionada con la comparación que la persona hace de su salud actual con relación a la que tenía en su país. El rango de respuesta varió entre 1 (mucho peor) a 5 (mucho mejor).

Ajuste socioemocional: Se utilizó el Cuestionario OQ⁽⁴²⁾, el cual mide a través de 45 ítems con puntajes que van desde 0 a 4 puntos (nunca a casi siempre), la presencia de conductas o síntomas asociados a tres dimensiones del ajuste socioemocional: presencia de sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. A mayor puntaje, mayor dificultad en la dimensión. Este instrumento presenta un α de Cronbach de 0,90, tanto en estudios previos⁽⁴³⁾ como en la presente aplicación.

Estrés por aculturación: Se utilizó una escala ad hoc creada por Ruiz et al.⁽⁴⁴⁾ de 24 ítems, agrupados en 6 factores que hacen referencia a diversas fuentes de estrés por aculturación, el cual surge cuando las demandas de adaptación a la nueva cultura exceden las capacidades de las personas para afrontarlas. Estos factores son: discriminación y rechazo, diferencias con el exogrupo, problemas de ciudadanía y legalidad, problemas de relaciones sociales con otros inmigrantes, distancia con el origen (que evalúa la añoranza y nostalgia respecto a las personas de su país) y la ruptura familiar. En la presente aplicación, el alfa de Cronbach osciló entre 0,69 y 0,88 para las diversas dimensiones y de un 0,93 para la escala total.

Apoyo social: Se utilizó la media de la suma de tres preguntas sobre el apoyo social percibido recibido por personas de su país viviendo en Chile, por personas de otros países y por personas chilenas, con puntajes de 0 (menor apoyo) a 4 (mayor apoyo) cada pregunta, donde a mayor puntaje mayor apoyo percibido. El alfa de Cronbach para la presente aplicación fue de 0,56.

Autoestima: Se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg⁽⁴⁵⁾, compuesta por 10 afirmaciones con respuestas tipo Likert con puntajes entre 1 a 4, dependiendo del grado de acuerdo con las aseveraciones. El rango de puntaje oscila entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). La Escala

de Autoestima de Rosenberg ha reportado múltiples evidencias de validez en diversos países, incluyendo Chile⁽⁴⁶⁾. La presente aplicación obtuvo un alfa de Cronbach de 0,70 para la escala total.

Todos los cuestionarios utilizados son de libre acceso o cuentan con el permiso del autor.

Procedimientos

El presente proyecto de investigación fue revisado y aprobado por los Comités de Ética Científica de la Universidad Católica del Norte y de ANID. Antes de aplicar los instrumentos, los participantes firmaron un consentimiento donde se les daba a conocer el objetivo de la investigación, dejando claro que su participación era totalmente voluntaria. En todo el proceso investigativo se resguardó el anonimato de las personas encuestadas. Los participantes semilla fueron reclutados en centros de salud de Atención primaria, departamentos de extranjería y establecimientos comerciales de las distintas ciudades.

Análisis de los datos

Dado el tamaño de la muestra ($n=853$) se utilizaron pruebas paramétricas, las cuales han demostrado ser robustas cuando se violan tanto el supuesto de normalidad como el de homocedasticidad⁽⁴⁷⁾. Para los diversos análisis se utilizó el programa estadístico SPSS v.21. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos (distribuciones de frecuencia) para cada una de las variables en estudio. Posteriormente, se analizó la diferencia de medias (t de student y ANOVA, según corresponda) en las dos poblaciones estudiadas para cada variable. Dada la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la percepción del estado de salud física entre colombianos y peruanos, es que se decidió estratificar el análisis de regresión lineal múltiple según la nacionalidad del migrante, con la finalidad de determinar cuáles eran las variables con mayor poder predictivo sobre la percepción del estado de salud físico para cada grupo nacional.

