UNIVERSIDAD DE CHILE

INFORME FINAL

Versión Abreviada

DIAGNÓSTICO Y FACTIBILIDAD GLOBAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS GLOBALES DE SALUD MENTAL PARA INMIGRANTES DE LA ZONA NORTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Este estudio ha sido patrocinado por la Organización Internacional para las Migraciones sede Chile – OIM –

El Ministerio de Salud, a través del Grupo de Trabajo en Salud de Inmigrantes y Refugiados – SIR – ha sido el organismo solicitante de este estudio y contraparte técnico.
Con todo, las opiniones vertidas en este estudio son de exclusiva responsabilidad del equipo de investigación de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, ejecutante del trabajo.

Graciela Rojas Castillo
05/11/2008

CONTENIDO

INTRODUCCION 2

OBJETIVOS 4

METODOLOGÍA 5

- Diseño del Estudio 5
- Metodología Muestral 6
- Instrumentos 9
  - Población Adulta Inmigrante Consultante 9
  - Población Infanto-Juvenil Inmigrante Escolarizada 10
- Analisis 13

RESULTADOS 13

- Revisión de la Literatura 13
- Diagnóstico de Salud Mental Población Inmigrante Adulta Consultante 20
- Diagnóstico de Salud Mental Población Inmigrante Escolar 29
- Estudio Cualitativo 33

DEFINICIÓN DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA UN PROYECTO PILOTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA INMIGRANTES 40

REFERENCIAS 50

ANEXOS

- ANEXO 1: GLOSARIO DE TERMINOS 53
- ANEXO 2: TABLAS 56
- ANEXO 3: GRAFICOS 78

GRUPO DE PROFESIONALES PARTICIPANTE 112

INTRODUCCIÓN

Migración se define como el "desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales" (Diccionario de la Real Academia Española). Este es un fenómeno que ha caracterizado a las diversas sociedades a través de la historia. Sin embargo, el vertiginoso avance tecnológico y de las comunicaciones de las últimas décadas ha permitido un acelerado intercambio tanto de bienes como de la población, resultando en movimientos migratorios relevantes.

Al año 2000, se calcula en 175 millones el número de inmigrantes, lo que corresponde a un 3% de la población mundial.

Chile posee actualmente una población total de 15.166.435 habitantes según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)[1], entre los cuales es posible distinguir la existencia de extranjeros residiendo en nuestro país. Dicha cifra alcanza los 184.464 habitantes, históricamente la más alta registrada en Chile.

Durante mucho tiempo, Chile fue receptor de inmigrantes provenientes fundamentalmente de países de Europa, Asia y África. Sin embargo, en la actualidad la mayor cantidad de inmigrantes provienen de países latinoamericanos, existiendo migración fronteriza, migración ilegal y de retorno. Existen principalmente dos países que aportan la mayor cantidad de extranjeros, Argentina y Perú. En el caso de la población extranjera que proviene de Perú, el fenómeno migratorio hacia nuestro país se debe a la situación económica que ha afectado, especialmente a la población trabajadora, durante la última década. El 78% de ellos se radica en la Región Metropolitana, principalmente por las oportunidades de trabajo que existen. En la última década se ha asentado en la comuna de Independencia una importante población de origen inmigrante, 2,4% para toda la comuna, doblando el 1,2% que existe para el país.

Estudios que han consultado a la población de inmigrantes sobre la percepción de su salud han reportado que éstos tienen una percepción regular o mala de su estado de salud general y, en particular de su salud mental, en comparación con residentes del país de acogida.

Es sabido que la población extranjera representa un subgrupo particularmente vulnerable a sufrir algún trastorno mental. La migración lleva consigo una serie de cambios y dificultades que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de patología

[1] El número de personas de origen sudamericano residiendo en el territorio nacional, de acuerdo al Censo de 2002, es el siguiente: Argentina, 48.176 personas; Perú, 37.860 personas; Bolivia, 10.919 personas; Ecuador, 9.393 personas; Brasil, 6.895 personas; Venezuela, 4.338 personas; Colombia, 4.095 personas.

mental ya que supone un fenómeno generador de estrés. La llegada a un nuevo país y la adaptación a él son eventos estresantes que estarían explicados por factores económicos y culturales, entre otros.

Por otro lado, se ha descrito una dificultad en el acceso a la salud por parte de la población inmigrante, la cual se ve afectada por barreras de tipo financieras (falta de seguro de salud, bajos ingresos), estructurales (culturales e idioma) y de las instituciones, la que se traduce en desconfianza en el sistema de salud o bajo conocimiento del funcionamiento de los sistema de salud. Esto ha conducido a que muchas veces, el inmigrante acceda a la atención de salud por razones de urgencia, o asistan a atención de salud no formal, como la asistencia social.

Estudios realizados en Estados Unidos, donde la población de inmigrantes es significativa, han reportado que las tasas de trastornos psiquiátricos son menores comparadas con la de sujetos nacidos en los Estados Unidos. Otros estudios realizados en el mismo país han encontrado diferencias en las tasas de trastornos psiquiátricos entre los distintos grupos de inmigrantes.

En Europa, la situación es diferente en comparación a lo descrito en los Estados Unidos, ya que algunos grupos de inmigrantes que llegan a Europa tienen mayores tasas de trastornos psiquiátricos, comparados con la población residente.

Algunas experiencias acerca de políticas de salud enfocadas a la población de inmigrantes han mostrado algún tipo de mejora en la atención de salud, como la atención de salud por pares, el incentivo económico para prestadores que tengan programas de atención especialmente diseñados para inmigrantes, sistemas de información a la población inmigrantes acerca del sistema de salud de los países de acogida demuestran ser una herramienta que mejora el acceso a la atención de salud a esta población.

Cuando un inmigrante logra adaptarse a su nueva situación muestra, generalmente, sentimientos y vivencias ambivalentes por el hecho de hallarse entre dos culturas, dos países, dos lealtades. En el caso de los escolares y adolescentes, estas vivencias son más intensas, debido entre otras cosas a la ausencia de una identidad de base fuerte. Es especialmente delicada la situación de los adolescentes por encontrarse inmersos en el proceso de cambio que supone el paso de joven a adulto, y porque viven una doble crisis de identidad: la propia de cualquier adolescente y la motivada por su situación social. Es decir, se encuentran en el cruce de dos edades y de dos culturas. Los adolescentes son los que presentan mayores dificultades de adaptación debido a que su proceso de socialización se interrumpe bruscamente y que el aprendizaje de nuevas estructuras culturales resulta dificultoso por la pérdida de la plasticidad infantil. La interrupción de su proyecto vital en el país de origen, la ausencia de proyecto

migratorio propio, al mismo tiempo que las posibles actitudes negativas de la sociedad de acogida y las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral son factores que podrían entorpecer su proceso de adaptación haciéndolos más vulnerables que la generación anterior para manifestar trastornos psiquiátricos.

En Chile, no existe a la fecha conocimiento respecto a la salud mental de la población inmigrante la que es necesaria para la definición de políticas de salud hacia esta población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El presente estudio tiene como objetivo proponer –sobre la base de un diagnóstico en salud mental en la comuna de Independencia- un proyecto de intervención en salud mental para inmigrantes como complemento de un plan piloto en salud general, mediante el cual se contribuya, en un horizonte de mediano y largo plazo, a una plena integración del inmigrante en el conjunto de normas, programas y políticas en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud en un marco de respeto a la legislación internacional y nacional vinculados a los inmigrantes y el respeto a los derechos humanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos del presente estudio son:

- Caracterizar social y culturalmente a la población inmigrante residente en la comuna de Independencia.
- Estudiar la prevalencia de sintomatología y patología psiquiátrica de la población inmigrante adulta inscrita en el Consultorio municipal de la comuna de Independencia.
- Estudiar la prevalencia de sintomatología y patología psiquiátrica de la población inmigrante escolar inscrita en establecimientos educacionales de la comuna de Independencia.
- Determinar posibles factores asociados a la presencia de patología psiquiátrica en la población inmigrante adulta inscrita en el Consultorio municipal de la comuna de Independencia.

- Determinar posibles factores asociados a la presencia de sintomatología psiquiátrica en la población inmigrante escolar inscrita en establecimientos educacionales de la comuna de Independencia.
- Caracterizar la percepción y el acceso a los servicios de atención en salud mental de la población inmigrante residente en la comuna de Independencia.
- Determinar posibles barreras de acceso a la atención de salud de la población inmigrante inscrita en el Consultorio municipal de la comuna de Independencia.
- Determinar posibles barreras de acceso a la atención de salud de la población inmigrante escolar inscrita en establecimientos educacionales de la comuna de Independencia.
- Caracterizar los factores sociales y culturales de riesgo, vulnerabilidad y los factores protectores asociados a los problemas de salud mental de la comunidad inmigrante en la comuna de Independencia.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio se inicia con una revisión bibliográfica en la que dos revisores independientes realizaron una búsqueda de la literatura publicada en los últimos 10 años en revistas del área de la salud (01/01/1997 hasta 16/09/2007), en buscadores especializados como MEDLINE y Cochrane plus para literatura en el idioma inglés y castellano y se reviso LILACS y SCIELO para la búsqueda de literatura en idioma castellano.

Además, se realizó una búsqueda manual de las referencias bibliográficas identificadas en los artículos seleccionados, como también la búsqueda específica de trabajos publicados por investigadores reconocidos en el tema de inmigrantes y salud.

Los trabajos de investigación que se seleccionaron fueron aquellos que evaluaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población de inmigrantes, factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos psiquiátricos, acceso de la población inmigrante a sistemas de salud, especialmente a salud mental y aquellos que determinaran factores que inciden en el acceso a atención de salud y de salud mental.

Se utilizaron palabras claves como mental health, migration, minorities, services utilization.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal que combinó métodos cuantitativos - entrevistas estructuradas- y cualitativos - técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad-.

El estudio cuantitativo fue de tipo epidemiológico transversal y se llevó a cabo entre noviembre y diciembre del año 2007 en 2 poblaciones, una adulta y otra infanto-juvenil.

En el estudio cualitativo se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a personajes claves de la comunidad inmigrante y a profesionales que trabajan con ellos. Además se realizaron grupos focales con profesionales y funcionarios de la salud, usuarios inmigrantes de la atención primaria y escolares inmigrantes. El trabajo de campo de este estudio se realizó entre los meses de agosto del año 2007 y marzo del año 2008.

METODOLOGÍA MUESTRAL

Con el objeto de determinar el universo a estudiar[2], se buscó información censal de la población objetivo del estudio para lo cual se contactaron instituciones públicas y privadas. El resultado de esta búsqueda fue negativo, puesto que no se encontró ningún dato censal de la población extranjera residente en la comuna de Independencia. Frente al hecho de no contar con un universo definido que nos permitiera seleccionar una muestra representativa de la población general inmigrante residente en la comuna de Independencia, se decidió contactar al Servicio de Salud Metropolitano Norte y a la Ilustre Municipalidad de Independencia. Esta primera fase exploratoria, nos permitió concluir que, en la comuna, había una gran población de inmigrantes escolarizados en los establecimientos públicos y particular subvencionados y que el Consultorio Cruz Melo concentraba al mayor número de inmigrantes consultantes a servicios de salud. Adicionalmente, contábamos con información sobre la salud mental de consultantes a la atención primaria en Santiago. Esto nos permitiría comparar prevalencias de trastornos mentales con la población chilena, puesto que se puso especial cuidado al momento de escoger las metodologías de estudio para que fueran muestras comparables.

Concluimos, en esta fase exploratoria, que era factible construir dos marcos muestrales:

- Uno con la población adulta inmigrante consultante al Consultorio Cruz Melo de la comuna de Independencia.

[2] UNIVERSO: El término es empleado generalmente como sinónimo de población. No obstante, cuando se realiza un trabajo puntual, conviene distinguir entre universo ideal: conjunto de elementos a los cuales se quieren extrapolar los resultados, y universo muestral: conjunto de elementos accesibles en nuestro estudio. Si la numeración de los elementos, se realiza sobre la población accesible o estudiada, y no sobre la población teórica, entonces el proceso recibe el nombre de marco o espacio muestral.

- Una infanto-juvenil con los escolares extranjeros matriculados en Instituciones Educacionales de la comuna de Independencia.

Para la construcción del **marco muestral de la población adulta consultante inmigrante** al consultorio Cruz Melo, se revisaron los registros existentes en dicho establecimiento de pacientes inmigrantes, el que ascendía a un total de 1.030 pacientes extranjeros adultos de 15 a 64 años, en situación migratoria regular y no regular. La muestra cualitativa seleccionada en el Consultorio Cruz Melo se construyó siguiendo un criterio teórico en base a la información entregada por los profesionales y funcionarios de la institución (grupo focal con profesionales y grupo focal con funcionarios). Para la realización del grupo focal de usuarios se siguió un criterio aleatorio -usuarios presentes en la sala de espera-.

El cálculo del tamaño muestral de la población adulta inmigrante consultante se hizo considerando un universo de 1.030 inmigrantes adultos registrados, una prevalencia de patología psiquiátrica de consultantes a la atención primaria en Chile cercana al 50%[3] y un error alfa de 0,05. El tamaño muestral representativo es de, al menos, 281 usuarios. Se seleccionó una muestra consecutiva de 282 pacientes inmigrantes adultos entre 15 y 64 años, los cuales fueron detectados en la sala de espera del consultorio, donde esperaban por cualquier tipo de atención. Cada entrevistado firmó un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Para la construcción del **marco muestral de la población infanto-juvenil inmigrante escolarizada** se procedió a censar a toda la población escolar de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna de Independencia. El total de colegios censados fue de 46 establecimientos educacionales, que estaban registrados en la comuna. Se seleccionaron a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio -pertenecer a la comuna de Independencia, tener alumnos extranjeros entre los 6 y los 16 años de edad capaces de responder cuestionarios-. De ellos, 32 cumplían dichos criterios. 14 colegios no cumplían con los criterios de inclusión.

---

[3] Sartorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier V, Ormel J, Von Korff M, Wittchen H.U. 1993. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report from the WHO Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry; 50, 819-824.

Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C.1998. Estudio Comparativo de Frecuencia y Características de los Trastornos Emocionales en Pacientes que Consultan en el Nivel Primario de Atención en Santiago de Chile. Rev Méd Chile; 126: 397-405.

Rojas G, Araya R, Fritsch R.2000. Salud Mental, Problemas Psicosociales y Atención Primaria de Salud. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat ; 46 (2):119-126.

Araya R,Wynn R,Leonard R,Lewis G. 1994.Psychiatric Morbidity in Primary Health Care In Santiago, Chile. Preliminary Findings. BrJPsychiatry ;165(4) :530-533.

Los 32 colegios que cumplían con los criterios del estudio - 9 Municipales y 23 Particulares Subvencionados -fueron contactados solicitando información acerca del número de escolares extranjeros matriculados a la fecha en su establecimiento educacional.

Se obtuvo respuesta de los 32 establecimientos, dando un resultado de 878 alumnos que constituyen finalmente el universo del estudio.

Se calculó que una muestra aleatoria de 341 escolares era representativa de este universo. El cálculo del tamaño muestral se hizo considerando el tamaño del universo, una prevalencia cercana al 50% de patología psiquiátrica, una pérdida de un 20% y un error alfa de 0,05. Se asumió una prevalencia cercana al 50%.

Los estudios epidemiológicos de salud mental en escolares en Chile son escasos, a diferencia de lo que ocurre en adultos. Bralic y colaboradores[4], en 1984 utilizando el Inventario de Achenbach en escolares entre los 6 y los 11 años de edad, en Santiago de Chile, encontró que 7,2% obtenía puntajes altos para problemas conductuales, sin diferencia de sexo, pero que variaba inversamente al nivel socioeconómico. Es decir, a menor nivel socioeconómico existía mayor prevalencia de trastornos conductuales. De la Barra y colaboradores[5] en 1994-95, estudiaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población escolar en escolares de 1° básico del sector occidente de Santiago. La prevalencia encontrada fue de 38,1%, semejante a las cifras internacionales. En 1997, Cumsille y Martínez, realizaron un estudio de sintomatología depresiva en una muestra constituida por 376 adolescentes, de 14 a 19 años, alumnos de dos liceos del área sur de la Región Metropolitana de Santiago. Encontraron que un 44% de la muestra presentaba síntomas depresivos reconocibles[6.] Recientemente, Cova y colaboradores[7] realizaron un estudio con una muestra representativa de escolares de enseñanza media de la comuna de Concepción, constituida por 746 estudiantes de enseñanza media de ambos sexos, 374 mujeres y 372 hombres y con edades comprendidas entre 14 y 20 años. Obtuvo una cifra de prevalencia de síndrome depresivo de 32,6% y de síndrome ansioso de 42,3%[8].

---

[4] Bralic S, Seguel X, Montenegro H, Maltés S. Prevalencia De Trastornos Psíquicos En La Población Escolar De Santiago. *CEDEP-UNICEF*, 1984.

[5] De La Barra F, Toledo V, Rodríguez J. 2002.Estudio De Salud Mental En Dos Cohortes De Escolares De Santiago Occidente. I: Prevalencia Y Seguimiento De Problemas Conductuales Y Cognitivos. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr;40(1):9-21

[6] Cumsille P, Martínez M. 1997. Síntomas De Depresión En Estudiantes De Enseñanza Media De Santiago. Rev Chil Pediatr; 68: 74-7.

[7] Cova F, Melipillan R, Valdivia M et al. 2007. Sintomatología Depresiva Y Ansiosa En Estudiantes De Enseñanza Media. Rev. Chil. Pediatr;78(2):151-159

[8] Dadas las cifras expuestas y la inexistencia de datos previos para la población inmigrante, en la fórmula de cálculo del tamaño muestral[9], p (prevalencia esperada del parámetro a evaluar), se aplica la opción más desfavorable (p=0,5), que hace mayor el tamaño muestral[10].

Dadas las cifras expuestas y la inexistencia de datos previos para la población inmigrante, en la fórmula de cálculo del tamaño muestral[9], p (prevalencia esperada del parámetro a evaluar), se aplica la opción más desfavorable (p=0,5), que hace mayor el tamaño muestral[10].

Se seleccionó una muestra aleatoria representativa de 341 escolares entre 6 y 16 años, los cuales fueron evaluados en sus respectivos establecimientos educacionales, previo consentimiento informado del apoderado/a, y asentimiento del escolar, aprobados por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

La muestra cualitativa estuvo constituida por funcionarios, profesionales y consultantes inmigrantes del Consultorio Cruz Melo, por escolares inmigrantes de un colegio municipal y de un colegio particular subvencionado de la comuna de Independencia con los cuales se llevaron a cabo cinco grupos focales (cada grupo focal incluyó entre 8 a 10 personas) y por ocho personajes claves entrevistados -2 dirigentes de organizaciones de inmigrantes, 2 actores locales inmigrantes, 1 miembro de una institución que trabaja con inmigrantes y 1 miembro de una institución municipal -. En las escuelas, la muestra que participó en los grupos focales, estuvo constituida por estudiantes inmigrantes de 7º y 8º de Enseñanza Básica que quisieron participar del estudio y cuyas familias aprobaron su participación.

INSTRUMENTOS

POBLACIÓN ADULTA INMIGRANTE CONSULTANTE

Cada individuo fue entrevistado con un instrumento que incluía cuestionarios heteroaplicados (aplicados por terceros) y autoaplicados (respondidos por sí mismos). El instrumento fue elaborado sobre la base del cuestionario utilizado por parte de este equipo de investigación en el estudio “Salud Mental en el Gran Santiago”, entre los años 1996 y 1998 e incluía: una sección sociodemográfica con variables como edad, estado civil, escolaridad, situación laboral, vivienda, ingreso; una sección acerca de la trayectoria migratoria en la que se incluyeron los años de estadía en Chile y una sección sobre apoyo social en la que se incluyó la pertenencia a grupos sociales. Con el objeto de explorar la funcionalidad familiar, se administró el APGAR familiar. Este instrumento mide adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad

---

9 $$n = Z_\alpha^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N-1) + Z_\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

10 Kelsey IL, Thompson WD, Evans A. Methods in Observational Epidemiology. New York. Oxford University Press 1986

resolutiva[11] [12]. Su puntaje fluctúa entre 0 y 10, correspondiendo el mayor a una mejor funcionalidad familiar. De acuerdo a los puntajes es posible clasificar el funcionamiento familiar en funcional y disfuncional, y este último en leve y grave.