RESULTADOS

La edad promedio de la muestra colombiana es de 32,76 años ($DE=9,247$), en tanto la de la peruana es de 33,66 años ($DE=9,837$), sin existir diferencias estadísticamente significativas entre estas. La media

de años viviendo en Chile es significativamente mayor ($t_{(833)} = -8,666$; $p = 0,000$) en la población peruana encuestada (5,0 años; $DE=6,24$) que la población colombiana (2,2 años; $DE=2,5$). La Tabla 1 muestra los niveles tanto de ingreso económico como de escolaridad de ambas muestras, observándose distribuciones muy similares. En ambas muestras, el mayor porcentaje de población presenta un ingreso mensual entre US\$375 y US\$750, así como un nivel de escolaridad a nivel de estudios secundarios.

Estado de salud física

La población colombiana ($M = 47,50$; $DE= 7,57$) presentó una percepción del estado de salud física significativamente mejor que la población peruana ($M = 45,7314$; $DE= 8,052$) ($t_{(853)} = 3,272$, $p = 0,001$). No existen diferencias significativas en la media entre la población colombiana encuestada (3,11; $DE=0,72$) y la peruana (3,12; $DE=0,69$) al consultar por la comparación entre el estado de salud actual y el que tenían en su país.

Salud física y variables demográficas

En la población peruana no se observan diferencias en la percepción del estado de salud dada por la actividad económica y el nivel de escolaridad; sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el nivel de ingresos económicos ($F_{(5, 387)} = 3,950$; $p = 0,002$), donde el puntaje promedio de la percepción del estado de salud física de las personas que ganan entre 100.000 y 300.000 pesos ($M= 44,30$), es significativamente menor que la media en la percepción del estado de salud física de las personas que ganan entre 300.000 y 600.000 pesos ($M= 47,98$), siendo las personas que ganan más de 1.500.000 las que presentaron una mayor puntuación en la percepción del estado de salud física ($M=52,19$). En la muestra colombiana no se observan diferencias en la percepción de salud dada por el ingreso económico o los años de escolaridad.

Variables psicosociales

La población colombiana presenta medias significativamente mayores en Autoestima ($t_{(853)} = 6,464$; $p=0,000$) y Estrés por aculturación: distancia con el origen ($t_{(853)} = 4,480$; $p=0,000$) que la población peruana, en tanto las medias fueron significativamente mayores en la población peruana en las variables relacionadas con problemas de salud

mental: Inadecuación de la persona en relación con el empleo, roles familiares y ocio ($t_{(853)} = -3,656$; $p=0,000$); Presencia de síntomas depresivos y ansiosos ($t_{(853)} = -3,374$; $p=0,001$); Problemas en las relaciones interpersonales ($t_{(853)} = -4,112$; $p=0,000$) (Tabla 2).

Variables predictoras de la salud física según el país de origen

En la Tabla 3 se pueden observar las variables que resultan significativas como predictoras de la salud física percibida para cada uno de los grupos de migrantes según el país de origen.

En el caso de la población colombiana, la percepción del estado de salud física fue predicha por las variables: Presencia de síntomas depresivos y ansioso; Autoestima Individual; Estrés por aculturación: Discriminación y rechazo; estado físico de salud en comparación con el que tenía en su país ($F_{(4,362)} = 15,594$; $p < 0,001$). En este modelo el múltiple R para la relación entre el conjunto de

variables independientes y la variable dependiente es 0,383. El modelo explica el 14,7 % de la varianza y los valores de R cuadrado (0,147) y R cuadrado corregido (0,138) son parecidos por lo que se asume una buena validez cruzada del modelo.

Para la población peruana, la percepción del estado salud física fue predicha por las variables: Presencia de síntomas depresivos y ansioso; Estrés por aculturación: Distancia con el origen; años de permanencia en Chile ($F_{(3,348)} = 47,224$; $p < 0,001$). En este modelo el múltiple R para la relación entre el conjunto de variables independientes y la variable dependiente es 0,538. El modelo explica el 28,9 % de la varianza y los valores de R cuadrado (0,289) y R cuadrado corregido (0,283) son parecidos, por lo que se asume una buena validez cruzada del modelo.

Las variables edad y sexo no fueron significativas como predictores de la percepción del estado de salud física, tanto en migrantes colombianos como peruanos.

Tabla 1. Nivel de ingresos y escolaridad de migrantes según país de origen. Arica, Antofagasta y Santiago de Chile, 2018.

	Colombia		Perú	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
Sin ingresos	7	1,6		
Menos de \$100.000	57	13,2	66	16,3
Entre \$100.000 y \$300.000	216	49,9	180	44,6
Entre \$300.000 y \$600.000	114	26,3	125	30,9
Entre \$600.000 y \$1.000.000	30	6,9	21	5,2
Entre \$1.000.000 y \$1.500.000	8	1,8	7	1,7
Más de \$1.500.000	1	0,2	5	1,2
Nivel de estudios				
Sin estudios primarios o enseñanza básica incompleta	26	6,1	34	8,3
Estudios primarios: Estudios enseñanza media básica, bachiller elemental	90	21,1	71	17,4
Estudios secundarios: enseñanza media, bachiller superior	146	34,2	135	33,1
Estudios técnicos incompletos	51	11,9	56	13,7
Estudios técnicos completos	68	15,9	61	15
Estudios universitarios medios: diplomaturas, estudios incompletos	24	5,6	25	6,1
Estudios universitarios superiores completos	20	4,7	26	6,4
Estudios de postgrado (maestría, doctorado)	1	0,2		

*\$100.000 son equivalentes aproximadamente a 125 dólares.

Tabla 2. Medias y desviación estándar para variables psicosociales en estudio de migrantes según país de origen. Arica, Antofagasta y Santiago de Chile, 2018.

	Colombia		Perú		t	Sig.
	M	DE	M	DE		
Ajuste Socioemocional						
Rol social	13,55	6,1	15,33	6		
Sintomatología (depresiva y ansiosa)	25,27	14,2	28,8	14,8	-3.374	0,001
Relaciones interpersonales	11,16	5,3	12,5	5	-4.112	0,000
Autoestima	23,28	3,4	21,68	3,6	6.464	0,000
Apoyo Social	8,27	2,4	8,34	2,4		
Estrés por aculturación						
Diferencias con el exogrupo	1,33	1	1,28	1		
Distancia con el origen	2,59	1,1	2,21	1,2	4.480	0,000
Discriminación y rechazo	1,74	1,3	1,62	1,3		
Ruptura familiar	1,25	1,4	1,29	1,5		
Ciudadanía y legalidad	1,88	1,5	1,73	1,5		
Problemas de relaciones sociales con otros inmigrantes	1,06	1	1,19	1		
Estrés por aculturación total	1,67	0,9	1,57	1		

Tabla 3. Variables significativas para cada modelo según país de origen de migrantes. Arica, Antofagasta y Santiago de Chile, 2018.

País de origen	R ²		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig
			B	Error	Beta	t	
Colombia	0,147	(Constante)	42.974	3.592		11.963	0,000
		Síntomas depresivos y ansiosos	-0,123	0,032	-0,228	-3,834	0,000
		Su estado de salud (físico o emocional) actual, comparado con el que tenía en su país de origen	1,089	0,519	0,104	2,099	0,037
		Estrés por aculturación: Discriminación y rechazo	-0,634	0,318	-0,111	-1,994	0,047
		Autoestima individual	0,23	0,117	0,05	1,973	0,049
Perú	0,289	(Constante)	55,813	0,941		59,329	0,000
		Síntomas depresivos y ansiosos	-0,233	0,026	-0,426	-8,963	0,000
		Estrés por aculturación: Distancia con el origen	-1,027	0,306	-0,158	-3,355	0,001
		Años de permanencia en Chile	-0,203	0,058	-0,161	-3,522	0,00

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar las variables demográficas y psicosociales predictoras de la percepción del estado de salud física de migrantes colombianos y peruanos y analizar las posibles diferencias entre estos predictores dado el país de origen.

Los resultados indican que, en general, la población colombiana presentó indicadores de salud más favorables en comparación a su contraparte peruana, esto se reflejó en que colombianos presentaron una percepción del estado de salud física y autoestima significativamente mayores que la población peruana. Por otra parte, los peruanos presentaron más problemas de salud mental como sintomatología ansiosa y depresiva, problemas en las relaciones interpersonales y sentimientos de inadecuación con el empleo, roles familiares y ocio.

Dentro de las variables demográficas estudiadas, se encontró que, a mayor nivel de ingresos económicos, mejor será la percepción del estado de salud física de las personas. Esto es congruente con la literatura existente, ya que las brechas de desigualdad en el acceso a los servicios de salud o a un seguro médico lleva a que los migrantes se consideren en desventaja respecto a los locales y por ende, tengan una percepción negativa de su estado de salud general^(48,49).