La patología psiquiátrica fue evaluada con la versión en español de la Entrevista Clínica Estructurada (CIS-R), validada[13] y utilizada en estudios poblacionales, como el anteriormente nombrado, y en investigaciones llevadas a cabo en la atención primaria en Chile. El CIS-R consta de 14 secciones que cubren los síntomas neuróticos más importantes: fatiga, concentración, problemas de sueño, irritabilidad, preocupaciones, depresión e ideas depresivas. Cada sección involucra un detallado cuestionario sobre la frecuencia, intensidad y duración de cada síntoma. La presencia de Trastornos Mentales Comunes fue definida como un puntaje total del CIS-R de 12 o más puntos. Para la medición del consumo de drogas legales e ilegales, se utilizaron partes del cuestionario que la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) utilizó en el IV Estudio CONACE 2000 .Las mujeres respondieron un cuestionario de violencia intrafamiliar. Además se midió ocurrencia de eventos vitales y calidad de vida.

POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL INMIGRANTE ESCOLARIZADA

Cada escolar fue evaluado mediante instrumentos autoaplicados, que incluían el Cuestionario Pediátrico de Síntomas (PSC) para detectar posible malestar emocional, Cuestionario sobre Preconcepciones de Intimidación y Maltrato entre Iguales (PRECONCIMEI) para evaluar presencia de matonaje, un extracto del Cuestionario Drogas CONACE 2005, un cuestionario para detectar la presencia de Maltrato Infantil utilizado previamente en el “Tercer estudio sobre Maltrato Infantil 2006" (UNICEF) y el Mini International Neuropsychiatric Interview para escolares y adolescentes (M.I.N.I. Kids) para realizar específicamente diagnóstico psiquiátrico.

---

[11] Smilkstein G. 1978.The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. J Fam Pract; 6:1231-9.

[12] Goode MD, Smilkstein G, Goode BJ et al .1979. The Family APGAR Indices: A Study of Construct Validity. J Family Practice; 8:577-582.

[13] Lewis G, Pelosi A, Araya R, Duna G.1992. Measuring Psychiatric Disorder in the Community: A Standarized Assessment for Use Lay Interviewers. Psychological Med; 22:465-486.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G,2001.Common Mental Disorders In Santiago, Chile: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. Br J Psychiatry; 178: 228-33

Rojas G, Araya R, Lewis G. 2005. Comparing Sex Inequalities in Common Affective Disorders across Countries: Great Britain and Chile. Social Science & Medicine; 60: 1693-1703.

El Cuestionario Pediátrico de Síntomas (PSC) fue desarrollado por Jellinek y cols.[14] en el Hospital General de Massachusetts, para ser contestado por los padres de escolares en la sala de espera del pediatra. Tiene 35 ítems, que se puntúan de 1 a 3. Entrega un puntaje global que refleja la visión del padre acerca del funcionamiento psicosocial del escolar. El cuestionario original tiene un punto de corte que, al ser igual o mayor a 28 puntos, significa que el escolar eventualmente requiere atención. Este instrumento fue adaptado y validado en escolares de enseñanza básica de nuestro país por George y cols.[15]. En el presente estudio se administró la versión para padres (validada en Chile) y la que completa el propio escolar.

El Cuestionario sobre Preconcepciones de Intimidación y Maltrato entre Iguales es un instrumento del profesor Avilés[16], adaptado de unos cuestionarios realizados por R. Ortega, y Mora-Merchán[17]. Hay una versión para el profesorado, otra para el alumnado y otra para padres y madres. Con respecto a los alumnos, se pretende saber si han sufrido episodios de intimidación y si es así, a quién han acudido y dónde se han producido. Es un cuestionario sobre intimidación y maltrato entre compañeros. Se da una definición de lo que se consideran estos comportamientos y de las consecuencias que producen en los que los sufren. Consta de 12 preguntas de elección múltiple, con la pretensión de conocer más acerca de cómo entienden el matonaje los sujetos de la muestra. Actualmente se encuentra en proceso de validación en España.

El Cuestionario Drogas CONACE 2005 fue extraído del Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, aplicado en escolares de 8º a 4º Enseñanza Media de todo el país[18].

La recopilación de datos del Tercer Estudio de Maltrato Infantil UNICEF 2006 fue realizada mediante la aplicación de un cuestionario construido el año 1994 para medir el maltrato infantil. Desde entonces, y en los dos restantes estudios que se han realizado para medir el maltrato, se ha utilizado el mismo instrumento de recolección de información. Este cuestionario, ya probado y validado en dos mediciones anteriores. En

---

[14] Jellinek M, Murphy M, Robinson J, Feins A, Lamb Sh, Fenton T. 1988. Pediatric Symptom Checklist: Screening School-Age Children for Psychosocial Dysfunction. The Journal of Pediatrics, 112(2):201-208.

[15] George M *et al.* 1995. Adaptación y Validación de Dos Instrumentos de Pesquisa De Problemas de Salud Mental en Escolares de 1 Básico. Revista de Psicología; 5:17-25.

[16] Avilés, J.M. 2002. PRECONCIMEI. Cuestionario Sobre Intimidación y Maltrato Entre Iguales. Valladolid: JMAM.

[17] Ortega R, Mora-Merchán J. 1997. Agresividad y Violencia. El Problema de Victimización Entre Escolares. Revista de Educación, 313: 7-27.

[18] SEXTO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE CHILE, 2005. 8º básico a 4º medio

INFORME FINAL. Octubre 2006. CONACE.

el presente estudio se aplicó la sección para determinar la existencia o no de violencia al interior de la familia. Se establecen diferentes categorías, cuya presencia determinaría cuál es el nivel de violencia del que es víctima el escolar.[19]

El Mini International Neuropsychiatric Interview fue desarrollado como una alternativa más sencilla y económica que los instrumentos utilizados previamente en epidemiología psiquiátrica[20]. Se encuentra validada en español y ha sido utilizada en varios estudios previos en nuestro país[21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] . Cuenta con una versión para escolares y adolescentes entre 6 y 16 años, que se encuentra traducida al español. En la actualidad existen estudios de validez en varios idiomas para escolares y adolescentes[28]. Evalúa la presencia de los trastornos psiquiátricos más habituales en este grupo etario (Episodio Depresivo Mayor, Riesgo De Suicidio, Trastorno Distímico, Episodio (Hipo) Maníaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad de Separación, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso de Alcohol, Dependencia de Alcohol, Abuso de Drogas (no alcohol), Dependencia de Drogas (no alcohol), Trastorno de Tic, Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad, Trastorno de la Conducta, Trastorno Negativista Desafiante,

---

[19] Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile: Análisis Comparativo 1994 - 2000 – 2006. UNICEF. Marzo 2008

[20] Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. 1998. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry; 59(20): 22-33.

[21] Rojas C, Graciela, Fritsch M, Rosemarie, Solis G, Jaime et al. 2006. Calidad de Vida de Mujeres Deprimidas en el Posparto. Rev. Méd. Chile, 134(6):713-720.

[22] Fritsch R, Montt ME, Solís J et al. 2007Psychopathology and Social Functioning Among Offspring of Depressed Women. Rev. Méd. Chile. 135(5):602-612.

[23] Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, Guajardo V,Lewis G, Peters TJ, Araya R. 2007. Treatment of Postnatal Depression in Low-Income Mothers in Primary-Care Clinics in Santiago, Chile: A Randomized Controlled Trial. Lancet. 10; 370(9599):1629-37.

[24] Fritsch R, Araya R, Solís J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. 2007. A Randomized Trial of Pharmacotherapy with Telephone Monitoring to Improve Treatment of Depression in Primary Care in Santiago. Chile Rev Med Chil. 135(5):587-95.

[25] Araya AV, Rojas P, Fritsch R, Rojas R, Herrera L, Rojas G, Gatica H, Silva H, Fiedler JL. 2006. Early Response to Venlafaxine Antidepressant Correlates with Lower ACTH Levels Prior To Pharmacological Treatment. Endocrine. 30(3):289-98.

[26] Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. 2006. Cost-Effectiveness of a Primary Care Treatment Program for Depression in Low-Income Women in Santiago, Chile. Am J Psychiatry. 163(8):1379-87.

[27] Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, Peters TJ. 2003. Treating Depression in Primary Care in Low-Income Women in Santiago, Chile: A Randomized Controlled Trial. Lancet; 22; 361(9362):995-1000.

[28] Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID).

Trastornos Psicóticos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastornos Adaptativos y Trastorno Penetrante del Desarrollo).

Además se administraron cuestionarios a los apoderados para evaluar presencia de trastornos emocionales en los escolares, datos sociodemográficos y sobre la migración. Se administró una versión para padres del Cuestionario Pediátrico de Síntomas, con el objeto de evaluar la detección de malestar emocional por parte de los apoderados y compararla con la percepción que tienen los propios escolares de sí mismos.

Se registró el rendimiento académico de cada escolar y el de su curso con el objeto de evaluar su nivel de rendimiento académico.

ANALISIS

Se confeccionaron bases de datos en el paquete estadístico SPSS 16.0, ingresando todos los datos obtenidos en las encuestas. Luego se realizaron análisis descriptivos para todas las variables y se llevaron a cabo análisis de regresión logística para determinar posibles factores de riesgo y protectores para la presencia de trastornos mentales comunes en las poblaciones estudiadas:

- Para la población adulta entre la variable dependiente Trastornos Mentales Comunes y las variables independientes sociodemográficas, de trayectoria migratoria, apoyo social y de funcionamiento familiar.
- Para la población infanto-juvenil entre la variable dependiente Trastornos Mentales Comunes y las variables independientes sociodemográficas, de rendimiento escolar, variables migratorias y de maltrato.

RESULTADOS GENERALES

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Se identificaron 16 estudios transversales, dos estudios de cohorte, tres revisiones cualitativas no sistemáticas (Tabla Nº 1).

Siete de los estudios fueron realizados en los Estados Unidos, nueve estudios fueron realizados en Europa, uno en Canadá, uno en Brasil y Japón, uno en Australia.

Los grupos de inmigrantes que fueron estudiados provenían de México, Centro América, América del Sur, Europa Oriental, Medio Oriente, Asia.

Según etnias, se estudiaron principalmente latinos, blancos no latinos, afro-americanos, caribeños, musulmanes, asiáticos.

Según grupos etáreos, un estudio investigó el estado de salud mental en población adolescente de inmigrantes y uno estudió el estado de salud mental en adultos mayores. Cuatro estudios evaluaron el efecto de las generaciones de inmigrantes en el estado de salud mental. El acceso a servicios de salud fue evaluado en siete estudios, seis evaluaron las tasas de salud mental en inmigrantes, cuatro analizaron los factores asociados a enfermedades psiquiátricas.

Percepción de Salud

Grupos de inmigrantes en Estados Unidos perciben un estado de salud regular o malo comparado con la población residente (Stronks K 2001; Dey AN 2006).

Estudios europeos señalan que inmigrantes de países de Europa Oriental que residen en países de Europa Occidental tienen una mala percepción de su salud mental comparados con residentes del país(Blomstedt Y 2007). Inmigrantes provenientes de Pakistán, residentes en Noruega declaraban con mayor frecuencia sentirse angustiados, comparados con los residentes nativos (Syed HR 2006).

Tasas de Salud Mental

Grupos de hispanos en Estados Unidos tienen tasas de estrés psicológico mayores comparados con sujetos de raza negra, asiáticos, o blancos (Dey AN. 2006). Sin embargo inmigrantes en los Estados Unidos tienen tasas de desórdenes mentales más bajas que la contraparte estadounidense en los mismos grupos de edad. (Grant BF 2004; Syed HR 2006; Breslau J 2007).

Los grupos de inmigrantes adultos que viven por más de 5 años en Estados Unidos tienen tasas de estrés psicológico menor comparado con aquellos sujetos de raza blanca con tiempo de residencia menor a 5 años (Dey AN. 2006).

Hispanos tienen tasas de diagnostico de esquizofrenia menor que ciudadanos blancos no latinos (Chow JC 2003). Pero latinos en los Estados Unidos presentan en mayor proporción más de 1 patología psiquiátrica, comparado con la población afro-americana, blancos no latinos (Alegría M 2002).

En Barcelona, España se observó que inmigrantes provenientes de países del medio oriente, de religión musulmana tenían una tendencia mayor de trastornos depresivos y de somatización comparados con la población residente (Pertíñez Mena J 2002).

Explicaciones Salud Mental Inmigrantes

Sociodemográficos

El sexo ejerce un efecto en la salud mental de los inmigrantes, ya que en mujeres declaran tener una mala percepción de su salud mental comparados con hombres (Blomstedt Y 2007).

El estado civil de la población inmigrante afecta la percepción del estado de salud mental, ya que las personas solteras perciben un mal estado de salud mental comparados con aquellos sujetos que están casados o viven en pareja (Blomstedt Y 2007).

La edad de llegada al país de acogida afecta la presentación de trastornos de ánimo ya sujetos que llegaron con menos de12 años de edad, presentan mayor riesgo de presentar trastornos de ánimo comparado con aquellos sujetos que llegaron al país en la adolescencia o adultez (Zolkowska K 2001; Breslau J 2007)..

Socioeconómicos

La pobreza es un factor de riesgo para síntomas depresivos (Mikolajczyk RT 2007).

El desempleo afecta la percepción de salud mental en inmigrantes (Syed HR 2006).

En sujetos inmigrantes que estudian en el país de acogida tienen puntajes más altos en el cuestionario general (GHQ-10) de salud en el item de angustia, comparado con inmigrantes que se encuentran trabajando (Khavarpour F 1997).

Biopsicosociales

La red de apoyo familiar y social son factores que modifican la salud mental en inmigrantes (Grant BF 2004; Syed HR 2006; Miyasaka Lincoln Sakiara 2007; Blomstedt Y 2007). Contrario a esto se observó que en inmigrantes provenientes de países del medio oriente como Pakistán un mayor número de personas nativas residentes cercanas a ellos aumentaba la probabilidad de percibir sensación de angustia, lo que se explica por la necesidad de adaptarse a la cultura del lugar (Syed HR 2006).

En mujeres con bajo apoyo en el colegio presentan mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (Mikolajczyk RT 2007).

El aislamiento, dificultad del idioma del país de acogida, desconocimiento de los servicios básicos, son considerados por inmigrantes factores estresantes (Sadovoy J 2004). Aunque no se ha visto influencia del idioma de uso en los hogares de inmigrantes con el reporte de enfermedades psiquiátricas (Blomstedt Y 2007).

El efecto de la descendencia de inmigrantes no afecta la prevalencia de trastornos psiquiátricos, pero si lo hace en cuanto al uso de drogas (Breslau J 2007).

Aculturación

El proceso de ajuste a una nueva cultura se llama aculturación (Ghaffarian 1998). Este proceso denominado “aculturación” jugaría un rol importante en sujetos que llevan mayor tiempo de residencia en el país de acogida, ya que presentan menor frecuencia de enfermedades mentales en grupos de inmigrantes (Khavarpour F 1997; Dey AN 2006).

Inmigrantes latinos con bajo nivel de aculturación tienen un riesgo ligeramente mayor de tener síntomas depresivos, comparados con latinos inmigrantes con mayor nivel de aculturación (Mikolajczyk RT 2007).

Edad y Aculturación

Los iranís más jóvenes tienen mayores niveles de incorporación a la nueva cultura y menor nivel de resistencia cultural que los iraníes mayores. Los iranís mayores se basan más en sus experiencias pasadas y de esa manera se ajustan con mayor dificultad a la nueva sociedad. Otra explicación es que la población inmigrante joven no ha vivido tanto tiempo en su país de origen como su población mayor (Ghaffarian 1998).

Sexo y Aculturación

Los hombres iraníes tuvieron mejor salud mental que las mujeres, concluyéndose que las mujeres iraníes tienen mayor resistencia al cambio cultural (Ghaffarian 1998).

Nivel Educacional y Aculturación

A mayor nivel educacional, los niveles de integración cultural aumento y los niveles de resistencia cultural disminuyo (Ghaffarian 1998).

Duración de residencia en Estados Unidos y Aculturación

Se encontró una relación significativa entre duración de residencia y aculturación a mayor tiempo de residencia, mayor nivel de integración cultural y menor nivel de resistencia; el ajuste a una nueva cultura toma tiempo (Ghaffarian 1998).

Uso de Servicios de Salud

En algunas localidades de Estados Unidos, la población latina indocumentada, comparado con ciudadanos estadounidenses, utiliza atención de tipo ambulatoria en menor proporción, pero en las tasas de hospitalización son similares, a excepción de

atención por parto en el cual la atención es mayormente de la población latina indocumentada (Berk ML 2000).

Se encontró mayor número de hospitalizaciones y re hospitalizaciones entre pacientes indocumentados. Esto sugiere que probablemente estos pacientes por temor a ser deportados, esperan hasta estar gravemente enfermos antes de buscar ayuda. La mayoría de los pacientes que estaban indocumentados comenzaban la ruta de ingreso a través de los servicios de atención terciaria, sugiriendo que estos grupos marginalizados contaban con los servicios de urgencia y hospitales de atención terciaria como primera fuente de atención (Law S 2003).

La población de inmigrantes usan en menor proporción servicios de salud mental en comparación con la población residente (Jackson JS 2007; Kirmayer LJ 2007).

Inmigrantes con edades 13 y 17 años o mayores de 37 años al tiempo de llegada al país de acogida utilizan más frecuentemente servicios de salud mental, comparados con otras edades de los mismos grupos de inmigrantes. Las segunda y tercera generación de inmigrantes utilizan con mayor frecuencia servicios de salud mental (Jackson JS 2007).

Algunos inmigrantes utilizan servicios de salud más frecuentemente que los residentes del país cuando presentaban problemas subjetivos de salud (Livingston G 2002).

Los inmigrantes utilizan más frecuentemente servicios sociales que servicios de salud (Livingston G 2002; Jackson JS 2007), pero no acuden por cuidados de tipo informal para sus problemas de salud (Livingston G 2002; Chow JC 2003; Jackson JS 2007).

Sujetos de raza negra e hispanos menores de 18 años utilizan más frecuentemente servicios de salud mental comparados con población blanca o asiáticos, tanto en grupos que residían en lugares con alto nivel de pobreza como en lugares con bajo nivel de pobreza (Chow JC 2003).

Hispanos que viven en áreas con alto nivel de pobreza utilizan con menor frecuencia programas de soporte social, comparados con sujetos de raza negra o asiáticos (Chow JC 2003).

Hispanos que viven en áreas con bajo nivel de pobreza son referidos frecuentemente para atención de salud mental a través del sistema de justicia criminal comparados con población blanca residente en la misma área. Sujetos de raza negra que viven en áreas con alto nivel de pobreza son referidos con menor frecuencia a servicios de salud mental por voluntad propia, familias o amigos que sujetos de raza blanca, siendo esta referencia por servicios sociales (Chow JC 2003).

Hispanos y asiáticos en comparación con la población blanca que viven en áreas con alto nivel de pobreza utilizan en mayor proporción servicios de urgencias (Chow JC 2003).