Pese a que se ha reportado que, inicialmente, el estado de salud general de los migrantes es mejor que el de los autóctonos, debido a que, la mayoría de las veces, quienes migran son personas jóvenes y saludables⁽⁵⁰⁾, se ha observado también que este estado tiende a ir empeorando con el tiempo⁽⁵¹⁾, en este estudio la edad no fue una variable predictora del autorreporte.

Al analizar las variables psicosociales y su relación con el estado de salud, se observó que la distancia con el país de origen, experiencias de discriminación y rechazo y los años de permanencia en Chile, se mostraron como predictores de un peor estado de salud percibido, lo que según literatura previa⁽⁹⁾ tiene como potencial explicación que el migrante, al estar lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario y al no contar con una red de apoyo efectiva, puede verse obligado a cambiar su comportamiento, adoptando estilos de vida poco saludables y conductas de riesgo que afectan su estado de salud o verse afectada al no contar con

condiciones de saneamiento básico, al tener un acceso limitado a los servicios de salud básicos⁽⁵²⁾ y al presentar dificultades laborales⁽⁵³⁾.

Por otra parte, la presencia de síntomas ansiosos y depresivos también resultaron ser importantes predictores del autorreporte de la salud física, lo que concuerda con otros estudios que reconocen a los estados psicoemocionales como determinantes psicológicos del estado de salud física que influyen en la historia natural de las enfermedades físicas. Cano-Vindel y Miguel-Tobal⁽⁵⁴⁾ explican la relación entre los factores emocionales y el proceso de salud-enfermedad, a través de las siguientes vías: las reacciones de ansiedad y depresión mantenidas provocan una disminución de los hábitos saludables y un aumento de conductas dañinas como las adicciones; las reacciones emocionales prolongadas mantienen niveles intensos de activación fisiológica provocando daños crónicos que deterioran la salud física; la actividad fisiológica mantenida provoca un deterioro inmunológico, aumentando el riesgo de contraer enfermedades infecciosas.

En tanto, el modelo cognitivo-conductual del papel de los factores psicológicos sobre las enfermedades físicas utiliza dos modelos explicativos. El modelo conductual, que da cuenta de la influencia de las conductas sobre la salud-enfermedad⁽⁵⁵⁾ y el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad⁽⁵⁶⁾. Así mismo, el estudio clásico de Beck et al.⁽⁵⁷⁾ da cuenta de la influencia de la evaluación cognitiva en la experiencia del estado depresivo y cómo este estado puede producir manifestaciones somáticas. En este sentido, se ha demostrado que el estado depresivo puede exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas⁽⁵⁸⁾.

Según el país de procedencia de los evaluados, se observan diferencias en los predictores de la percepción del estado de salud física. En el caso de los peruanos, esta percepción está determinada por la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, la discriminación y rechazo y el estado de salud actual, comparado con el que tenía en su país de origen. Por otra parte, la percepción del estado de salud es predicha por la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, distancia con el origen y años de permanencia en Chile.

De esta forma, diferentes estudios llevados a cabo con diversas poblaciones de migrantes

en España⁽⁵⁹⁾, Argentina⁽⁶⁰⁾ y Colombia⁽⁶¹⁾, por ejemplo, ponen de manifiesto que la población migrante es vulnerable a presentar morbilidades de salud física, como la desnutrición, el hambre o infecciones de transmisión sexual y dificultades psicosociales y de la salud mental, como el estrés por aculturación, la discriminación, escasez de redes de apoyo y desigualdad en el acceso a los servicios de salud o a un seguro médico⁽⁴⁸⁾, lo que lleva a que ellos mismos se consideren en desventaja respecto a los locales y por ende, tengan una percepción negativa de su estado de salud general⁽⁴⁹⁾.