Factores Asociados al uso de Servicios de Salud Mental

Se han definido 3 tipos de barreras de acceso a la salud por parte de los inmigrantes. Estas son las de tipo financieras, estructurales e institucionales. Las barreras financieras incluyen la falta de cobertura en los seguros de salud y bajos ingresos en los pacientes inmigrantes latinos; estructuralmente, la organización del sistema escasamente refleja los aspectos sociales y culturales de las comunidades en donde se encuentran, de esta manera, hay problemas de comunicación entre prestadores y usuarios; las barreras institucionales se refieren al concepto de lo que se considera el proveer un buen servicio y una atención medica de buena calidad (Burciaga-Valdez 1993).

Otros autores las han clasificado como barreras formales y barreras informales. Las barreras formales incluyen la organización de los servicios de salud como el pago por este; también incluye restricciones legales que afectan el acceso a los inmigrantes, excepto mujeres y niños en muchos países. Las barreras informales pueden ser divididas en aspectos relacionados con el lenguaje, psicológicos y socioculturales. Barreras de lenguaje implican el ser incapaz de comunicarse; las barreras psicológicas son por una falta de confianza y dificultades en interacción social; y las barreras socioculturales incluyen diferencias entre profesionales de la salud y pacientes en relación a procedimientos, patrones de comunicación, roles y nivel de conocimiento acerca de enfermedad y acerca del modo en que los servicios de salud están organizados (Norredam ML 2007).

El acceso a servicios de atención de salud mental está influido por factores raciales y étnicos, ya que la población afro-americana comparada con latinos en los Estados Unidos tiene bajo acceso a atención de salud menta, inmigrantes con bajo nivel de ingresos, que vivan en sectores rurales o que no manejan el idioma del país de acogida (Alegría M 2002).

Inmigrantes con nivel educacional alto, con puntajes de GHQ elevados y con eventos de vida estresantes, acuden con mayor frecuencia por atención de salud mental (Kirmayer LJ 2007).

El bajo acceso a servicios de salud debido a que no tienen seguros de salud (Dey AN 2006).

La esquizofrenia es una de las causas de ingreso a servicios de atención mental en inmigrantes (Zolkowska K 2001).

Bajo conocimiento de la organización de salud mental del país de acogida incide en el bajo nivel de acceso a la atención de salud mental, lo que está estrechamente relacionado con el nivel cultural de la población inmigrante (Kirmayer LJ 2007).

El *estigma* de tener alguna enfermedad mental, afecta explica el bajo de uso de servicios de salud mental (Chow JC 2003; Kirmayer LJ 2007).

Conclusiones

De acuerdo a esta revisión bibliográfica, se puede concluir que en general la percepción de salud de los inmigrantes es peor que las de la población del país de acogida.

Las tasas de patología psiquiátrica arrojan resultados dispares, esto pudiese ser explicado por las distintas metodologías empleadas en los estudios.

Factores sociodemograficos y socioeconómicos influyen en forma negativa en la salud mental de los inmigrantes tales como: el sexo femenino, estado civil soltero, menores de edad, bajo nivel de ingresos.

La falta de apoyo familiar y de redes sociales, culturas muy distintas y desconocimiento de la organización del país de acogida son considerados por los inmigrantes como factores estresantes.

El proceso de ajuste a una nueva cultura o aculturación esta influenciado por la edad, el sexo, el nivel educacional y la duración de residencia del inmigrante. En la población iraní que vive en los Estados Unidos, se observó que a menor edad, ser de sexo masculino, tener un mayor nivel educacional y mayor tiempo de residencia van a influir positivamente en la aculturación.

Los inmigrantes acuden en menor proporción a los centros de atención ambulatoria, sin embargo, presentan mayores tasas de hospitalización, sugiriendo que no consultan a tiempo. Alcanzando niveles semejantes de atención con la población de acogida, a mayor tiempo de estadia.

Finalmente, el acceso a servicios de atención de salud mental por parte de la población de inmigrantes esta determinado por barreras financieras, organizacionales e institucionales por un lado y por otro por factores raciales, étnicos y culturales; destacando el no contar con una cobertura adecuada, desconocer la organización del sistema de salud del país de acogida y por el estigma de tener alguna enfermedad mental.

DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL POBLACIÓN INMIGRANTE ADULTA CONSULTANTE

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La muestra está compuesta por 282 consultantes, de los cuales 222 son mujeres y 60 son hombres, correspondiendo a 78,7% y 21,3% del total respectivamente (Tabla Nº 2, Gráfico Nº 1).

La edad promedio de los consultantes es de 30, 1 años, con una desviación típica de 8,89. El rango etario fue entre 15 y 62 años (Tabla Nº 3).

La mayoría de los consultantes convive con una pareja (51, 4%), en segundo y tercer lugar están los casados (23, 0%) y los solteros (22, 3%); solo un 2,8% están separados y un 0, 3% están viudos (Tabla Nº 4, Gráfico Nº 2).

La gran mayoría de los entrevistados proviene de Perú (96,8%) y un menor porcentaje de Ecuador (2,8%) y Venezuela (0,3%)Tabla Nº 5, Gráfico Nº 3)

Un 34,4% de los consultantes no tiene previsión de salud, seguidos por un 26,6% que pertenecen al grupo A de FONASA (Tabla Nº 6, Gráfico Nº 4).

SALUD GENERAL

Cerca de la mitad de los consultantes calificaron su salud general como “buena” (49, 3%), seguidos de “regular” (39,7%); mientras que solo un 0,7% la calificó como “muy mala” (Tabla Nº 7, Gráfico Nº 5).

La mitad de los consultantes calificó su salud mental como “buena” (48,9%), mientras que un 45,4% la calificó como “regular”. No se encontraron diferencias significativas entre los sexos en la autopercepción de la salud mental (Tabla Nº 8, Gráfico Nº 6).

Un 76, 9% de los consultantes contestaron que no tenían problemas de salud general (Tabla Nº 9, Gráfico Nº 7).

73,8% de los consultantes que reconocieron tener un problema de salud, buscaron algún tipo de ayuda (Tabla Nº 10, Gráfico Nº 8).

La mayoría de los consultantes (70,8%) acudió al consultorio para resolver su problema de salud y, en menor porcentaje, los servicios de urgencia (12,5%) y a las otras instituciones de salud. Un 2,1% consultó a familiares o amigos (Tabla Nº 11, Gráfico Nº 9).

El 76,7% de los consultantes reconoció estar satisfecho con la atención médica recibida (Tabla Nº 12, Gráfico Nº 10).

El 72,7% de los consultantes que recibió ayuda reconoció estar satisfecho con la institución de salud donde fue atendido, porcentaje levemente menor al observado en "satisfacción por atención médica" (Tabla Nº 13, Gráfico Nº 11).

Dentro de las razones por las cuales no se consultó a pesar de tener un problema de salud, destaca el desconocimiento del funcionamiento del Sistema de Salud Chileno de la población inmigrante (72,7%). El hecho de no tener RUN (63,6%), y por lo tanto, no tener acceso a la atención, la preocupación del costo en dinero de la atención (63,6%) y no contar con permiso laboral (50%) constituyeron también razones importantes para no consultar (Tabla Nº 14, Gráfico Nº 12).

EVENTOS VITALES

Dentro de los problemas o acontecimientos vitales ocurridos durante los últimos 12 meses, destacan: embarazo de la mujer o la pareja (60,2%), baja de ingresos (57,1%) e incorporación de un nuevo miembro de la familia (41,8%) (Tabla Nº 15, Gráfico Nº 13).

Se encontraron diferencias significativas entre los sexos en la ocurrencia de los siguientes eventos vitales: ocurrencia de enfermedad o accidente grave (M= 13,5% - H=28,3%; Chi^2 =7, 469; p=0,007), separación de la pareja (M=24,8-H= 10,0; Chi^2 =6,082; p=0,008), retiro del trabajo (M=38,7-H= 20,0; Chi^2 =7,315; p=0,004); disminución de los ingresos (M=64,9-H= 31,7; Chi^2=20,113;p=0,000); embarazo propio o de la pareja(M=64,9 -H= 43,3;Chi 9,146;p=0,002). Como se desprende de las cifras anteriores, de los eventos vitales que muestran una ocurrencia significativamente distinta entre los sexos, sólo la ocurrencia de enfermedad o accidente grave es más frecuente en hombres que en mujeres.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Un 6,4% del total de consultantes presenta un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Los hombres presentan una prevalencia mayor de Trastorno por Estrés Postraumático (10,0%) que las mujeres (5,4%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en la prevalencia de Trastorno por Estrés Postraumático (Tabla Nº 16, Gráfico Nº 14).

Un 44,5% de las personas que presentan un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) presenta además otra patología psiquiátrica, lo que corresponde a un 3,6% de la muestra total (Tabla Nº 17).

SOPORTE SOCIAL

84,7% de los consultantes refiere contar con una red de soporte social (Tabla Nº 18, Gráfico Nº 15).

El número promedio de personas con las que cuentan los consultantes es 2,8 con una desviación típica de 3,88. (Tabla Nº 19)

75,8% de los consultantes refiere necesitar el apoyo de otras personas (Tabla Nº 20, Gráfico Nº 16).

La mitad de los consultantes (52,4%) refieren tener mucha confianza con las personas con las que cuentan, mientras que un 21,1% refiere tener solo un poco de confianza con su red de apoyo (Tabla Nº 21, Gráfico Nº 17).

Un poco más de la mitad (58,9%) percibe que su red de apoyo le brinda “mucha” ayuda y solo un 1,6% refiere no recibir ayuda (Tabla Nº 22 Gráfico Nº 18).

Un 21,3% refiere participar en grupos sociales como club deportivo, centro de madres, sindicato, partido político, iglesia, etc. Los hombres participan significativamente más en organizaciones sociales que las mujeres (H=40,0%-M=16,2; Chi^2=15,952; p=0,000) (Tabla Nº 23, Gráfico Nº 19).

CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

La gran mayoría de los consultantes (86,5%) refiere sentirse querido, y la mayoría (66,7%) refieren sentirse satisfechos por la ayuda brindada por su familia, conversar los problemas, tomar las decisiones en conjunto y compartir los fines de semana en familia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en la percepción de la calidad de la vida familiar (Tabla Nº 24, Gráfico Nº 20).

CONSUMO DE TABACO

Aproximadamente la mitad de los consultantes (49,6%) ha fumado alguna vez en su vida (Tabla Nº 25, Gráfico Nº 21).

Entre los que ha fumado alguna vez en su vida, el 98,6% fumó por primera vez hace más de 1 año (Tabla Nº 26, Gráfico Nº 22).

La edad promedio de inicio del consumo de tabaco fue a los 19 años Tabla Nº 27).

La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes es de 38,6% y en el último año de 27,9%. La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes (38,6%) es mayor en hombres (54,0%) que en mujeres (30,0%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi^2=7,814; p= 0,005) (Tabla Nº 28, Gráfico Nº 23).

Un poco menos de la mitad de los consultantes (41,8%) ha fumado ocasionalmente en el último mes, mientras que solo un 16,4% lo hace todos los días (Tabla Nº 29, Gráfico Nº 24).

Los consultantes refieren fumar un promedio aproximado de 6 cigarros, con una desviación típica de 9,59 (TABLA nº 30.

CONSUMO DE ALCOHOL

75,2 % de los consultantes refieren haber bebido alcohol alguna vez en su vida (Tabla Nº 31, Gráfico Nº 25).

La gran mayoría (98,6%) bebió alcohol por primera vez hace más de un año. La edad promedio del primer consumo es de 19 años (Tablas Nº 32 y 33, Gráfico Nº 26).

La mayoría de los consultantes bebieron alcohol por última vez durante los últimos seis meses (65,1%) (Tabla Nº 34, Gráfico Nº 27).

La mayoría (70,7%) bebe alcohol solo ocasionalmente en el mes (Tabla Nº 35, Gráfico Nº 28).

El número de vasos promedio que los consultantes suelen tomar es de 7 vasos, con un máximo de 40, sin embargo, esto puede deberse con una deficiencia cultural del cuestionario empleado, ya que constatamos que es la costumbre de muchos de los entrevistados el tomar por sorbos y no en vasos (Tabla Nº 36).

La mayoría (41,7%) nunca bebió más de 5 vasos en un solo día, sin embargo, un 1,4% refirió haber bebido de esta manera en 20 ocasiones (Tabla Nº 37, Gráfico Nº 29).

Entre las variables que miden un consumo problemático de alcohol, destaca que un 38,8% de las personas que han bebido declaran tomar más de lo deseado y un 37,5% desear disminuir la cantidad que bebe. De estas variables, presentan diferencias estadísticamente significativas entre los sexos: problemas con la pareja por el trago(H=35,0%-M=14,7%;Chi^{2}3,966;p=0,041), pérdida de amigos o pareja(H=17,5%-M=0;Chi^{2}6,388;p=0,011), deseos de disminuir lo que toma(H=60,0%-M=9,4%; Chi19,440; p=0,000),molestia por críticas (H=72,7% -M=27,3%; Chi^2=3,783; p=0,044) y la presencia de sentimientos de culpa (H=82,6%; M=17,4%;Chi^2=10,017; p=0,001). Como se desprende de las cifras anteriores, todas estas variables están más presentes en el sexo masculino (Tabla Nº 38, Gráficos Nº 30 y 31).

TRABAJO

Un porcentaje levemente menor a la mitad (41,5%) cuenta con un trabajo remunerado con sueldo regular. Los hombres tienen con mayor frecuencia esta situación (71,7%)

que las mujeres (33,3%), siendo la diferencia entre los sexos estadísticamente significativa (Chi^2=28,591; p=0,000) (Tabla Nº 39, Gráfico Nº 32).

La mayoría de los consultantes que no trabaja son dueñas de casa (42,4%), seguidas de personas cesantes buscando empleo (24,2%) y un menor porcentaje de estudiantes (5,4%) (Tabla Nº 40, Gráfico Nº 33).

El 60,6% de los consultantes cuenta con contrato laboral. Esta situación es más frecuente en el sexo masculino (78,3%) que en el femenino (50,6%), siendo esta diferencia entre los sexos estadísticamente significativa (Chi^2=9,392; p=0,002) (Tabla Nº 41, Gráfico Nº 34).

El promedio de horas trabajadas semanalmente por los consultantes es de 47,7 horas, es decir, una jornada completa. Llama la atención que algunos consultantes trabajan 130 horas semanales. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en esta variable (Tabla Nº 42).

La mayoría (69,0%) refiere una mayor satisfacción con su situación laboral actual comparada con la de su país de origen (Tabla Nº 43, Gráfico Nº 35).

INGRESOS Y REMESAS

El ingreso líquido mensual promedio de los entrevistados es de 176.886 pesos, lo que supera levemente el sueldo mínimo de 148.000 pesos, al momento del estudio. Un 69,1 % de los consultantes recibe un sueldo mayor al sueldo mínimo. Los hombres tienen un ingreso líquido promedio mensual significativamente mayor que las mujeres (H=217.511 pesos-M=153.449 pesos; t=5,710; p=0,000) (Tabla Nº 44, Gráfico Nº 36).

Sólo un 6,7% de las personas entrevistadas recibe ingresos de otras fuentes como por ejemplo, jubilaciones; intereses; dividendos; arriendos; pensiones; subsidios o donaciones, con un promedio de 99.736 pesos (Tabla Nº 45, 46 y 47. Gráfico Nº 37 y 38).

Un poco menos de la mitad (40,6%) envía remesas a sus países de origen, desde 15 mil a 3 millones 600 mil pesos, con un promedio de 584.824 pesos anuales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos respecto al envío de remesas, ni tampoco respecto a la cantidad del dinero enviado (tabla Nº 48, 49 y 50. Gráficos 39 y 40).

VIVIENDA

La mayoría (71,6%) vive con la pareja y 59,2% vive con familiares, mientras que 2,5% vive solo y 0,3% con sus patrones (Tabla Nº 51. Gráfico Nº 41).

Un 50% de las personas entrevistadas vive en una pieza o en cité, seguidos de un 36,5% de personas que viven en casa (Tabla Nº 52. Gráfico Nº 42).

La gran mayoría (97,2%) vive en una vivienda arrendada (Tabla Nº 53. Gráfico Nº 43).

El número de personas promedio que duermen en la misma pieza es de 1,8; sin embargo, hasta 6 personas comparten una misma pieza (Tabla Nº 54 y 55. Gráfico Nº 44).

EDUCACION

La mitad de los entrevistados (52,1%) tiene una educación media incompleta. El promedio de años de estudio es de 11 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos respecto a los años de escolaridad (Tabla Nº 56 y 57. Gráfico Nº 45).

Un 45,0% de las madres de los consultantes no completaron la educación básica, con un promedio de 7 años estudiados (Tabla Nº 58 y 59. Gráfico Nº 46).

La educación paterna de los consultantes se distribuye en forma homogénea entre educación superior, media incompleta y básica incompleta, con un promedio de 8 años de estudio (Tabla Nº 60 y 61. Gráfico Nº 47).

MIGRACIÓN

El 34,4% tiene visa definitiva, un 12,4% está tramitando una visa, mientras que un 9,6% la tiene en condición irregular y un 1,1% nunca la ha tenido (Tabla Nº 62. Gráfico Nº 48).

Solo 7,4% han vivido en otros países fuera de Chile y su país de origen, siendo Argentina el país donde ha vivido el 52,6% de estos consultantes (Tabla Nº 63 y 64. Gráfico Nº 49 y 50).

La gran mayoría (82,6%) ingresó a Chile por un paso fronterizo oficial y un 0,7% reconoce haber ingresado a Chile por un paso fronterizo clandestino (Tabla Nº 65. Gráfico Nº 51).

El promedio de estadía en Chile es de 51 meses, es decir, entre 4 y 5 años; con una estadía máxima de 16 años en Chile (Tabla Nº 66 y 67. Gráfico Nº 52 y 53).

NUMERO DE HIJOS

El número promedio de hijos vivos es de 1,5 con hasta un máximo de 7 hijos (Tabla Nº 68. Gráfico Nº 54).

CALIDAD DE VIDA

El puntaje promedio de Calidad de Vida, percibido por los consultantes es de 67,2 puntos de una escala de 0 a 100 puntos (Tabla Nº 69. Gráfico Nº 55).

CONSUMO DE DROGAS

Un 6,7% de los consultantes ha probado marihuana alguna vez en la vida, consumiéndola por última vez hace más de un año. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos respecto del consumo de marihuana alguna vez en la vida. Este consumo es más frecuente en los hombres (23,3%) que en las mujeres (2,3%) (Chi^2 33,406; p= 0,000) (Tabla Nº 70 y 71. Gráfico Nº 56).
Un 3,9 % de los consultantes ha probado pasta base alguna vez en la vida, consumiéndola por última vez hace más de un año. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos respecto del consumo de pasta base alguna vez en la vida. Este consumo es más frecuente en los hombres (13,3%) que en las mujeres (1,4%) (Chi^2 18,090; p= 0,000) (Tabla Nº 72 y 73. Gráfico Nº 57).
Un 1,42% de los consultantes ha probado cocaína alguna vez en la vida, consumiéndola por última vez hace más de un año en un 75%. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos respecto del consumo de cocaína alguna vez en la vida, siendo este consumo más frecuente en los hombres (3,3%) que en las mujeres (0,9%) (Tabla Nº 74 y 75. Gráfico Nº 58 y 59).

Solo una persona reconoció haber consumido anfetaminas alguna vez en la vida, lo que corresponde al 0,4% de la muestra. Se trata de una mujer que lo hizo de 10 a 50 veces y fue sin receta médica (Tabla Nº 76 y 77. Gráfico Nº 60).

Nadie declaró haber consumido solventes volátiles, LSD, heroína, peyote, éxtasis, morfina, chicota ni crack.

El 13,9% de los encuestados declara haber tomado tranquilizantes alguna vez en su vida. Este consumo es más frecuente en el sexo femenino (15,4%) que en el masculino (8,3%). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla Nº 78. Gráfico Nº 61).

El 60% de los consultantes consumió tranquilizantes por primera vez hace más de un año y a una edad promedio de 30 años (Tabla Nº 79 y 80. Gráfico Nº 62).

El 48,7% consumió tranquilizantes hace más de un año, mientras que el 23,1% lo hizo durante los últimos 30 días (Tabla Nº 81. Gráfico Nº 63).

El 48,7% utilizó una receta médica por última vez hace más de un año, lo que coincide con el último consumo consignado; sin embargo, un 17,9% contestó que la última receta médica fue utilizada durante los últimos 30 días, lo que indica que hubo un porcentaje que no fue adquirido con ésta (Tabla Nº 82. Gráfico Nº 64).

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF)

Un 43,4% de las mujeres fue dañada emocionalmente, un 31,5% fue dañada físicamente; 17,6% fue tocada sexualmente y 12,6% fue forzada a tener sexo. Un 10,4% cree estar en riesgo de sufrir esta última situación (Tabla Nº83. Gráfico Nº65).

La pareja y la ex pareja aparecen como los principales victimarios en dañar emocional o físicamente a la mujer y de forzarla a tener relaciones sexuales, mientras que los familiares son los principales responsables de haber tocado sexualmente a estas mujeres (Tabla Nº84. Gráfico Nº66).

La mayor prevalencia de daño emocional y físico aparece durante la juventud y la adultez, siendo mínimo pero de todas maneras existente en el embarazo y postparto. También durante la juventud un mayor número de mujeres fueron forzadas a tener relaciones sexuales. Cabe destacar que no se observa violencia en las mujeres mayores de 65 años (Tabla Nº85. Gráfico Nº67).

Un 19,1% de las mujeres refiere que aun es víctima de daño físico y un 3,7% reconoce ser forzada a tener relaciones sexuales (Tabla Nº86. Gráfico Nº68).

EVALUACION PSIQUIÁTRICA

El 14,2% de la muestra presenta un trastorno psiquiátrico, de acuerdo a las definiciones internacionales de éstos. Si agregamos el 3,6% que presenta un cuadro de Trastorno Por Estrés Postraumático, la prevalencia total de cuadros psiquiátricos alcanza un 17,8% en estos consultantes. La prevalencia de trastorno psiquiátrico es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (M=17,1%-H=3,3%; Chi^2=7,373; p=0,003) (Gráfico Nº 69) (Gráfico Nº 70).

El síntoma que presentan con mayor frecuencia las personas entrevistadas es fatiga (13,8%), seguido de ideas depresivas, preocupaciones, depresión e irritabilidad. Algunos síntomas se encuentran significativamente más presentes en las mujeres que en los hombres: los síntomas somáticos (M=10,8%-H=0%;Chi^2=7,090;p=0,002), la fatiga (M=17,1%-H=1,7%;Chi^2=9,462;p=0,001), los problemas de concentración (M=10,8%-H=0%;Chi^2=7,090;p=0,002), la irritabilidad (M=12,2%-H=3,3%; Chi^2=3,991; p=0,0031) y la depresión (M=12,6%-H=1,7%; Chi^2=6,134;p=0,006) (Gráfico Nº 71).

Estos síntomas podrían interferir significativamente en la población migrante en poder llevar a cabo su proyecto migratorio, al asociarse a una menor productividad laboral.

El cuadro psiquiátrico más prevalente es el Trastorno Ansioso-depresivo (6,0%), seguido por la Depresión Severa (3,2%), que alcanza cifras similares al Trastorno Por Estrés Postraumático (3,6%). Estas 3 patologías tienen una prevalencia en conjunto de 12,8%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en la prevalencia de estos cuadros psiquiátricos (Tabla Nº 87).

En forma relativa, el Trastorno Ansioso Depresivo alcanza un 42,5%, la Depresión Severa un 22,5%, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno de Pánico un 10% cada uno (Gráfico Nº 72).

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE PATOLOGIA MENTAL

El análisis de regresión logística entre la variable dependiente trastornos mentales comunes y las variables independientes sociodemográficas, de trayectoria migratoria, ocurrencia de eventos vitales, apoyo social y de funcionamiento familiar indicó que la disfuncionalidad familiar severa y la disminución de los ingresos se asocian en forma significativa con la presencia de un trastorno psiquiátrico, constituyendo por lo tanto probables factores de riesgo para sufrir un trastorno mental común (Tabla Nº 88).

Aquellos inmigrantes que presentan una disfunción familiar severa según el APGAR familiar de Smilkenstein, tienen 5.1 (IC95%: 1.1-23.1) veces más probabilidades que aquellos sin disfunción familiar de presentar un trastorno mental común. Aquellos individuos que declaran haber sufrido una disminución en sus ingresos presentan 3.2 (IC95%: 1.2-8.6) veces más probabilidades que aquellos que no lo han sufrido de presentar un trastorno mental común. De esta forma, el hecho de no presentar disfunción familiar ni baja en los ingresos constituyen factores protectores para la presencia de patología mental.

Cabe destacar que el tiempo de permanencia en Chile no se asocia a la presencia de un trastorno mental, lo que sugiere que la presencia de trastornos mentales no está asociada directamente al fenómeno de la migración. Uno pudiese hipotetizar que por tratarse de una migración de carácter principalmente económica, la disminución de los ingresos tiene un impacto importante sobre su salud mental.

Probablemente la disfunción familiar que se asocia a la presencia de trastornos mentales esté relacionada con las condiciones del fenómeno migratorio.

DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL POBLACIÓN INMIGRANTE ESCOLAR

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En la muestra, existe un porcentaje levemente mayor de hombres (52,7%) que de mujeres (47,3%) (tabla Nº 89. Gráfico Nº 73)

Las edades fluctúan entre 6 y 16 años de edad, con un promedio de 12,1 y una desviación típica de 2,87 (Tabla Nº 90. Gráfico Nº 74).

El 30,7% de la muestra corresponde a escolares entre 6 y 10 años y el 69,3% a jóvenes entre 11 y 16 años.

La gran mayoría (92%) de los escolares proviene de Perú, y en muchísima menor proporción de Ecuador y Argentina (Tabla Nº 91. Gráfico Nº 75).

El promedio de residencia en Chile de los escolares es de 3,4 años, sin embargo, el rango es muy amplio, fluctuando entre menos de un año hasta 14 años. El 44,1% reside en el país desde hace 2 años o menos. El 29,2% lo hace desde hace 3 a 4 años, y el 26,7% restante lo hace entre 5 y 14 años (Tabla Nº 92 y 93. Gráfico Nº 76).

Un 67,6% de los escolares entrevistados declaran haber llegado a Chile junto a sus padres. Un 19,3% tuvo más de un año de separación de sus padres y un 13,2% un año o menos. El rango de años de separación es de 0 a 15 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo de los escolares y los años de separación de los padres.

Los menores llegan a Chile a una edad promedio de 8,8 años (desviación típica 3,32) con un rango de 0 a 16 años.

Los alumnos entrevistados cursan de 1º básico a cuarto medio, concentrándose mayoritariamente desde quinto básico a segundo medio (Tabla Nº 94. Gráfico Nº 77).

La muestra pertenece a 23 establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados de la comuna. El Colegio George Washington aportó con el 28% de la muestra debido a que cuenta con una gran población inmigrante, ubicándose luego el Liceo Ignacio Carrera Pinto (Tabla Nº 95).

Los escolares tienen un promedio de notas de 5,3, con una distribución normal. El rango de los promedios oscila entre 3,5 y 6,9 (Tabla Nº 96. Gráfico Nº 78).

Se calculó el porcentaje de coincidencia del rendimiento de cada escolar respecto del de su curso, correspondiendo el 100% a la coincidencia exacta. Valores sobre 100

indican un rendimiento mayor del escolar respecto del promedio de su curso, y menores a 100 un rendimiento por debajo del promedio del curso. El rendimiento escolar de la muestra es similar a la de sus pares chilenos, encontrándose un 49,4% bajo el promedio de su curso. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los escolares (6-10 años) y los jóvenes (11-16 años) respecto al rendimiento del curso. Hombres y mujeres no se diferencian en el rendimiento escolar respecto al curso (Gráfico Nº 79).

Un 9,5% declara ser el único extranjero en el curso, un 63,6% tiene entre 1 y 10 compañeros extranjeros, y un 26,9% más de 10. Cerca de un 50% cuenta con 5 o más compañeros/as de curso extranjeros/as, con un promedio de 8 (Tabla Nº 97 y 98. Gráfico Nº 80).

En el 61,7% de los casos el apoderado es la madre, en el 22,7% es el padre, en el 11,7% no es familiar del escolar, en el 1,7% es una hermana, en otro 1,7% es la abuela, y en un 0,6% un tío o tía (Tabla Nº 99. Gráfico Nº 81).

En un 14% de los casos la madre no aloja todas las noches en la misma casa que el escolar. Probablemente se trata de madres asesoras del hogar puertas adentro. En un 9,3% el apoderado/a declara desconocer esta información (Tabla Nº 100. Gráfico Nº 82).

Aproximadamente en el 70% de los casos en que la madre aloja fuera, esto ocurre al menos durante cuatro noches de la semana (Tabla Nº 101. Gráfico Nº 83).

En los casos que la madre no aloja en el hogar, la persona que asume los cuidados en un 57% es el padre, en un 16,7% algún hermano/a, en un 11,9% una abuela, en un 9,5% una tía, en un 2,4% una amiga de la madre, y en un 2,4% otro familiar (Tabla Nº 102. Gráfico Nº 84).

PERCEPCIÓN DE SALUD MENTAL Y CONDUCTA

Un 32,4% de los escolares entrevistados percibe tener un problema emocional o de comportamiento por el cual necesita ayuda. Según los apoderados este porcentaje asciende a 36,1%. Un 9,6% de los escolares declara estar actualmente consultando a un profesional de la salud mental. El sexo del alumno no influye en la percepción de salud mental del apoderado ni tampoco en la autopercepción, ni en la consulta a un profesional de salud mental. Los escolares (6-10 años) perciben con mayor frecuencia tener algún problema emocional o de comportamiento para el cual necesita ayuda (44,4%) que los jóvenes (11-16 años) (27,0%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi^2=8,622; p=0,003) (Tabla Nº 103).

Las razones más frecuentes de no consultar a pesar de percibir un problema de salud mental según el apoderado, serían preocupaciones por el costo (64,4%), pensar que los

problemas se resolverían solos (56,7%) y desconocimiento del sistema de salud chileno (48,9%) (Gráfico Nº 85).

PATOLOGÍA PSIQUIATRICA

Un 20% de la población escolar entrevistada presenta patología psiquiátrica. Las mujeres presentan significativamente más patología psiquiátrica que los hombres (30,3% versus 10,8%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi^2=17,814; p=0,000).No se encontraron diferencias estadísticamente significativa entre los niños (6-10años) y los jóvenes (11-16 años) respecto a la presencia de patología psiquiátrica (Gráfico Nº 86).

Se trata de trastornos mentales comunes: 14,3% trastornos del ánimo y 5,7% trastornos de ansiedad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niños (6 a 10 años) y los jóvenes (11 a 16 años) en la presencia de estos diagnósticos. Las mujeres presentan significativamente más trastornos de ánimo (21,8% versus 7,6%; Chi^2=12,344; p=0,000) y de ansiedad que los hombres (21,8% versus 8,9%; Chi2=9,868; p=0,001).

MALTRATO INTRAFAMILIAR

Un 40,7% de los escolares declara no sufrir ningún tipo de maltrato en la actualidad y un 30% declara sufrir maltrato físico grave en la actualidad. Un 38,3% de los escolares declara no haber sufrido ningún tipo de maltrato en el país de origen (pasado) y un 37,3% declara haber sufrido maltrato físico grave en el país de origen (pasado).

Es posible observar diferencias en la prevalencia de acuerdo al grupo etario, observándose maltrato más severo en grupos etarios menores. Esto explicaría la disminución de los niveles de maltrato actual respecto del presentado en el país de origen, puesto que a medida que aumenta la edad la severidad del maltrato disminuye. (Ver Gráficos N°15 y N°16) (F= 4.880982; p=0.0279). Existe una disminución significativa en los niveles de maltrato infanto-juvenil al comparar lo ocurrido en su país de origen y actualmente. Este fenómeno, sin embargo desaparece al controlar por la edad. Esto indicaría más bien que los niveles de maltrato disminuirían en función con la mayor edad del escolar (Gráfico Nº 87, 88 y 89).

La cifra de no maltrato es bastante mayor que la reportada por la UNICEF para el año 2006 en Chile, que es de 29,4%[29]. El maltrato psicológico también es significativamente menor (4,7% vs. 20,8%). No existe diferencia estadísticamente significativa respecto de

[29] Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile: Análisis Comparativo 1994 - 2000 – 2006. UNICEF. Marzo 2008

la incidencia de maltrato físico leve. Entre los alumnos extranjeros, el maltrato físico severo es significativamente mayor que el reportado en el estudio de la UNICEF. Es importante destacar que este último fue realizado en alumnos de 8º Básico, a diferencia del presente estudio que abarca una muestra amplia entre 1º y 4º Enseñanza Media. Al comparar las cifras sólo de los alumnos de 8º Enseñanza Básica de la muestra, es posible observar que la única diferencia estadísticamente significativa es la menor prevalencia de maltrato psicológico entre los escolares inmigrantes (Tabla Nº104).

CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES

Los escolares mayores de 10 años respondieron el cuestionario sobre drogas (200 encuestados), cuya edad promedio fue de 13,7 años (desviación típica 1,65).

El consumo de drogas aparece sólo para marihuana. El 2,5% de los jóvenes entre 11 y 16 años refiere haber consumido alguna vez en la vida marihuana. Su edad promedio es de 15,4 años (desviación típica 0,89). De aquellos que la han probado, el 50% lo hizo por primera vez hace más de un año y el otro 50% lo hizo hace menos de 1 año pero más de 1 mes. El 50% tuvo el último consumo hace más de un año, el 25% lo hizo hace más de un mes pero menos de un año y el otro 25% lo hizo el último mes. El 40% la probó por primera vez a los 13 años, otro 40% lo hizo a los 15 años y un 20% lo hizo a los 16 años. Un 16,7% ha consumido marihuana más de 40 veces el último año, otro 16,7% lo ha hecho 20 a 39 veces y un 66,7% lo ha hecho sólo 1 vez.

No se registró consumo de cocaína y/o pasta base. El 3% de la muestra reconoce beber los fines de semana y el 2,7% lo hace incluso algunos días de la semana.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La presencia de trastorno emocional se correlaciona significativamente con la presencia de maltrato físico severo en el país de origen y actual. Sin embargo, al controlar por las variables independientes sexo, grupo etario, años de residencia en Chile, llegada a Chile con los padres, años de separación de los padres, si la madre aloja todas las noches con el escolar, cantidad de compañeros extranjeros y maltrato, sólo la presencia actual de maltrato físico severo se correlaciona significativamente con la presencia de un trastorno mental (Tabla Nº 105).

El análisis de regresión logística entre la variable dependiente trastornos mentales comunes y las variables independientes sociodemográficas, de trayectoria migratoria, de cuidados y maltrato indica que la única variable que se asocia a la presencia de trastorno mental común es la presencia de maltrato físico severo en la actualidad. Los menores que sufren de maltrato físico severo en la actualidad tienen 4,26 veces más probabilidades de presentar un trastorno mental que aquellos que no sufren de ningún

tipo de maltrato. Es posible concluir que la ausencia de maltrato constituye un factor protector de la salud mental de esta población.

Cabe destacar que no hubo relación estadísticamente significativa entre la presencia de trastorno mental y variables importantes asociadas al proceso migratorio como años de permanencia en Chile, años de separación de los padres y llegada a Chile con o sin sus padres.

RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO

CARACTERIZACIÓN CUALITATIVA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La población inmigrante que reside en la comuna de Independencia es una población joven, en edad productiva y reproductiva. Esta población proviene mayoritariamente del Perú y ha llegado al país en busca de mejores condiciones materiales de vida.

Se trata de una población que llega al país a través de contactos con familiares o amigos de su país de origen, quienes ya trabajan en Chile, y que los apoyan con información clave como oportunidades de trabajo y alojamiento a bajo costo.

Esta población sigue un patrón de asentamiento[30] clásico de las migraciones contemporáneas: proceso iniciado por mujeres, quienes, migran buscando un mayor bienestar económico insertándose en los países de acogida como asesoras del hogar puertas adentro. Esta inserción laboral les permite ahorrar gastos de vivienda y alimentación, con estos ahorros mantienen a sus familias en el país de origen a través del envío periódico de remesas. Otra alternativa que siguen es emplearse puertas afuera, compartiendo pieza con otros inmigrantes en la misma situación, con el fin de abaratar costos, y mantener el envío de remesas.

Frente a la evidencia que, en sus países de origen, sus posibilidades económicas no mejorarán en el corto plazo y, ante el escaso margen de ahorro que les deja el envío de remesas, deciden posteriormente comenzar el proceso de reunificación familiar en el país de acogida, después de algunos años de separación.

Según la información recolectada en los grupos focales y en las entrevistas en profundidad, este proceso produce dificultades en las parejas y en las familias. Por un lado, por el rol protagónico asumido por las mujeres, derivado de sus mejores posibilidades laborales en comparación con sus parejas, desestabiliza la familia. Por otro lado, los escolares deben enfrentar un complejo proceso de adaptación a la

[30] Las cadenas migratorias- y más aún las redes- contribuyen a explicar los patrones de asentamiento, la tipología de las concentraciones de inmigrantes en ciertos lugares de residencia, la conformación de barrios por similitud de origen, el desarrollo de núcleos ocupacionales, ya sean industriales o comerciales entre otras características.

separación de las personas que los cuidaron a partir del momento de la emigración de sus padres, al país de acogida y al reencuentro con sus padres.

Respecto al tipo de trabajo de los inmigrantes de la comuna, algunas personas plantearon que, en su mayoría las mujeres se insertan en el servicio doméstico (puertas adentro o afuera), y los hombres en la construcción; otras personas plantearon observar una mayor diversidad en la inserción laboral de los inmigrantes como cargadores de la vega, vendedores ambulantes, cuidadores de auto.

Los escolares inmigrantes están asistiendo a escuelas municipales y particulares subvencionadas, tendiendo a concentrarse en éstas últimas, donde alcanzan en algunas de ellas porcentajes cercanos al 40% de la matrícula total. Si bien esta investigación no profundizó en las razones por las cuales los escolares se concentran en la educación particular subvencionada en la comuna, esto puede deberse a las facilidades que estas escuelas le dieron a la población inmigrante previo acuerdo MINEDUC – Departamento de Extranjería y Migración (Ministerio del Interior), acuerdo que garantiza el derecho a la educación de los menores inmigrantes independiente de la situación migratoria de sus padres o representantes legales.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD, Y FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES

Las personas entrevistadas coincidieron en afirmar que, tanto la calidad de inmigrantes económicos, como las condiciones sociales en las que se insertan los inmigrantes en Chile, constituyen factores de riesgo y vulnerabilidad para su salud mental.

El proceso de llegada de los distintos miembros de la familia en forma separada es identificado unánimemente como un factor de vulnerabilidad, ya que las familias nucleares (padres /madres /hijos /as) frecuentemente permanecen dispersas en ambos países durante algunos años, lo que deteriora sus vínculos afectivos y hace más difícil la adaptación al país.

Las mujeres inmigrantes tienen menos dificultades para encontrar trabajo y sus trabajos son más estables que los de los hombres, lo que ha generado cambios culturalmente significativos en la percepción de los roles de género, e incluso una inversión de los roles de género, que no siempre son integrados con facilidad. Los inmigrantes económicos tienen el mandato específico de generar ingresos y excedentes que les permitan mejorar objetivamente sus condiciones materiales de vida, y /o mantener familias en el país de origen.