En un contexto cada vez más globalizado e intercultural, es necesario el desarrollo de la llamada “competencia cultural” –entendida como el conjunto de habilidades que permiten el cuidado y atención eficiente de personas, familias y comunidades de diferente origen cultural– en los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios⁽⁶²⁾. En esta marco, los resultados de este estudio aportan a la comprensión de los factores relacionados con la percepción del estado de salud de personas pertenecientes a dos de los grupos de migrantes internacionales de mayor peso demográfico del país, con alta probabilidad de ser atendidos durante el ejercicio clínico de los profesionales sanitarios. Por lo mismo, se espera que estos hallazgos puedan ser analizados durante la formación profesional de enfermeras y enfermeros, y de otros profesionales sanitarios, y, por otro lado, orientar el desarrollo de políticas sanitarias en torno a estos dos grupos de migrantes internacionales.

CONCLUSIÓN

Así, se puede concluir que el proceso migratorio puede influir negativamente en la dimensión psicológica del migrante, repercutiendo en su estado de salud física, estableciéndose como un determinante social de la salud que debe intervenir a través de políticas sociales y de salud. Frente a esto último se hace necesario definir un paradigma claro de abordaje, el que debe ser capaz de orientar la planificación, ejecución y evaluación de las políticas de salud de migrantes en Chile, así como aplicar estrategias de prevención primaria y de identificación precoz de signos y síntomas de problemas de salud mental en los migrantes.

Finalmente, para evaluar la estabilidad de las

variables estudiadas, se hace necesario replicar este estudio en un contexto longitudinal, incorporando además variables relacionadas con conductas de riesgo y promotoras en salud e idealmente, marcadores biológicos del estrés, así como llevar a cabo estudios cualitativos que permitan comprender en profundidad la experiencia de salud-enfermedad en el proceso migratorio.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación

Esta investigación fue financiada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile ANID, a través del proyecto FONDECYT #1180315.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European region [Internet]. Copenhagen: World health organization regional office for Europe; 2016 [citado 12 junio 2018]. 28 p. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf
2. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Sobre la Migración [Internet]. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones; 2022 [citado 20 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
3. Van der Laet C. La Migración como Determinante Social de la Salud. En: Cabieses B, Bernales M, McIntyre A, editores. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 29-38.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud y derechos humanos [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 14 junio 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
5. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Estadísticas migratorias [Internet]. Santiago de Chile: Servicio Nacional de Migraciones; 2022 [citado 16 enero 2022]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/estadisticasmigratorias/>
6. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. En: Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V, editores. Vulnerabilidad social y sus efectos en

- salud en Chile. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 319-343.
7. Oyarte M, Cabieses B, Delgado I. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. En: Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre A, editores. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 181-212.
 8. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la Atención Sanitaria de Migrantes Internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 [citado 10 junio 2018]; 34 (2):167-175. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36352106002>
 9. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE. Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study *International Migration Review*. 2015;52(3):303-20.
 10. Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Henríquez D, Williams DR. Discrimination and Health: the mediating effect of acculturative stress. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2022]; 18(10): 5312. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105312>
 11. Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Henríquez D, Domic M, Acevedo D, Ralph S, et al. Ethnic identity as a mediator of the relationship between discrimination and psychological well-being in south-south migrant populations. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2022]; 18: 2359. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052359>
 12. Urzúa A, Henríquez D, Caqueo-Urizar A. Affects as mediators of the negative effects of discrimination on psychological well-being in the migrant population. *Front. Psychol.* [Internet]. 2020 [citado 10 enero 2022]; 11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.602537>.
 13. Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Aragón D. Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile. *Rev Med. Chile* [Internet]. 2020 [citado 10 enero 2022]; 148: 1271-1278. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901271>.
 14. 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* [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2022]; 14(8): e0219485. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219485>
 15. 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. *Ter Psicol* [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2022]; 37(3): 225-240.
 16. 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* [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2022]; 271: 187-194. Disponible en: doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.028.
 17. Urzúa A, Ferrer R, Godoy N, Leppes F, Trujillo C, Osorio C, Caqueo-Urizar A. The Mediating Effect of Self-esteem on the Relationship between Perceived Discrimination and Psychological Well-being in Immigrants. *Plos One*. [Internet]. 2018 [citado 10 enero 2022]; 13(6): e0198413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198413>.
 18. 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.* [Internet]. 2017 [citado 10 enero 2022]; 26(3): 717-726. Disponible en: doi:10.1007/s11136-016-1470-8.
 19. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith J. Disease and Disadvantage in the United States and in England. *JAMA* [Internet]. 2006 [citado 12 junio 2018]; 295(17):2037-45. Disponible en: doi:10.1001/jama.295.17.2037
 20. van Doorslaer E, Gerdtham U. Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2003 [citado 10 junio 2018]; 57 (9): 1621-29. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00559-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00559-2)
 21. Månsson N, Råstam L. Self-rated health as a predictor of disability pension and death - A prospective study of middle-aged men. *Scand J Public Health.* [Internet]. 2001 [citado 10 junio 2018]; 29 (2): 151-58. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14034948010290020201>
 22. Pinguat, M. Correlates of subjective health in older adults: A metaanalysis. *Psychol Aging* [Internet]. 2001 [citado 10 junio 2018]; 16 (3): 414-426. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.414>
 23. Newbold B. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med* [Internet]. 2005; 60 (6), 1359-70. Disponible en: doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.048
 24. Kobayashi KM, Prus S. Examining the gender, ethnicity, and age dimensions of the healthy immigrant effect: factors in the development of equitable health policy. *Int J Equity Health*