De la información recolectada, se puede afirmar que los inmigrantes perciben que trabajan largas jornadas laborales y /o que aceptan trabajos con malas condiciones

laborales los que los llevaría a minimizar sus aflicciones emocionales. El estudio cuantitativo intentó cuantificar esta información y encontró que los inmigrantes entrevistados trabajan en promedio 47,71 horas semanales y que un 60,6% lo hace con contrato, pero que el rango de horas trabajadas es muy amplio, trabajando hasta 130 horas semanales.

Las condiciones de inserción social de los inmigrantes en la comuna, entre las que se mencionaron el hacinamiento y las malas condiciones laborales, son percibidas como factores de riesgo para la salud mental de los inmigrantes.

El hacinamiento fue mencionado unánimemente como un determinante negativo de la salud pues contribuiría al consumo excesivo de alcohol y a interacciones violentas entre los habitantes. Se reconoce que los inmigrantes viven en malas condiciones en la comuna, hecho que se produciría por la necesidad de bajar los costos de su propia manutención, con el fin de ahorrar y enviar remesas a su país de origen. Por otro lado, los inmigrantes perciben que el vivir en "comunidad", en el sentido de vivir junto a otros inmigrantes, sería un factor protector de la salud mental, ya que permitiría contar con una red social de apoyo. Sin desmerecer esta percepción, todos coincidieron en que, en la comuna, existen algunas casonas donde viven actualmente inmigrantes que no reúnen las condiciones mínimas de habitabilidad y salubridad.

Como determinantes negativos de la salud mental, se mencionan, las malas condiciones laborales, entre las cuales se enfatiza la vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes que se desempeñan como asesoras del hogar puertas adentro y de los inmigrantes que tratan de regularizar su situación migratoria a través de la obtención de una visa sujeta a contrato. Este hecho, los obliga a permanecer con un mismo empleador durante dos años consecutivos y obliga al empleador a pagar un pasaje de regreso al inmigrante y su familia.

En el momento de levantar la información, existía gran esperanza en el proceso extraordinario de regularización migratoria que se llevaba a cabo y que regularizó la situación de 47.000 personas a las cuales se le otorgó visa por un año, plazo en el cual deberán demostrar un trabajo formal[31].

Hubo unanimidad en identificar el consumo excesivo de alcohol como un determinante negativo de la salud mental de la comunidad inmigrante. Los entrevistados coincidieron en que las "fiestas" que se realizan los fines de semana en las casonas de la comuna, en las cuales se percibe un consumo excesivo de alcohol, afectan la salud mental de los y las inmigrantes. Esta conducta es especialmente reprochada en las mujeres, ya

[31] El año 2007 se inició en Chile un proceso de regularización migratoria que terminó el año 2008 con la regularización de 47.000 inmigrantes.

que el consumo excesivo de alcohol es tolerado en el Perú en los varones, pero no en el sexo femenino. La percepción de que en Chile incluso las mujeres beben hasta emborracharse, es una imagen culturalmente intolerable. Asimismo, este consumo se explica como una forma que tienen los inmigrantes de relajarse y evadir los problemas de la vida cotidiana. Es mencionado como causa de violencia callejera entre inmigrantes, y entre inmigrantes y chilenos.

Profesionales externos del consultorio que trabajan con población inmigrante y dirigentes de organizaciones sociales de inmigrantes, plantearon su preocupación por casos de violencia intrafamiliar que les ha tocado observar. Dicen no poder afirmar que este problema sea mayor entre la población inmigrante que en la población chilena, ya que no hay estudios que lo demuestren, pero que es una conducta observable incluso en las calles de la comuna los fines de semana.

Los escolares que participaron en los grupos focales, identificaron la discriminación como un problema importante que les produce angustia, estrés y dolor emocional. Esta se produciría principalmente en la escuela, sus pares chilenos serían los principales agresores, y sería particularmente intensa al momento de ingresar a la escuela en Chile. Por eso, el ingreso a los establecimientos educacionales sería una primera etapa difícil y dura de vivir. Además, los escolares inmigrantes identificaron la trayectoria migratoria de sus familias, y el proceso de reunificación familiar, como situaciones difíciles que han debido afrontar. Como señalamos anteriormente, los menores quedan en sus países de origen a cargo de terceros (abuelos /as, tíos / as, u otros) antes de que sus padres /madres se decidan a traerlos a vivir con ellos en Chile. Esto los obliga primero a vivir el duelo por la pérdida de los padres /madres que parten a trabajar a Chile, luego la pérdida de los familiares significativos que quedaron en el país de origen una vez que ellos llegan a vivir en Chile, y luego a adaptarse a vivir con sus progenitores que no han visto, en muchos casos, en años. Se detectaron diferencias entre los escolares respecto a la discriminación de sus pares chilenos. En el colegio donde los escolares inmigrantes eran minoría reconocieron funcionar en un grupo compacto; sin embargo en el establecimiento donde existía un mayor número de inmigrantes, se producía mayor integración. De este hallazgo, se puede plantear la hipótesis que el número de inmigrantes que un establecimiento educacional reciba es un factor importante a considerar en el diseño de políticas de integración.

Como factores protectores para la salud mental de la población estudiada se encontraron el soporte social determinado principalmente por la convivencia en una comunidad y en un lugar geográfico, el hecho que la familia comparta un proyecto migratorio común y que éste sea discutido con todos los miembros del grupo familiar y con ello logre integrar a los hijos para que puedan enfrentar con menos dificultades el proceso migratorio. Esto también permite que las mujeres enfrenten con menos

dificultades la separación con sus hijos. El proyecto migratorio compartido se transforma en un estímulo para seguir adelante a pesar de las dificultades.

ACCESO AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA: CONFLICTOS Y BARRERAS

La atención de la población inmigrante está marcada por conflictos y barreras que dificultan el acceso de esta población al sistema de salud pública. En este sentido, se identificaron en el estudio la condición migratoria de los inmigrantes, el conocimiento sobre el sistema de salud pública nacional, la percepción que tienen los prestadores de la salud de los inmigrantes, la relación que establecen prestadores de salud y usuarios inmigrantes, y la discriminación como formas visibles de un conflicto a resolver para mejorar el acceso de la población inmigrante al sistema de salud chileno.

En primer lugar, la condición migratoria de los inmigrantes fue señalada por todos los entrevistados como la principal barrera al sistema de salud pública. En este sentido, sólo quienes cumplen con los requisitos administrativos pueden inscribirse en los consultorios: contar con un Carné de Identidad vigente, con un seguro de salud –FONASA o ISAPRE- y residir en la comuna. Asimismo, las mujeres inmigrantes embarazadas y los niños /as menores de 6 años en condición migratoria irregular, que se atienden en el control de niño sano, pueden ser atendidos en el consultorio, en virtud del convenio firmado por MINSAL y el Departamento de Extranjería y Migración, en el marco de la ley FONASA vigente a la fecha de este estudio. Sin embargo, estas prestaciones de salud, que alcanzan el 40% de las mujeres inmigrantes embarazadas, no le reportan al consultorio ningún tipo de aporte económico por parte de FONASA, y deben ser cubiertas en su totalidad por el Municipio.

Esta situación descrita se produce pues las embarazadas y los niños /as personas menores de 6 años pueden ser atendidas en el consultorio aún estando en situación migratoria irregular. Al momento de solicitar atención, reciben un certificado por parte del consultorio para recibir una visa transitoria, la cual cuesta, en la actualidad, alrededor de 40.000 pesos. Una parte importante de los inmigrantes no realiza este trámite, razón por la cual son atendidos en el consultorio pero éste no logra recibir los fondos por las prestaciones realizadas pues el financiamiento del consultorio es calculado según la población inscrita al 30 de septiembre de cada año y sólo considera a las personas que han regularizado su trámites y no tiene efecto retroactivo.

La población inmigrante que trabaja tiene una barrera muy concreta determinada por problemas de horario para asistir al consultorio de la comuna.

En segundo lugar, el estudio estableció que no existe consenso entre la cantidad y la calidad de información que manejan los usuarios inmigrantes sobre el funcionamiento del sistema de salud pública en Chile. Por una parte, tanto los profesionales como los

funcionarios afirmaron que los usuarios inmigrantes manejan más información que los usuarios nacionales sobre sus derechos y el funcionamiento del consultorio; por otra parte, las usuarias y los informantes claves de la comunidad inmigrante manifestaron que los inmigrantes manejan escasa información sobre el sistema de salud nacional. Según los inmigrantes la información se canaliza a través de sus redes sociales constituidas principalmente por sus familiares y amigos /as; asimismo, el tipo de información que circula a través de estas redes es de carácter práctico, es decir, a través de estas redes se tiende a socializar las experiencias de éxito y de fracaso que han tenido otros inmigrantes en el sistema de salud. De esta forma, intentan replicar las experiencias de éxito.

En tercer lugar, la percepción de los prestadores de salud también expresa un conflicto. Los prestadores de salud del consultorio describen a los inmigrantes como policonsultantes, demandantes y exigentes, ya que insisten en ser atendidos pese a no cumplir con los requisitos administrativos indispensables, lo que genera malestar y rechazo entre los funcionarios del consultorio. Adicionalmente, los índices de calidad de atención del consultorio habrían, según los prestadores de salud, variado desde que atienden población inmigrante, ya que las mujeres embarazadas tienen un ingreso tardío al primer control de embarazo, lo que dificulta que el consultorio cumpla determinadas metas. Los mismos prestadores señalan que algunos índices habrían mejorado gracias a la atención de esta población, porque las mismas mujeres embarazadas presentan índices menores de sobrepeso que las mujeres chilenas.

Los prestadores de salud se mostraron preocupados por casos de TBC que han detectado en inmigrantes pues tienen dificultad para notificarlos , indicarles un tratamiento que dura un período prolongado y mantener un seguimiento de éstos pues se trata de una población que tiende a cambiar con frecuencia su domicilio. Esta situación, según los prestadores de salud, perjudica al consultorio pues les impide cumplir con metas establecidas por MINSAL-FONASA.

En cuarto lugar, tanto profesionales como funcionarios se enfrentan a un nuevo usuario, diferentes culturalmente, con necesidades específicas que demandan conocimientos que ellos muchas veces no manejan (como orientación en temas de regularización migratoria, por ejemplo), y que además, muchas veces, no tiene derecho a ser inscrito en el consultorio por no estar en situación regular en Chile. Se enfrentan a usuarios inmigrantes que han desarrollado la estrategia de insistir frente a negativas de atención en el consultorio. Los prestadores de salud caracterizan al usuario inmigrante como demandante pero servil "*llegan como pidiendo limosna*", y afirman que las atenciones de salud que les son concedidas, porque cumplen con los requisitos y tienen derecho a ellas, son percibidas como "*favores personales*" y no como procedimientos institucionales a los cuales ellos también tienen derecho, lo que lleva a otros inmigrantes, que no siempre cumplen con los requisitos indispensables, a tratar de

repetir esta experiencia de éxito con el mismo funcionario que concedió el supuesto "*favor*". Es probable que esta conducta esté determinada por pautas de comportamiento establecidas en el país de origen.

La discriminación también fue identificada por los inmigrantes como una barrera de acceso al sistema de salud pública, frente a la cual éstos callan. Resulta significativo que los prestadores de salud hayan reconocido, en los grupos focales, que hacen comentarios xenófobos, que, según ellos, son inofensivos porque dicen no hacerlos frente a los y las usuarios inmigrantes ("*de repente echamos talla o comentarios negativos contra los peruanitos pero no delante de ellos*"). Para ellos los comentarios negativos respecto a esta población estarían permitidos si no se realizan frente a los afectados.

De la información recolectada se puede afirmar que por parte de la población estudiada existe una resistencia a consultar a los profesionales de salud mental pues éstos "atenderían a los locos" y existe la percepción que en Chile recetan "muchos remedios". Se detectó que la población consultante entrevistada había tenido buenas y malas experiencias con consultas a los programas de salud mental del consultorio. De acuerdo a estos hallazgos, se puede plantear la hipótesis que en los países de origen de la población estudiada existe un mayor estigma frente a la salud mental que la existente en nuestro país que ha avanzado en la implementación de políticas públicas en el tema.

DEFINICIÓN DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA UN PROYECTO PILOTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA INMIGRANTES

HALLAZGOS RELEVANTES PARA LA PROPUESTA

La presente investigación tiene como fortaleza haber utilizado métodos cualitativos y cuantitativos, haber estudiado a población adulta e infanto-juvenil y haber utilizado instrumentos que permiten comparar, al menos parcialmente, los hallazgos encontrados en la población inmigrante con resultados de investigaciones realizados en población general. Sin embargo, es una investigación limitada a población inmigrante de la comuna de Independencia que asiste a un centro de salud primaria y que fue entrevistada en determinados meses del año o está inscrita en establecimientos educacionales de la comuna y, por ende, no permite sacar conclusiones más generales.

Los hallazgos más relevantes detectados por el presente estudio en relación a la salud mental de los y las inmigrantes de la comuna de Independencia son:

- Los principales problemas de salud mental de la muestra de adultos inmigrantes estudiada son la disfunción familiar, la violencia y el consumo excesivo de alcohol. El consumo excesivo de alcohol se asocia a problemas de pareja, inestabilidad laboral, problemas con el vecindario y, eventualmente, a problemas legales. Todos estos factores de vulnerabilidad para la salud mental propia y de la familia.

- Los principales problemas de salud mental de la muestra de escolares inmigrantes estudiada son la conducta discriminatoria de sus pares nacionales, la adaptación al proceso migratorio que sus padres diseñaron y la violencia intrafamiliar.

- Existe una baja prevalencia de trastornos mentales entre los y las inmigrantes adultos consultantes al consultorio de atención primaria en comparación con cifras descritas en otros estudios similares realizados con muestras de consultantes a este tipo de establecimientos (17,8% vs.30-50%)[32]. Cabe

[32] Sartorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier V, Ormel J, Von Korff M, Wittchen H.U. 1993. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report from the WHO Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry; 50, 819-824.

Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C.1998. Estudio Comparativo de Frecuencia y Características de los Trastornos Emocionales en Pacientes que Consultan en el Nivel Primario de Atención en Santiago de Chile. Rev Méd Chile; 126: 397-405.

destacar que se trata de una muestra de personas que consultan por distintos motivos al centro de salud (síntomas físicos, controles de salud).

- Existe una prevalencia de trastornos mentales en la población inmigrante infanto-juvenil más alta que la prevalencia de trastornos mentales de la población adulta inmigrante consultante al centro de salud primario (29,3% versus 17,8%).
- La disfunción familiar se asocia a trastornos de salud mental en los adultos. La disfunción familiar, la violencia y el consumo excesivo de alcohol son percibidos en relación al proceso migratorio y a determinantes sociales como condiciones de vivienda y de trabajo. La disminución de los ingresos se asocia a trastornos de salud mental, lo que se explica por tratarse de inmigrantes económicos.
- La presencia de sintomatología psiquiátrica en los escolares inmigrantes se asocia estrechamente a la presencia de maltrato intrafamiliar físico grave.
- Tanto en la población infanto-juvenil como adulta, los trastornos de salud mental más frecuentes son los de ansiedad y los depresivos, lo que es similar a la población chilena[33] [34].
- La atención de salud de la población inmigrante adulta e infanto-juvenil presenta barreras relacionadas con la desinformación sobre derechos de la propia población inmigrante y de los funcionarios de salud.
- Se detectaron incentivos negativos para el centro de salud al atender población inmigrante ya sea por no lograr el financiamiento de algunas atenciones como por no poder cumplir algunas metas programáticas.

Es recomendable en el futuro estudiar la salud mental de la población inmigrante con metodologías caso-control mediante las cuales se estudie la población inmigrante en comparación con la nacional. Esto es especialmente válido para la población infanto-juvenil, pues en Chile sólo contamos con datos de poblaciones muy específicas y no se ha estudiado la asociación entre patología psiquiátrica y maltrato.

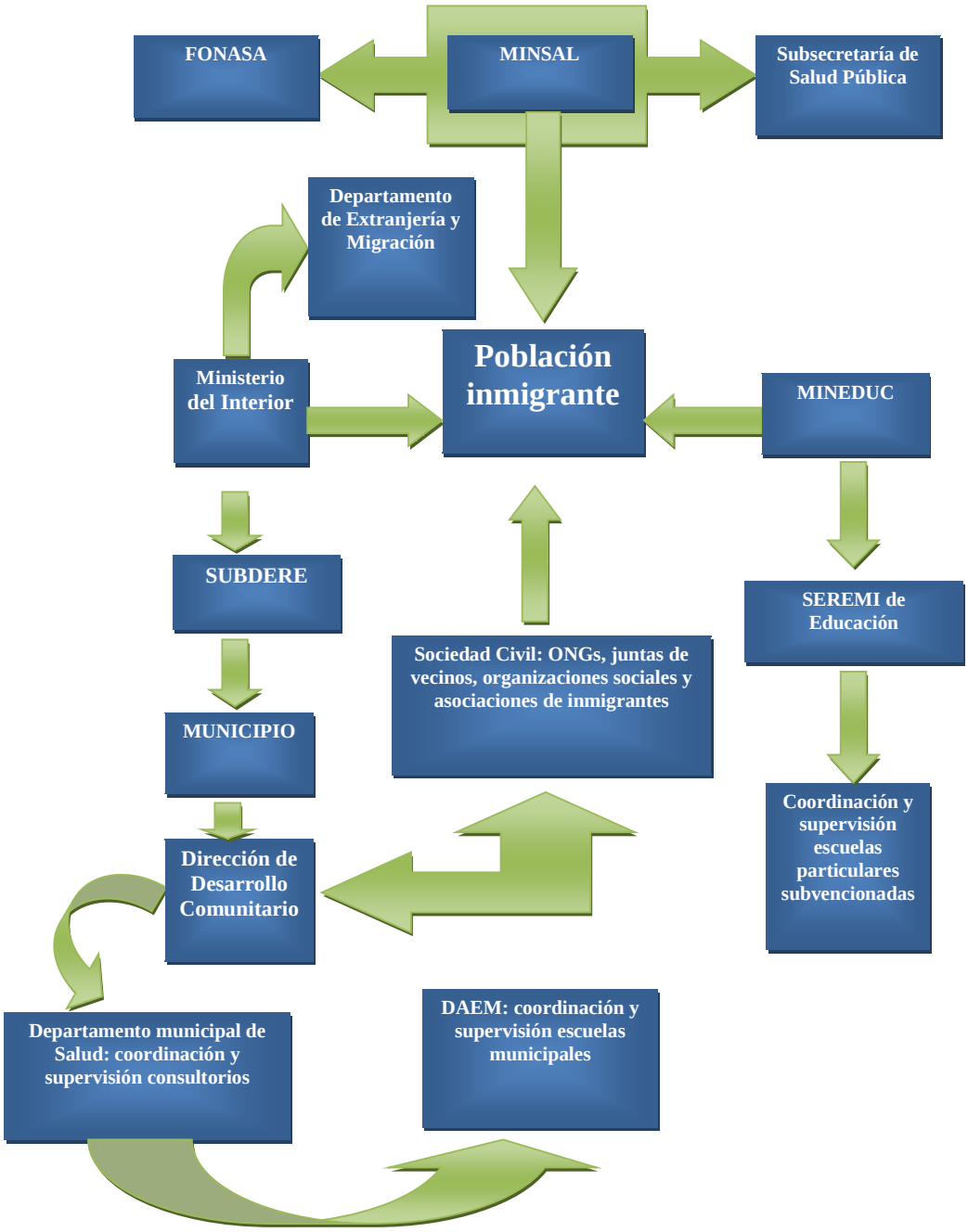
Rojas G, Araya R, Fritsch R.2000. Salud Mental, problemas psicosociales y atención primaria de salud. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat ; 46 (2):119-126.

[33] Araya R, Rojas G, Frits R, Acuña J, Lewis G, 2001. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry; 178: 228-33

[34] Cova F, Melipillan R, Valdivia M et al. 2007. Sintomatología Depresiva Y Ansiosa En Estudiantes De Enseñanza Media. Rev. Chil. Pediatr;78(2):151-159

INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA INMIGRANTES

A partir del diagnóstico de la salud mental de la población inmigrante de la comuna de Independencia antes señalado, la siguiente propuesta apunta a definir un modelo de intervención intersectorial que involucra al Estado a través de sus instituciones, a los gobiernos locales a través de los municipios, y a la sociedad civil, a través de ONGs, organizaciones sociales, juntas de vecinos y asociaciones de inmigrantes de diversa índole.



HALLAZGOS, ACCIONES Y RESULTADOS ESPERADOS DE ACUERDO A LAS INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES INVOLUCRADAS EN LA PROPUESTA

MINISTERIO DE SALUD

El presente estudio encontró que los escolares inmigrantes presentan más problemas de salud mental que los adultos e identificó que en la atención de salud de los inmigrantes habían problemas de información, problemas administrativos para el financiamiento por parte de los niveles centrales de la atención de salud que realiza el centro de salud primario y para el cumplimiento de metas programáticas.

- Proponemos entregar capacitación a los profesionales y funcionarios de salud respecto del fenómeno migratorio y de los derechos de esta población.
- Proponemos que **MINSAL** redacte un protocolo de atención de población inmigrante para los distintos niveles de atención de salud y lo difunda profusamente.
- Los departamentos municipales de salud sostienen que no reciben pago por las atenciones en salud que hacen a inmigrantes en condición irregular (al momento de este estudio mujeres embarazadas y escolares/as menores de 6 años en control de niño sano), que por disposiciones legales deben atender. Una posibilidad de solucionar este problema es facilitando la obtención de visa transitoria para estas personas eliminando el pago y/o que FONASA diseñe un sistema de pago especial para los departamentos de salud por la atención de la población inmigrante en condición migratoria irregular. Con estas medidas se conseguirá apoyar económicamente a los establecimientos que deben atender inmigrantes en condición migratoria irregular y de esta forma mejorar la calidad de su atención evitando incentivos negativos.
- Otro problema que tiene el consultorio de salud es que deben cumplir metas de rendimiento elaboradas para el perfil epidemiológico y la conducta de salud de la población chilena, variables que no necesariamente están presentes en la población emigrante. La población inmigrante tiene menor estabilidad en la comuna, e incluso en el país, razón por la cual no cumplen con la regularidad de asistencia a algunos controles como lo requiere el consultorio. Este problema es particularmente importante en el control del embarazo pues las mujeres inmigrantes se incorporan tardíamente a sus controles .Proponemos que MINSAL cree metas especiales para los establecimientos que atiendan un

porcentaje determinado de población inmigrante y que FONASA tenga una forma de financiamiento especial para ellos. Podría estudiarse la posibilidad que los establecimientos que atiendan un porcentaje determinado de inmigrantes reciban un estímulo económico por ello y tengan metas sanitarias más bajas.

- Proponemos que en el control del niño sano migrante se incorpore la detección de algunas variables relacionadas con el proceso migratorio, como discriminación de los pares nacionales y /o larga etapa de reunificación familiar.

Con estas medidas se espera disminuir las barreras de acceso a la atención de salud de la población inmigrante y apoyar a los establecimientos que atienden población inmigrante para garantizar la calidad de atención.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

El estudio estableció que la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los menores inmigrantes escolarizados es importante. Se identificaron la discriminación en la escuela y el proceso de reunificación familiar como etapas difíciles en la vida de los escolares inmigrantes en Chile.

- Proponemos que el **MINEDUC,** a través de la **SEREMI de Educación,** promueva que los **Departamentos Municipales de Educación (DAEM)** y las escuelas particulares subvencionadas con un determinado porcentaje de escolares inmigrantes tengan una política de integración que se defina en el Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.) de los establecimientos educacionales y que se traduzca en acciones concretas a desarrollar durante el año escolar, que promuevan la interculturalidad y la no discriminación. Estas acciones debieran involucrar al conjunto de la comunidad escolar (docentes, co-docentes, directivos, apoderados/as, escolares y niñas).

- Se propone que en el PEI se contemplen, además, acciones de capacitación y sensibilización de directivos, docentes y co-docentes en los procesos de migración contemporáneos, abordando las dificultades específicas de escolares y niñas inmigrantes, y diseñando, ejecutando y evaluando estrategias específicas de integración social de los escolares y niñas nacionales e inmigrantes.

- La población inmigrante maneja escasa información que facilite su integración social en Chile, y las escuelas son instituciones con las cuales los padres/madres de los escolares y niñas inmigrantes mantienen un vínculo natural, por lo cual se propone que las escuelas sean también difusoras de información sobre integración social (acceso al sistema de salud pública, derecho a la educación, derecho a la vivienda social, reunificación familiar, etc.)

Con estas medidas, se espera facilitar la integración y aculturación de los escolares inmigrantes, disminuir la discriminación y la violencia, protegiendo de esta forma su salud mental.

MINISTERIO DEL INTERIOR

El Decreto Ley de Extranjería N º 1094, que data del año 1975, se limita a regular la entrada y salida de extranjeros/as del país.

- Proponemos que el **Departamento de Extranjería y Migración** acelere la discusión y promulgación de una Ley migratoria actualizada a los procesos migratorios contemporáneos que incorpore los determinantes sociales de estos procesos.

SOCIEDAD CIVIL (ONGS, JUNTAS DE VECINOS, ORGANIZACIONES SOCIALES, ASOCIACIONES DE INMIGRANTES, ETC.)

La desinformación de derechos es una barrera para el acceso a la atención de salud y la sociedad civil es un pilar fundamental para garantizar la difusión de los derechos de los y las inmigrantes en Chile.

- Proponemos que estas organizaciones sean incorporadas a las campañas comunicacionales que se realicen para difundir cualquier iniciativa que vaya en beneficio de la población inmigrante.
- Proponemos generar alianzas entre las **Direcciones de Desarrollo Comunitario** y las organizaciones civiles con el fin de establecer mecanismos eficaces de derivación asistida a los servicios de salud pública.

ACCIONES SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

VIVIENDA

El diagnóstico de salud mental de la población inmigrante de la comuna de Independencia identificó el hacinamiento y las malas condiciones materiales de las viviendas que algunos inmigrantes arriendan como un factor de riesgo para la salud mental de la población. Los inmigrantes con carnet de identidad vigente pueden postular a los programas de vivienda social del MINVU, pero un bajo porcentaje de la población hace uso de este derecho.

- Proponemos que el MINVU promueva que, tanto las Entidades de Gestión Inmobiliaria Social (EGIS) como los Municipios inscritos como EGIS ante el MINVU, incorporen un porcentaje mínimo de población inmigrante entre sus

beneficiarios en aquellas comunas que presentan un índice mayor de población inmigrante.

- Proponemos estudiar la posibilidad de emular el programa de jefas de hogar, otorgándole puntajes adicionales a las familias inmigrantes que postulen a la vivienda social.

REUNIFICACIÓN FAMILIAR

El estudio identificó la trayectoria migratoria de las familias, y los largos procesos de reunificación familiar, como factores de vulnerabilidad que afectan la salud mental de los miembros de la familia, en particular la de los escolares y niñas.

- Proponemos que el Ministerio del Interior, a través de su Departamento de Extranjería y Migración, agilice la discusión y promulgación de una política migratoria que establezca mecanismos claros y eficientes para la reunificación familiar.

INTEGRACIÓN DE LOS ESCOLARES Y NIÑAS INMIGRANTES AL SISTEMA ESCOLAR NACIONAL

El estudio identificó que la incorporación de los escolares/as al sistema escolar nacional es una etapa difícil, en la cual ellos deben adaptarse a una nueva sociedad, con altos índices de discriminación hacia las minorías.

- Proponemos que el MINEDUC a través de la SEREMI de Educación supervise la definición de políticas de integración en los Proyectos Educacionales Institucionales (PEI) de los establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados que tengan porcentajes importantes de población inmigrante.

- Dado que gracias a las normativas administrativas que ha impulsado el MINEDUC actualmente todos los escolares/as tienen derecho a la educación, independientemente de la condición migratoria de sus padres/madres, se solicita una mayor difusión de esta normativa a través de las provinciales de educación y los Departamentos de Educación Municipal.

CONDICIONES LABORALES

El estudio identificó las condiciones laborales como determinante negativo para la salud mental de los inmigrantes. La Ley de Extranjería actualmente vigente, les exige a los y las trabajadores inmigrantes que buscan regularizar su condición migratoria en Chile a

través de la obtención de una visa sujeta a contrato, un contrato de trabajo con cláusulas especiales.

- Proponemos estudiar la modificación de las condiciones necesarias para la obtención de una visa sujeta a contrato, por ejemplo, eliminar la obligatoriedad de permanecer con un mismo empleador durante dos años consecutivos.
- Dado la escasa información sobre derechos que manifestaron manejar los y las inmigrantes entrevistados, proponemos que la Dirección del Trabajo diseñe una campaña comunicacional para informar y capacitar a los y las trabajadores inmigrantes sobre sus derechos laborales en Chile.

DISCRIMINACIÓN

La discriminación fue identificada por los escolares y niñas como su principal dificultad para la integración, y por los adultos como una barrera importante para acceder a los servicios de salud pública.

- Proponemos la promulgación de una Ley Antidiscriminación que incluya a la población inmigrante como población vulnerable, y que establezca sanciones y agravantes para quienes cometan estas prácticas en contra de escolares y niñas.
- Proponemos el diseño de un plan de sensibilización y capacitación general para profesionales, técnicos y funcionarios de las áreas de salud, educación y otras que puedan ser claves en la atención e integración social de la población inmigrante, sobre los procesos migratorios actualmente vigentes, y sobre los derechos y deberes que tienen los y las inmigrantes que residen en el país.
- Proponemos que se promueva la apertura de espacios de intercambio cultural en sectores de mayor concentración de población inmigrante (escuelas, barrios, centros de salud, etc.) donde se promueva la interculturalidad y la no discriminación.

VIOLENCIA: MALTRATO INFANTO-JUVENIL Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar y el maltrato aparecen en el estudio como un problema de salud mental importante que genera sintomatología psiquiátrica en los escolares.

- Proponemos diseñar programas de intervención psicosocial que tengan como objetivo la sensibilización de la población inmigrante en derechos del niño y de la mujer.

- Proponemos capacitar líderes locales en detección precoz y derivación asistida a las redes asistenciales de casos de violencia intrafamiliar y maltrato infanto-juvenil.

- Proponemos sensibilizar y capacitar a los profesionales, técnicos y funcionarios de estas redes de atención en los procesos migratorios actualmente vigentes, para garantizar una óptima acogida de los casos que lleguen a sus centros de atención.

BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD PÚBLICA

Entre las barreras de acceso a la atención de salud, se detectaron la desinformación y los problemas administrativos para el financiamiento por parte de los niveles centrales de la atención de salud que realiza el centro de salud primario y para el cumplimiento de metas programáticas. Dado que los consultorios de atención primaria tienen la obligación de atender población inmigrante en condición migratoria irregular (a la fecha de este estudio mujeres embarazadas y escolares/as menores de 6 años en control de niños sanos) y que esta población se enfrenta con barreras para regularizar su situación mientras reciben atenciones , razón por lo cual el centro de salud en definitiva no reciben recursos por parte de FONASA por estas atenciones, lo que se constituye en un incentivo negativo para la atención de esta población. Dado que los prestadores de salud señalan que la atención de población inmigrante ha cambiado el perfil epidemiológico de los pacientes del consultorio, lo que les dificulta el cumplimiento de metas. Los niños inmigrantes tienen, por ejemplo, problemas nutricionales y se han presentados casos de Tuberculosis.

- Proponemos fijar metas de salud diferenciadas en los consultorios de salud pública ubicados en comunas de alta concentración de población inmigrante.

- Proponemos que FONASA diseñe un sistema de pago especial que incentive la atención de población inmigrante en aquellas comunas con alta concentración de población inmigrante.

- Proponemos sensibilizar y capacitar a profesionales, técnicos y funcionarios sobre los procesos migratorios contemporáneos para mejorar la disposición de los prestadores de la salud a la atención de población inmigrante.

- Proponemos diseñar una campaña comunicacional para difundir los derechos de los y las inmigrantes en Chile entre la población inmigrante, colocando especial énfasis en el acceso y funcionamiento del sistema de salud pública, la vivienda social, los pasos necesarios para la reunificación familiar, y los otros determinantes de la salud identificados en este estudio.

FACTIBILIDAD DE UN PLAN PILOTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA INMIGRANTES

El equipo de investigación que realizó este diagnóstico, y que presenta la siguiente propuesta, señala que la factibilidad política para implementar un plan de intervención en salud mental para la población inmigrante existe, y se ha manifestado en la reciente ratificación del Convenio Internacional para la Protección de los y las Trabajadores Migratorios y sus Familiares (2005). Además, el Estado chileno ha iniciado un proceso de acuerdos con algunos de los Estados de origen de la actual migración, como el Perú. Como ejemplo de estos acuerdos, citamos la reciente creación (2007) del Consejo de Integración Social chileno peruano, en cuyas actas se proponen acciones para garantizar los derechos humanos de los y las inmigrantes peruanos en Chile.

Sin embargo, sostenemos que esta naciente voluntad política se debe plasmar en el mediano plazo en la promulgación de una Ley Migratoria adecuada a las características de los actuales procesos migratorios, que defina un modelo de integración social de esta población a la sociedad chilena.

Por otra parte, las actuales autoridades del Ministerio del Interior debieran avanzar en la consolidación de esta voluntad política de asumir los desafíos que la actual inmigración latinoamericana le plantea a la sociedad chilena, a través de la asignación de recursos específicos a los municipios de mayor concentración de población inmigrante, para que implementen las políticas de intervención psicosocial diseñadas por la SUBDERE. La asignación de recursos para las acciones propuestas en los lineamientos generales, se hacen indispensables para la realización de las mismas. Además, el Ministerio del Interior, a través de la SUBDERE, debiera constituirse en el eje articulador de todas las instituciones del estado involucradas, garantizando que las intervenciones tengan un carácter intersectorial.

PROPUESTA DE UN PLAN PILOTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA INMIGRANTES

El equipo que presenta esta propuesta solicita que el Plan Piloto de intervención en salud mental para inmigrantes descritos en los lineamientos generales, se implemente en la comuna de Independencia, y que se realice una evaluación de proceso para identificar las dificultades que puedan surgir en la práctica, y una evaluación de impacto que permita medir su pertinencia para otras comunas de la Región Metropolitana y del país.

REFERENCIAS

Alegría M, C. G., Ríos R, Vera M, Calderón J, Rusch D, Ortega AN. (2002). "Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino whites." Psychiatr Serv. **53**(12): 1547-55.

Berk ML, S. C., Chavez LR, Frankel M. (2000). "Health care use among undocumented Latino immigrants." Health Aff (Millwood) **19**(4): 51-64.

Blomstedt Y, J. S., Sundquist J. (2007). "Mental health of immigrants from the former Soviet Bloc: a future problem for primary health care in the enlarged European Union? A cross-sectional study." BMC Public Health. **7**(27).

Breslau J, A.-G. S., Borges G, Kendler KS, Su M, Kessler RC. (2007). "Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: evidence from the National Comorbidity Survey Replication." J Nerv Ment Dis. **195**(3): 189-195.

Burciaga-Valdez, R. (1993). "Improving Access to Health Care In Latino Comunities." Public Health Reports **108**(5): 534-539.

Chow JC, J. K., Snowden L. (2003). "Racial/ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas." Am J Public Health **93**(5): 792-7.

Dey AN., L. J. W. (2006). Physical and mental health characteristics of U.S.-and foreign-born adults: UnitedStates, 1998-2003. Advance data from vita land health statistics. Hyattsville, National Center for Health.

Fossion P, L. Y., Valente F, Servais L, Staner L, Pelc I, Minner P. (2002). "Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department." Eur Psychiatry **17**(8): 443-50.

Ghaffarian, S. (1998). "The acculturation of Iranian immigrants in the United States and the implications for mental health." J Soc Psychol. **138**(5): 645-54.

Gotor L, G.-J. C. (2004). "Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain)." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. **39**(7): 560-8.

Grant BF, S. F., Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Anderson K. (2004). "Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." Arch Gen Psychiatry. **61**(12): 1226-33.

Jackson JS, N. H., Torres M, Martin LA, Williams DR, Baser R. (2007). "Use of mental health services and subjective satisfaction with treatment among Black Caribbean immigrants: results from the National Survey of American Life." Am J Public Health **97**(1): 60-7.

Khavarpour F, R. C. (1997). "Mental health status of Iranian migrants in Sydney." Aust N Z J Psychiatry. **31**(6): 828-34.

Kirmayer LJ, W. M., Burgos G, du Fort GG, Lasry JC, Young A. (2007). "Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu." Can J Psychiatry **52**(5): 295-304.

Law S, H. M., Chan D. (2003). "Clinical, Social, and Service Use Characteristics of Fuzhounese Undocumented Immigrants Patients." Psychiatr Serv. **54**(7): 1034-1037.

Livingston G, L. G., Kitchen G, Manela M, Sembhi S, Katona C. (2002). "Accessibility of health and social services to immigrant elders: the Islington Study." Br J Psychiatry. **180**: 369-73.

Mikolajczyk RT, B. M., Khelaifat N, Maier C, Maxwell AE. (2007). "Correlates of depressive symptoms among Latino and Non-Latino White adolescents: findings from the 2003 California Health Interview Survey." BMC Public Health. **7**(21).

Mikolajczyk RT, B. M., Khelaifat N, Maier C, Maxwell AE. (2007). "Correlates of depressive symptoms among Latino and Non-Latino White adolescents: findings from the 2003 California Health Interview Survey." BMC Public Health. **7**(21).

Miyasaka Lincoln Sakiara, C. S., Abe Yu, Otsuka Koichiro, Tsuji Keisuke, Hayashi Takuji et al. (2007). "Migration and mental health: Japanese Brazilians in Japan and in Brazil." J. bras. psiquiatr. **56**(1): 48-52.

Norredam ML, N. A., Krasnik A. (2007). "Migrants' access to healthcare." Dan Med Bull **54**(1): 48-9.

Pertíñez Mena J, V. J. L., Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. (2002). "Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona." Aten Primaria. **29**(1): 6-13.

Sadavoy J, M. R., Ong AY. (2004). "Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study." Can J Psychiatry **49**(3): 192-9.

Saraiva Leão T, S. J., Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. (2005). "Incidence of mental disorders in second-generation immigrants in sweden: a four-year cohort study." Ethn Health. **10**(3): 243-56.

Stronks K, R. A., Reijneveld SA. (2001). "Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?" J Epidemiol Community Health. **55**(10): 701-7.

Syed HR, D. O., Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, Ahlberg N. (2006). "Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway." BMC Public Health **182**.

Zolkowska K, C.-G. E., McNeil TF. (2001). "Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis?" Psychol Med. **31**(4): 669-78.

ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Agorafobia: Es un miedo a los lugares en donde podría ser posible no encontrar ayuda, particularmente miedo a las multitudes, puentes o a estar solo en espacios abiertos.

Angustia: La angustia es una emoción asociada a la incertidumbre o riesgo. Es normal percibir angustia. Así como el dolor, que es una experiencia desagradable pero necesaria, puesto que nos informa de un posible daño o mal funcionamiento del organismo, también la angustia nos pone en alerta y permite responder mejor a las exigencias del mundo externo e interno. La angustia acompaña como síntoma a las enfermedades médicas y mentales. Asimismo, es el síntoma principal de una serie de trastornos mentales.