- [Internet]. 2012 [citado 10 junio 2018]; 11(1): 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-8>
25. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health* [Internet]. 2008 [citado 10 junio 2018];8: 230-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-230>
 26. Haseli-Mashhadi N, Pan A, Ye X, Wang J, Qi Q, Liu Y et al. Self-rated health in middle aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 [citado 10 junio 2018]; 9:368-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-368>
 27. Smith J.P. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *J Econ Perspect* [Internet]. 1999 [citado 10 junio 2018];13: 144-66. Disponible en: DOI: 10.1257/jep.13.2.145
 28. Vargas-Palacios A, Gutiérrez J, Carreón-Rodríguez V. Health status identification and their relationship with socioeconomic and geographic characteristics: a population survey analysis in México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2006 [citado 13 junio 2018];48 (6): 481-9. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000600006&script=sci_arttext
 29. Hernández J. Beneficios de la educación sobre el bienestar en salud de la población adulta en México, 2006. *REDIE* [Internet]. 2013 [citado 12 junio 2018]; 15(2): 69-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412013000200005&lng=es&tlng=es
 30. Huijts T, Reeves A, McKee M, Stuckler D. The impacts of job loss and job recovery on self-rated health: testing the mediating role of financial strain and income. *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 [citado 10 junio 2018]; 25(5): 801-806. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv108>
 31. Drydakis N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015 [citado 10 junio 2018];128:43-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.025>
 32. Beiki O, Allebeck P, Nordvist T, Morandi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cáncer* [Internet]. 2009 [citado 12 junio 2018];45 (1): 107-18. Disponible en: doi 10.1016/j.ejca.2008.08.017
 33. Markides K, Eschbach K. Hispanic Paradox in Adult Mortality in the United States. *International Handbooks of Population* [Internet]. 2012 [citado 10 junio 2018]; 2: 227-240. Disponible en: 10.1007/978-90-481-9996-9_11
 34. Nyamathi A, Stein J, Bayley L. Predictors of mental distress and poor physical health among homeless women. *Psychol Health* [Internet]. 2007 [citado 15 junio 2018]; 15(4):483-500. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870440008402008>
 35. Urzúa A, Heredia O, Caqueo-Urizar, A. Salud mental y Estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016 [citado 12 junio 2018];144: 563-570. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500002>
 36. Piqueras J, Martínez A, Ramos V, Rivero R, García L, Oblitas L. Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica* [Internet]. 2008 [citado 11 junio 2018]; 15(1): 43-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
 37. Bustos-Vázquez E., Fernández-Niño J, Astudillo-García C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica* [Internet]. 2017 [citado 22 octubre 2022]; 37: 92-103. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>
 38. Johnson TP. Snowball Sampling: Introduction. *Wiley StatsRef Statistics Reference Online* [Internet]. 2014 [citado 17 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat05720>
 39. Cárdenas M, Yáñez S. Nuevas formas de muestreo para minorías y poblaciones ocultas: muestras por encuestado conducido en una población de inmigrantes sudamericanos. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2012 [citado 18 enero 2022]; 11(12): 571-578. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-2.nfmm>
 40. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* [Internet]. 1996 [citado 15 junio 2018]; 34 (3): 220-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
 41. Ramírez-Vélez R, Agredo-Zúñiga RA, Jerez-Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev. salud pública* [Internet] 2010 [citado 22 octubre 2022]; 2(5):807-19. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33328>
 42. Lambert MJ, Hansen NB, Umpriss V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM. Administration And