Apgar-familiar: Desarrollado por Smilkstein, es un instrumento que da una idea, a grosso modo, de la funcionalidad familiar. Smilkstein utilizó el acrónimo Apgar para recordar los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva. Se ha desarrollado un Apgar-familiar con 5 preguntas con respuestas tipo likert de 5 opciones: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0). Se puede obtener un máximo de 20 puntos y la interpretación del resultado es: Buena función familiar (8-20p.), Disfunción familiar leve (14-17p.), Disfunción familiar moderada (10-13p.), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos).

Consumo problemático de alcohol: Cuando el bebedor ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales.

Depresión: La depresión mayor es considerada un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza sin causa aparente o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia.

Estudio epidemiológico transversal: Un estudio transversal o estudio de prevalencia es un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, en el que en un momento temporal determinado, mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional, es decir, permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

Maltrato: Para determinar la existencia o no de violencia al interior de la familia se establecieron diferentes categorías, cuya presencia determinaría cuál era el nivel de violencia del que es víctima el menor. La presencia de estas conductas determina en

qué nivel de violencia se ubica al niño/a. A continuación se presentan algunos ejemplos de esas categorías:

Definición de los diferentes tipos de violencia

Psicológica	Te dice que no te quiere Te encierra Te insulta o te dice garabatos Te hace burla frente a terceros Te amenaza con golpearte o tirarte algún objeto
Física Leve	Te tira el pelo o las orejas Te empuja o zamarrea Te da cachetadas o palmadas Te patea o te muerde
Física Grave	Te quema con algo Te golpea o trata de golpearte con objetos Te da una golpiza Te amenaza con cuchillos o armas Usa cuchillos para agredirte

Movimientos migratorios: Desplazamientos masivos de población de una región a otra. En general se alude a una cierta continuidad o tendencia en el proceso y no a un traslado puntual.

Salud mental: Para la OMS (Organización Mundial de la Salud) es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La define como 'un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar i mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social.

Síndrome: Grupo de síntomas y signos que revela la alteración de una función, relacionados unos con otros por medio de alguna peculiaridad del individuo. Implica una hipótesis sobre la existencia de una enfermedad.

Soporte social: La ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estesores psicosociales.

Trastorno ansioso-depresivo: En esta categoría están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Trastorno de pánico: Es un trastorno de ansiedad que causa ataques repetitivos e inesperados de intenso miedo, los cuales pueden durar de minutos a horas.

Trastorno mental común: Se refiere a los trastornos mentales más frecuentes encontrados en la población general. En el pasado se les denominaba trastornos neuróticos. Esta denominación excluye las psicosis y demencias.

Trastorno mental: Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas de origen mental identificables en la práctica clínica que, en la mayoría de los casos, se acompaña de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

Trastorno obsesivo compulsivo: Es un trastorno de ansiedad en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) o comportamientos que los impulsan a hacer algo (compulsiones). Una persona puede presentar tanto obsesiones como compulsiones.

Trastorno por estrés postraumático: E l Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como traumático. Una experiencia traumática, como un desastre natural, guerras, accidentes automovilísticos y actos de violencia, puede ser entendida como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona.

Trastornos de ansiedad: Engloban toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Trastornos del ánimo: Grupo de enfermedades mentales que incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. En el se incluyen los trastornos depresivos, los trastornos maniacos/hipomaniacos (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable) y el trastorno bipolar (una combinación característica de ambos).

ANEXO 2: TABLAS

TABLA N°1: CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS E INGRESADOS A LA REVISION

Autor	Tipo de Estudio/País	Población Estudiada	Objetivos
(Kirmayer LJ 2007)	Estudio Transversal. Canadá	Población general inmigrantes	Utilización de Servicios de Salud Mental en grupos étnicos
(Grant BF 2004)	Estudio Transversal. Nueva York, EEUU.	Mejicanos nacidos en Estados Unidos y población blanca no hispánica	Prevalencia de Desordenes mentales y uso de drogas
(Chow JC 2003)	Estudio Transversal. Estados Unidos	Inmigrantes en general	Evaluación de la inequidad racial y étnica en el acceso de servicios de salud mental según el grado de pobreza.
(Gotor L 2004)	Estudio Transversal. Madrid, España.	Población general inmigrantes	Factores asociados a la ausencia de controles post hospitalización en centros de atención mental en inmigrantes
(Jackson JS 2007)	Estudio Transversal. Estados Unidos	Afroamericanos y centroamericanos.	Comparación de la tasa de uso de atención psiquiatrica entre población inmigrantes versus ciudadanos residentes
(Livingston G 2002)	Estudio Transversal. Reino Unido, Londres	Población general inmigrantes	Comparación de la tasa de uso de atención mental entre población inmigrantes (adulta) versus ciudadanos residentes
(Pertíñez Mena J 2002)	Estudio Transversal. Barcelona, España.	Población general inmigrantes	Prevalencia de Desordenes mentales
(Stronks K 2001)	Transversal Holanda	Población general inmigrantes	Evaluación del acceso de población inmigrante a atención de salud
(Breslau J 2007)	Estudio Transversal Estados Unidos	Población general de inmigrantes	Comparación del estado de salud mental en la población de inmigrante versus población nativa residente
(Blomstedt Y 2007)	Transversal Suecia	Población de inmigrantes provenientes de .a Ex Unión Soviética, Polonia y países del este de europa	Salud Mental de Inmigrantes de Europa Oriental
(Syed HR 2006)	Transversal Oslo, Noruega	Población Paquistaní	Comparación de los factores psicosociales y percepción de angustia entre inmigrantes paquistaníes y noruegos.
(Khavarpour F 1997)	Transversal Sydney ,Australia	Población Iraní	Determinar los factores asociados a estado de angustia en la población
(Saraiva Leão T 2005)	Estudio de Cohorte Suecia.	Población general de inmigrantes	Ingresos hospitalarios por atención de salud mental en segunda generación de inmigrantes
(Zolkowska K 2001)	Estudio de Cohorte Suecia Malmo	Población inmigrante general	Determinación de factores de riesgo para la presentación de esquizofrenia
(Fossion P 2002)	Transversal Bélgica	Población de Inmigrantes Marroquíes	Evaluación de las tasas de psicosis en la segunda generación de inmigrantes marroquíes
(Berk ML 2000)	Transversal Estados Unidos, California	Inmigrantes Latinos	Evaluación del acceso a servicios de salud
(Miyasaka Lincoln Sakiara 2007)	Transversal Brasil y Japon	Inmigrantes Japoneses	Comparación del estado de salud mental entre inmigrantes japoneses que viven en Brasil atendidos en Brasil y Japón
(Alegría M 2002)	Transversal Estados Unidos	Población de Inmigrantes latinos, afroamericanos,	Evaluación de la disparidad de atención mental entre diferentes grupos de inmigrantes
(Norredam ML 2007)	Revisión Estados Unidos		
(Ghaffarian 1998)	Revisión	Población Inmigrantes Iraníes	Aculturación
(Burciaga-Valdez 1993)	Revisión Estados Unidos	Población Latina	Barreras en la Atención de Salud
(Law S 2003)	Estudio Transversal. Nueva York, Estados Unidos.	Población China	Utilización de Servicios Clínicos y Sociales
(Mikolajczyk RT 2007)	Transversal Estados Unidos, California.	Latinos y población blanca no latina adolescentes	Evaluación de salud mental

TABLA N°2: CONSULTANTES INMIGRANTES SEGÚN SEXO

Sexo	N	%
Hombre	60	21,3
Mujer	222	78,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°3: CONSULTANTES INMIGRANTES SEGÚN EDAD

	N	Mínimo	Máximo	Mediana
Edad	282	15	62	29

TABLA N°4: CONSULTANTES INMIGRANTES SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	N	%
Casado	65	23,0
Conviviente	145	51,4
Viudo(a)	1	0,3
Separado(a)	8	2,8
Soltero(a)	63	22,3
Total	282	100

TABLA N°5: CONSULTANTES INMIGRANTES SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

País Origen	N	%
Ecuador	8	2,8
Perú	273	96,8
Venezuela	1	0,3
Total	282	100

TABLA N°6: CONSULTANTES INMIGRANTES SEGÚN PREVISION DE SALUD

PREVISION	N	%
FONASA no sabe grupo	12	4,3
FONASA grupo A	75	26,6
FONASA grupo B	53	18,8
FONASA grupo C	35	12,4
FONASA grupo D	7	2,5
ISAPRE	1	0,3
No tiene	97	34,4
NS/NR	2	0,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°7: AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL

SALUD GENERAL	N°	%
Muy buena	17	6,0
Buena	139	49,2
Regular	112	39,7
Mala	12	4,2
Muy mala	2	0,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°8: AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD MENTAL

SALUD MENTAL	N°	%
Muy buena	9	3,2
Buena	138	48,9
Regular	128	45,4
Mala	6	2,1
Muy mala	1	0,3
Total	**282**	**100**

TABLA N° 9: PRESENCIA DE PROBLEMA DE SALUD GENERAL SEGÚN CONSULTANTES INMIGRANTES

PROBLEMA SALUD	N°	%
SI	65	23,0
NO	217	76,9
Total	**282**	**100**

TABLA N° 10: BUSQUEDA DE AYUDA A PROBLEMA DE SALUD POR CONSULTANTES INMIGRANTES QUE PIENSAN QUE TIENEN PROBLEMAS DE SALUD

BUSQUEDA AYUDA	N°	%
No	17	26,1
Si	48	73,8
Total	**65**	**100**

TABLA N°11: LUGAR DE CONSULTA POR PROBLEMA DE SALU D

CONSULTA	N°	%
Familiares o amigos	1	2,1
Al consultorio	34	70,8
Al servicio de urgencia	6	12,5
Al centro de salud privado	2	4,2
Otro	5	10,4
Total	**48**	**100**

TABLA N° 12: SATISFACCIÓN CON ATENCION MÉDICA SEGÚN CONSULTANTES INMIGRANTES

SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA	N°	%
No	10	23,3
Si	33	76,7
Total	**43**	**100**

TABLA N° 13: SATISFACCIÓN CON INSTITUCION DE SALUD SEGÚN CONSULTANTES INMIGRANTES

SATISFACCIÓN INSTITUCIÓN	N°	%
No	12	27,3
Si	32	72,7
Total	**44**	**100**

TABLA N°14: RAZONES POR LAS CUALES NO SE CONSULTÓ

RAZONES	N°(%)	TOTAL N°(%)
Problemas se resolverían solos	10 (45,4)	**22 (100)**
Preocupación por costo	14 (63,6)	**22 (100)**
Sin RUT	14 (63,6)	**22 (100)**
Desconocimiento Sistema Salud Chileno	16 (72,7)	**22 (100)**
Sin permiso laboral	11 (50)	**22 (100)**
Desconfianza Sistema Salud Chileno	9 (40,9)	**22 (100)**

TABLA N° 15: PROBLEMAS EN LOS ULTIMOS 12 MESES, SEGUN CONSULTANTES INMIGRANTES

PROBLEMAS ULTIMOS 12 MESES	Total N°(%)	Mujeres N°(%)	Hombres N°(%)	TOTAL N°(%)
Problemas con familiares/pareja	98 (34,7)	82(36,9)	16(26,7)	**282 (100)**
Enfermedad/ accidente grave	47 (16,7)	30(13,5)	17(28,3)	**282 (100)**
Accidente o enfermedad grave de familiar	88 (31,2)	66(29,7)	22(36,7)	**282 (100)**
Muerte familiar o amigo/a	77 (27,3)	60(27,0)	17(28,3)	**282 (100)**
Muerte cónyuge	1 (0,3)	1(0,4)	0	**282 (100)**
Muerte hijo/a	7 (2,5)	7(3,1)	0	**282 (100)**
Nuevo miembro familiar	118 (41,8)	87(39,2)	31(51,7)	**282 (100)**
Contraer matrimonio	4 (14,9)	33(14,9)	9(15,0)	**282 (100)**
Separación pareja	61 (21,6)	55(24,8)	6(10,0)	**282 (100)**
Dejar hogar	50 (17,7)	37(16,7)	13(21,7)	**282 (100)**
Partida hijo/a	21 (7,4)	17(7,7)	4(0,7)	**282 (100)**
Retiro trabajo	98 (34,7)	86(38,7)	12(20,0)	**282 (100)**
Despido trabajo	32 (11,3)	26(11,7)	6(10,0)	**282 (100)**
Baja ingresos	161 (57,1)	142(64)	19(31,7)	**282 (100)**
Embarazo	170 (60,2)	144(64,9)	26(43,3)	**282 (100)**

TABLA N°16: PREVALENCIA DE TRASTORNO POR ESTRÉS POS TRAUMATICO

TEPT	Total N°(%)	Mujeres N (%)	Hombres N (%)
No	264(93,6)	210(94,6)	54(90,0)
Si	18(6,4)	12(5,4)	6(10,0)
Total	**282(100)**	**222(100)**	**60(100)**

TABLA N° 17: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO Y CO-MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

	N°	%
Sin co-morbilidad	10	55,5
Depresión Severa	3	16,7
Trastorno de Pánico	2	11,1
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	5,5
Trastorno ansioso-depresivo	2	11,1
Depresión Moderada	0	0
Depresión Leve	0	0
Agorafobia	0	0
TOTAL	**18**	**100**

TABLA N° 18: PRESENCIA DE SOPORTE SOCIAL.

SOPORTE SOCIAL	N°	%
No	43	15,2
Si	239	84,7
Total	**282**	**100**

TABLA N° 19: N° PERSONAS QUE BRINDAN SOPORTE SOCIAL

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Cuántas?	1	50	2,8	3,9

TABLA N° 20: NECESIDAD DE APOYO

NECESIDAD DE APOYO	N°	%
No	58	24,2
Si	182	75,8

TABLA N° 21: GRADO DE CONFIANZA CON RED DE APOYO

GRADO DE CONFIANZA	N°	%
Un poco	39	21,1
Bastante	49	26,5
Mucho	97	52,4
Total	**185**	**100**

TABLA N° 22 GRADO DE AYUDA PERCIBIDA

GRADO DE AYUDA PERCIBIDA	N°	%
Nada	3	1,6
Un poco	32	17,3
Bastante	41	22,2
Mucho	109	58,9
Total	**185**	**100**

TABLA N°23 PARTICIPACION EN GRUPOS SOCIALES

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS SOCIALES	Total N °(%)	Mujeres N (%)	Hombres N (%)
No	222(78,7)	186(83,8)	36(60,0)
Si	60(21,3)	36(16,2)	24(40,0)
Total	**282(100)**	**222(100)**	**60(100)**

TABLA N°24 CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

CALIDAD DE VIDA FAMILIAR	SIEMPRE N (%)	A VECES N (%)	NUNCA N (%)	TOTAL N (%)
SATISFACCION AYUDA FAMILIA	187(66,3)	61(21,6)	34(12,1)	282 (100)
CONVERSAN PROBLEMAS	196(69,5)	54(19,1)	32(11,3)	282(100)
DECISIONES EN CONJUNTO	188(66,7)	50(17,7)	44(15,6)	282(100)
COMPARTEN FIN SEMANA	188(66,7)	59(20,9)	35(12,4)	282(100)
SENTIRSE QUERIDO	244(86,5)	31(11)	7(2,5)	282(100)

TABLA N°25: ANTECEDENTE DE HABER FUMADO

¿HA FUMADO?	N	%
No	142	50,3
Si	140	49,6
Total	**282**	**100**

TABLA N°26: PRIMERA VEZ QUE FUMO

PRIMERA VEZ QUE FUMO	N	%
Últimos 30 días	1	0,7
>6 meses y < 1 año	1	0,7
Más de 1 año	138	98,6
Total	**140**	**100**

TABLA N°27: EDAD DE INICIO DEL CONSUMO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Qué edad tenía?	139	10	42	18,9	5,61

TABLA N°28: ÚLTIMO CONSUMO

ULTIMA VEZ QUE FUMO	N	%
Últimos 30 días	54	38,6
>1 mes y < 6 meses	27	19,3
>6 meses y < 1 año	12	8,6
Más de 1 año	47	33,6
Total	**140**	**100**

TABLA N°29: FRECUENCIA DEL CONSUMO DE TABACO

FRECUENCIA	N	%
Todos los días	9	16,4
Los fines de semana	10	18,2
Algunos días de la semana	12	21,8
Ocasionalmente en el mes	23	41,8
No contesta	1	1,8
Total	**55**	**100**

TABLA N°30: MAGNITUD DEL CONSUMO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Cuantos cigarrillos diarios fuma?	55	0	60	5,5	9,59

TABLA N°31: ANTECEDENTE DE CONSUMO

¿HA BEBIDO ALCOHOL?	N	%
No	70	24,8
Si	212	75,2
Total	**282**	**100**

TABLA N°32: PRIMER CONSUMO

PRIMERA VEZ QUE BEBIO ALCOHOL	N	%
>1 mes y < 6 meses	1	0,5
>6 meses y < 1 año	2	0,9
Más de 1 año	209	98,6
Total	**212**	**100**

TABLA N°33: EDAD DEL PRIMER CONSUMO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Qué edad tenía?	212	8	44	19,3	5,27

TABLA N°34: ÚLTIMO CONSUMO

ULTIMA VEZ QUE BEBIÓ ALCOHOL	N	%
Últimos 30 días	74	34,9
>1 mes y < 6 meses	64	30,2
>6 meses y < 1 año	21	9,9
Más de 1 año	53	25
Total	**212**	**100**

TABLA N°35: FRECUENCIA DEL CONSUMO

FRECUENCIA ULTIMO MES	N	%
Los fines de semana	20	26,7
Algunos días de la semana	2	2,6
Ocasionalmente en el mes	53	70,7
Total	**75**	**100**

TABLA N°36: MAGNITUD DEL CONSUMO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Cuánto suele tomar cuando toma? (N°vasos)	73	0	40	6,9	6,84

TABLA N° 37: CONSUMO DIARIO (VECES QUE TOMO MAS DE 5 VASOS EN UN DIA DURANTE EL ÚLTIMO MES)

VECES	N	%
0	30	41,7
1	23	31,9
2	8	11,1
3	6	8,3
4	4	5,5
20	1	1,4
Total	**72**	**100**

TABLA N°38: PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO

DURANTE ULTIMO MES	SI N (%)	NO N (%)	TOTAL N (%)
Problemas con pareja	19(25,7)	55 (74,3)	**74 (100)**
Perdida de amigos, parejas	7 (9,6)	66 (90,4)	**73 (100)**
Deseos de disminuir lo que bebe	27(37,5)	45 (62,5)	**72 (100%)**
Tomar más de lo deseado	28 (38,9)	44 (61,1)	**72 (100)**
Tomar en las mañanas	4 (5,5)	68 (94,4)	**72 (100)**
Olvidarse de hechos	19(26,4)	53 (73,6)	**72 (100)**
Molestia por criticas	22(30,5)	50 (69,4)	**72 (100)**
Culpable	23 (31,9)	49 (68,0)	**72 (100)**

TABLA N°39: TRABAJO CON SUELDO REGULAR

TRABAJO	N	%
No	165	58,5
Si	117	41,5
Total	**282**	**100**

TABLA N°40: RAZONES POR ESTAR SIN EMPLEO

RAZONES POR ESTAR SIN EMPLEO	N	%
Cesante buscando empleo	40	24,2
Con trabajo independiente	15	9,1
Dueña de casa	70	42,4
Estudiante	9	5,5
Temporalmente cesante por salud	31	18,8
Total	**165**	**100**

TABLA N°41: CONTRATO LABORAL

CONTRATO LABORAL	N	%
No	50	39,4
Si	77	60,6
Total	**127**	**100**

TABLA N°42: HORAS DE TRABAJO SEMANAL

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Horas de trabajo semanal	125	0	130	47,7	18,02

TABLA N°43: NIVEL DE SATISFACCION LABORAL EN CHILE

SATISFACCION TRABAJO EN CHILE	N	%
Más satisfactoria	87	69,0
Igual	31	24,6
Menos satisfactoria	8	6,3
Total	**126**	**100**