- Scoring Manual for the OQ-45.2. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services; 1996.
43. von Bergen A, de la Parra G. OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Ter Psicol.* 2002; 20 (2): 161-76.
 44. Ruiz J, Torrente G, Rodríguez A, Ramírez F. Acculturative stress in Latin-American immigrants: an assessment proposal. *Span J Psychol* [Internet]. 2011 [citado 22 octubre 2022];14(1): 227-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=172177456020>
 45. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* NJ: Princeton University Press; 1965.
 46. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chil* [Internet]. 2009 [citado 22 octubre 2022]; 137(6): 791-800. Disponible en: doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200900600009>
 47. Lemeshko B, Lemeshko S. Power and robustness of criteria used to verify the homogeneity of means. *Meas Tech* [Internet]. 2008 [citado 8 junio 2018]; 51(9): 950-959. Disponible en: doi:10.1007/s11018-008-9157-3
 48. Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes, refugiadas y en movilidad humana. En: Carreño A, ed. *Debates y estrategias para el abordaje de la salud mental de migrantes internacionales en América Latina* [Internet] Santiago: Universidad del Desarrollo; 2021 [citado 20 enero 2022]. 28 p. Disponible en: https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/4357/INTERC_1.PDF?sequence=1&isAllowed=y#page=124
 49. Ferrer L, Gaillardin F, Cayuela A, Hernando C, Muñoz R, Sánchez N, Casabona J. Estado de salud de personas inmigrantes en Cataluña desde una perspectiva de género: Proyecto PELFI. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [citado 20 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.010>
 50. Organización Internacional para las Migraciones. Hoja Informativa: Migración, Determinante Social de la Salud para los Migrantes [Internet]. Ginebra: Organización Internacional para las migraciones; 2015 [citado 22 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.iom.int>
 51. Halliday T, Kimmitt M. Selective migration and health in the USA, 1984-93, *Population Studies* [Internet]. 2008 [citado 11 junio 2018]; 62 (3): 321-334. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00324720802339806>
 52. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Antó J, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado 12 junio 2018]; 9 (8): Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105347>
 53. Dodd W, Humphries S, Patel K, Majowicz S, Little M, Dewey C. Determinants of internal migrant health and the healthy migrant effect in South India: a mixed methods study. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2017 [citado 15 junio 2018];17 (1): 23-55. Disponible en: DOI 10.1186/s12914-017-0132-4
 54. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal J. Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés.* 2001; 7 (2-3): 111-21.
 55. Ribes E. *Psicología de la salud: un análisis conceptual.* Barcelona: Martínez Roca; 1990.
 56. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca; 1984.
 57. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia Cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
 58. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* [Internet]. 2007 [citado 11 junio 2018]; 370 (9590):851-858. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
 59. Ramírez-García T, Lozano Ascencio F. Vulnerabilidad de la población migrante de México frente a la pandemia del COVID-19. *Revista Latinoamericana de Población* [Internet]. 2020 [citado 20 enero 2022]; 15(28). Disponible en: <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i1.n28.4>
 60. Cantore A, Bertoni MB. Mujeres indígenas mbyá-guaraní y migrantes bolivianas en Argentina: Comparaciones etnográficas sobre sus partos y atenciones sanitarias. *Antropología Experimental* [Internet]. 2021 [citado 20 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.17561/rae.v21.6292>
 61. Aliaga Sáez F. Causas de la migración forzada de Venezuela a Colombia. *AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales* [Internet]. 2021 [citado 20 enero 2022]; 67(2). Disponible en: <https://doi.org/10.33413/aulahcs.2021.67i2.180>
 62. Correa-Betancour M. Profesionales de enfermería y el cuidado de migrantes internacionales en Chile: rol de la competencia cultural. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2019 [citado 26 octubre 2022]; 25: 14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100102&lng=es.