TABLA N°44: INGRESO LÍQUIDO MENSUAL EN PESOS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ingreso liquido mensual por trabajo	123	40.000	450.000	176.886,2	67.249,99

INGRESO (Pesos)	N	%
<148.000	38	30,9
>147999	85	69,1
Total	**123**	**100**

TABLA N°45: OTROS INGRESOS (1)

OTROS INGRESOS	N	%
No	263	93,3
Si	19	6,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°46: OTROS INGRESOS (2)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Otros ingresos	123	4000	500000	99736,8	124806,44

TABLA N°47: OTROS INGRESOS (3)

OTROS INGRESOS	N	%
0-100 mil	14	73,7
101-200 mil	2	10,5
201-300 mil	2	10,5
401-500 mil	1	5,3
Total	**19**	**100**

TABLA N°48: REMESAS (1)

REMESAS	N	%
No	167	59,4
Si	114	40,6
Total	**281**	**100**

TABLA N°49: REMESAS (2)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Cuánto?	114	15000	3.600.000	584.824, 6	608.790,67

TABLA N°50: REMESAS (3)

REMESAS (Pesos)	N	%
0-200 mil	30	26,3
201-400 mil	23	20,2
401-600 mil	33	28,9
601-800 mil	5	4,4
801 mil-1millon	6	5,3
>1millon	17	14,9
Total	**114**	**100**

TABLA N°51: PERSONAS CON QUIENES VIVEN

CON QUIEN VIVE		TOTAL
	N (%)	N (%)
Vive solo	7 (2,5)	**282 (100)**
Con amigos	20 (7,1)	**281 (100)**
Con pareja	202 (71,6)	**282 (100)**
Con familiares	167 (59,2)	**282 (100)**
Con patrones	1 (0,3)	**282 (100)**

TABLA N°52: LUGAR DONDE VIVEN

LUGAR DONDE VIVE	N	%
Casa	103	36,5
Departamento en edificio	30	10,6
Pieza o cité	141	50
Mejora, mediagua o pieza al interior de otra vivienda	8	2,8
Total	**282**	**100**

TABLA N°53: CONDICIÓN DE LA VIVIENDA

VIVIENDA	N	%
Propia pagada	2	0,7
Propia pagándose	2	0,7
Arrendada	274	97,2
Cedida	2	0,7
Otro	2	0,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°54: PERSONAS COMPARTIENDO LA PIEZA (1)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Cuántas personas comparten la pieza con Ud.? Excl. encuestado	282	0	6	1,8	1,04

TABLA N°55: PERSONAS COMPARTIENDO LA PIEZA (2)

N°PERSONAS QUE COMPARTEN PIEZA	N	%
0	17	6,0
1	102	36,2
2	105	37,2
3	42	14,9
4	10	3,5
5	5	1,8
6	1	0,3
Total	**282**	**100**

TABLA N°56: AÑOS DE EDUCACION PROPIA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Cuantos años estudió Ud.?	282	2	23	10,9	2,70

TABLA N°57: NIVEL DE EDUCACION

EDUCACION	N	%
Básica incompleta	34	12,1
Básica completa	8	2,8
Media incompleta	147	52,1
Media completa	36	12,8
Superior	57	20,2
Total	**282**	**100**

TABLA N°58: AÑOS DE EDUCACION MADRE

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Cuantos años estudió su madre?	243	0	19	7,3	4,39

TABLA N°59: NIVEL DE EDUCACION MADRE

EDUCACION MADRE	N	%
Básica incompleta	127	45,0
Básica completa	20	7,1
Media incompleta	66	23,4
Media completa	9	3,2
Superior	60	21,3
Total	**282**	**100**

TABLA N°60: AÑOS DE EDUCACION PADRE

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
¿Cuantos años estudió su padre?	229	0	17	8,3	4,25

TABLA N°61: NIVEL DE EDUCACION PADRE

EDUCACION PADRE	N	%
Básica incompleta	94	33,3
Básica completa	17	6,0
Media incompleta	80	28,4
Media completa	12	4,3
Superior	79	28,0
Total	**282**	**100**

TABLA N°62: SITUACION MIGRATORIA

SITUACIÓN MIGRATORIA	N	%
Visa sujeta a contrato	42	14,9
Visa temporaria	70	24,8
Visa definitiva	97	34,4
Visa turista vigente	6	2,1
Visa en trámite	35	12,4
Irregular (Visa vencida)	27	9,6
Visa dependiente de otra visa	2	0,7
Nunca ha tenido visa	3	1,1
Total	**282**	**100**

TABLA N°63: VIDA EN OTROS PAISES

VIVIO EN OTROS PAISES	N	%
No	261	92,5
Si	21	7,4
Total	**282**	**100**

TABLA N°64: PAISES DONDE HAN VIVIDO

PAISES DONDE VIVIO	N	%
Argentina	10	52,6
Bolivia	1	5,3
Ecuador	2	10,5
España	1	5,3
Uruguay	1	5,3
Italia	1	5,3
Bolivia-Argentina	1	5,3
Brasil, Japón, Bolivia	1	5,3
Ecuador, Colombia, Bolivia	1	5,3
Total	**19**	**100**

TABLA N°65: LUGAR DE INGRESO A CHILE

LUGAR DE INGRESO A CHILE	N	%
Paso fronterizo oficial	233	82,6
Aeropuerto	47	16,7
Paso fronterizo clandestino	2	0,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°66: ESTADIA EN CHILE (MESES)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Meses en Chile	282	0	192	51,0	41,23

TABLA N°67: ESTADIA EN CHILE (AÑOS)

AÑOS EN CHILE	N	%
1 año	56	19,9
2 años	52	18,4
3 años	40	14,2
4 años	30	10,6
5 años	18	6,4
6 años	11	3,9
7 años	18	6,4
8 años	11	3,9
9 años	9	3,2
10 años	25	8,9
11 años	6	2,1
12 años	2	0,7
13 años	2	0,7
15 años	1	0,3
16 años	1	0,3
Total	**282**	**100,00**

TABLA N°68: N°HIJOS VIVOS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
N°hijos vivos	282	0	7	1,5	1,32

TABLA N°69: CALIDAD DE VIDA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Puntaje Calidad Vida	282	0	100	67,2	19,37

TABLA N°70: MARIHUANA

HA PROBADO MARIHUANA	N	%
No	263	93,3
Si	19	6,7
Total	**282**	**100**

TABLA N°71: ÚLTIMO CONSUMO

ULTIMO CONSUMO	N	%
>1 año	19	100

TABLA N°72: PASTA BASE

PASTA BASE	N	%
No	271	96,10
Si	11	3,90
Total	**282**	**100**

TABLA N°73: ÚLTIMO CONSUMO

ULTIMO CONSUMO	N	%
>1 año	11	100

TABLA N°74: COCAINA

COCAINA	N	%
No	278	98,6
Si	4	1,42
Total	282	100

TABLA N°75: ÚLTIMO CONSUMO

ULTIMO CONSUMO	N	%
>6 meses y < 1 año	1	25
>1 año	3	75
Total	**4**	**100**

TABLA N°76: ANFETAMINAS

ANFETAMINAS	N	%
No	280	99,6
Si	1	0,4
Total	**281**	**100**

TABLA N°77: OPORTUNIDADES

N°VECES SIN RECETA MEDICA	N	%
>10 y < 50 veces	1	100

TABLA N°78: TRANQUILIZANTES

TRANQUILIZANTES	N	%
No	241	85,8
Si	39	13,9
No contesta	1	0,4
Total	**281**	**100**

TABLA N° 79: PRIMER CONSUMO

PRIMER CONSUMO TRANQUILIZANTES	N	%
No contesta	1	2,5
Durante últimos 30 días	5	12,5
> 1 mes y < 6 meses	6	15
> 6 meses y < 1 año	4	10
> 1 año	24	60
Total	**40**	**100**

TABLA N° 80: EDAD PRIMER CONSUMO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad 1er. consumo tranquilizantes	39	13	53	30,2	10,80

TABLA N° 81: ÚLTIMO CONSUMO

ULTIMO CONSUMO TRANQUILIZANTES	N	%
Durante últimos 30 días	9	23,1
> 1 mes y < 6 meses	7	17,9
> 6 meses y < 1 año	4	10,3
> 1 año	19	48,7
Total	**39**	**100**

TABLA N° 82: ÚLTIMO CONSUMO CON RECETA MÉDICA

ULTIMA RECETA MEDICA	N	%
Durante últimos 30 días	7	17,9
> 1 mes y < 6 meses	4	10,3
> 6 meses y < 1 año	4	10,3
> 1 año	19	48,7
Sin receta	3	7,7
No sabe	2	5,1
Total	**39**	**100**

TABLA N° 83: TIPO DE VIF ENTRE LAS MUJERES

VIF MUJERES	N (%)	TOTAL (%)
DAÑO EMOCIONAL	96(43,4)	**221(100)**
DAÑO FISICO	69(31,5)	**219(100)**
TOCADA SEXUALMENTE	39(17,6)	**222(100)**
SEXO FORZADO	28(12,6)	**222(100)**
RIESGO DE SUCEDER	23(10,4)	**222(100)**

TABLA N° 84: PERSONA QUE LA EJERCIÓ Y TIPO DE VIF

Relación	Daño Emocional N (%)	Daño Físico N (%)	Tocada N (%)	Forzada N (%)
Pareja	42 (44,2)	34 (49,3)	0	8 (28,6)
Ex pareja	22 (23,2)	16 (23,2)	1 (2,6)	12 (42,9)
Esposo Perú y pareja Chile	1 (1,0)	0		0
Familiares	16 (16,8)	10 (14,5)	30 (76,9)	3 (10,7)
Pareja y familia ella	1 (1,0)	4 (5,8)	0	0
Pareja y familia el	5 (5,3)	0	0	0
Ex pareja y familia ella	1 (1,0)	2 (2,9)	0	0
Otros	4 (4,2)	1 (1,4)	6 (15,4)	4 (14,3)
N/R	3 (3,2)	2 (2,9)	2 (5,1)	1 (3,6)
Total	95 (100)	69 (100)	39 (100)	222 (100)

TABLA N°85: ETAPA EN QUE OCURRIÓ VIF

ETAPA	Daño Emocional N (%)	Daño Físico N (%)	Forzada N (%)
Niñez	12 (12,2)	14 (20,3)	2 (7,1)
Adolescencia	14 (14,3)	9 (13)	6 (21,4)
Juventud	39 (39,8)	30 (43,5)	16 (57,1)
Adultez	46 (46,9)	29 (42)	6 (21,4)
> 65 años			
Embarazo/postparto	5 (1,8)	3 (4,3)	
TOTAL	98 (100)	69 (100)	28 (100)

TABLA N°86: SITUACIÓN ACTUAL

SITUACION ACTUAL	SI N (%)	NO N (%)	TOTAL N (%)
Daño Físico	13 (19,1)	55 (80,9)	**68 (100)**
Forzada	1 (3,7)	26 (96,3)	**27 (100)**

TABLA N°87: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastorno Ansioso-depresivo		17	6,0
Depresión	severa	9	3,2
	moderada	3	1,1
	leve	2	0,7
Trastorno de Pánico		4	1,4
Trastorno Obsesivo Compulsivo		4	1,4
Agorafobia		1	0,4

TABLA N°88: ASOCIACIÓN ENTRE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES (N =282)

VARIABLE	N (%)	R.D. cruda	p	R.D. ajustada	p
SEXO					
hombre	60 (21.3)	1		1	
mujer	222(78.7)	6.0 (1.4-25.6)	0.016	3.2 (0.6-15.9)	0.154
EDAD (años)					
15-24	86 (30.5)	1		1	
25-39	153 (54.3)	1.4 (0.6-3.3)	0.389	1.1(0.4-3.0)	0.894
40-54	40 (14.2)	1.8 (0.6-5.3)	0.274	2.5(0.6-9.8)	0.199
55 y más	3 (1.1)	17.1 (1.4-208.0)	0.026	14.8 (0.7-296.4)	0.077
ESTADO CIVIL					
soltero	63 (22.3)	1		1	
casado	65 (23.0)	0.9(0.3-2.3)	0.747	1.5(0.4-5.6)	0.518
conviviente	145(51.4)	0.8(0.4-1.9)	0.695	0.9(0.3-2.7)	0.877
separado/divorciado/anulado	8(2.8)	0.8(0.1-6.8)	0.804	0.1(0.0-1.5)	0.091
viudo	1(0.4)				
ESCOLARIDAD					
>12	57(20.2)	1		1	
7-12	201(71,3)	0.8(0.3-1.7)	0.498	0.7(0.3-1.7)	0.372
<7	24(8,5)	0.4(0.1-2.1)	0.298	0.4(0.1-2.1)	0.348
SEGURO DE SALUD					
público (FONASA)	182(65.0)	1		1	
sin	97(34.6)	0.7(0.3-1.4)	0.299	0.6(0.2-1.5)	0.245
TRABAJO					
estudiante	9(3,2)	1		1	
trabajo con sueldo regular	117(41,5)	1.2(0.1-10.1)	0.882	0.4(0.0-5.3)	0.472
independiente	15(5.3)				
dueña de casa	70(24.8)	1.7(0.2-14.5)	0.649	0.6(0.0-9.1)	0.746
cesante	40(14.2)	1.4(0.1-13.4)	0.764	0.6(0.0-9.2)	0.694
incapaz por salud	31(11)	1.9(0.2-18.4)	0.572	0.7(0.0-11.0)	0.795
VIVIENDA					
Buena (casa, depto.)	133(47.1)	1		1	
regular(cité)	141(50.0)	0.6(0.3-1.2)	0.156	0.5(0.2-1.2)	0.119
mala(pieza, mediagua)	8(02.8)	3.0(0.7-13.6)	0.149	6.6(0.8-51.5)	0.073
TIEMPO EN CHILE					
>3	134(47.5)	1		1	
1-3	103(36.5)	0.6(0.3-1.2)	0.144	0.8(0.3-2.0)	0.662
<1	45(16.0)	0.3(0.1-1.1)	0.067	0.4(0.1-1.8)	0.232
PERTENENCIA A ORG					
sí	60(21.3)	1		1	
no	222(78.7)	2.1 (0.8-5.5)	0.150	2.0(0.6-6.8)	0.279
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR					
funcional	162(57.4)	1		1	
disfunción leve a moderada	96(34.0)	2.8 (1.3-5.8)	0.006	2.3(0.9-5.9)	0.067
disfunción severa	24(08.5)	3.5(1.2-10.3)	0.022	5.1(1.1-23.1)	0.036
EVENTOS VITALES					
Embarazo					
no	112(39.7)	1		1	
sí	170(60.3)	0.9 (0.4-1.7)	0.698	1.0(0.4-2.4)	0.967
Disminución ingresos					
no	121(42.9)	1		1	
sí	161(57.1)	3.6 (1.6-8.0)	0.003	3.2(1.2-8.6)	0.020
Incorporación nuevo miembro a la familia					
no	164(58.2)	1			
sí	118(41.8)	0.5 (0.3-1.1)	0.105	0.7(0.2-1.7)	0.397

TABLA N°89: SEXO DEL ESCOLAR

	N	%
Hombre	158	52,7
Mujer	142	47,3
Total	**300**	**100,0**

TABLA N°90: EDAD DE LOS ESCOLARES, ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del Escolar	300	6	16	12,1	2,87

TABLA N°91: PAÍS DE PROCEDENCIA DEL ESCOLAR

		Frecuencia	Porcentaje
País de procedencia	**Perú**	276	92,0
	Ecuador	15	5,0
	Otro	6	2,0
	Argentina	3	1,0
	Total	**300**	**100,0**

TABLA N°92: TABLA DE FRECUENCIA AÑOS DE RESIDENCIA EN CHILE DEL ESCOLAR

Años de residencia en Chile	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	14	4,9	4,9
1	66	22,9	27,8
2	47	16,3	44,1
3	47	16,3	60,4
4	37	12,8	73,3
5	23	8,0	81,3
6	16	5,6	86,8
7	11	3,8	90,6
8	15	5,2	95,8
9	6	2,1	97,9
10	2	0,7	98,6
11	1	0,3	99,0
12	1	0,3	99,3
13	1	0,3	99,7
14	1	0,3	100,0

TABLA N°93: TABLA ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE AÑOS DE RESIDENCIA EN CHILE DE LOS ESCOLARES

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Hace cuantos años llegaste a vivir a Chile?	288	0	14	3,4	2,57

TABLA N°94: TABLA DE FRECUENCIA SEGÚN CURSO AL QUE ASISTEN LOS ESCOLARES

Curso	Frecuencia	Porcentaje
Primero	19	6,3
Segundo	18	6,0
Tercero	19	6,3
Cuarto	25	8,3
Quinto	32	10,7
Sexto	31	10,3
Séptimo	31	10,3
Octavo	38	12,7
Primero Medio	40	13,3
Segundo Medio	34	11,3
Tercero Medio	12	4,0
Cuarto Medio	1	0,3
TOTAL	**300**	**100,0**

TABLA N°95: TABLA DE FRECUENCIA SEGÚN COLEGIO AL QUE ASISTEN LOS ESCOLARES

	Frecuencia	Porcentaje
Arturo Merino Benítez	12	4,0
Arturo Toro Amor	1	0,3
Centro Educacional Pitágoras	19	6,3
Colegio George Washington	84	28,0
Colegio Isla de Pascua	2	0,7
Colegio Part. Juan Pablo	1	0,3
Colegio Politécnico Av. Independencia (Comercial)	3	1,0
Escuela Básica Summerhill	9	3,0
Escuela Camilo Mori	23	7,7
Escuela Cornelia Olivares	15	5,0
Escuela Luis Galdámez	2	0,7
Escuela Nueva Zelandia	10	3,3
Escuela Técnica Lib. Bernardo O.	2	0,7
Int. Com. Lib. Bernardo O'Higgins	13	4,3
Jean Jacques	3	1,0
Liceo Diurno Avda. Independencia	8	2,7
Liceo Gabriela Mistral	11	3,7
Liceo Ignacio Carrera Pinto	39	13,0
Liceo J. M. Balmaceda	6	2,0
Liceo Miguel Rafael Prado	2	0,7
Liceo San Francisco de Quito	5	1,7
Plus Ultra	6	2,0
Vasco Núñez	24	8,0
Total	**300**	**100,0**

TABLA N°96: PROMEDIO DE NOTAS DE LOS ESCOLARES, ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Promedio del escolar	287	3,5	6,9	5,3	0,70

TABLA N°97: TABLA DE FRECUENCIA DE NÚMERO DE COMPAÑEROS EXTRANJEROS

COMPAÑEROS	N	%
<= 0	25	9,5
1 - 10	168	63,6
11 o más	71	26,9
TOTAL	**264**	**100**

TABLA N° 98: NÚMERO DE COMPAÑEROS EXTRANJEROS, ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Número de Compañeros Extranjeros	264	0	39	8,4	8,71

TABLA N°99: RELACIÓN DEL APODERADO CON EL ESCOLAR

	Frecuencia	Porcentaje
Abuela	5	1,7
Hermana	5	1,7
Madre	185	61,7
No familiar	35	11,7
Padre	68	22,7
Tía	1	0,3
Tío	1	0,3
Total	**300**	**100,0**

TABLA N°100: LA MADRE DEL ESCOLAR ¿ALOJA EN LA MISMA CASA QUE SU HIJO TODAS LAS NOCHES?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	230	76,7
NO	42	14,0
No sabe	28	9,3
Total	**300**	**100,0**

TABLA N°101: ¿CUANTAS NOCHES DE LA SEMANA DUERME ELLA EN OTRO LUGAR?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siete noches	5	11,9	11,9
Seis noches	2	4,8	16,7
Cinco noches	15	35,7	52,4
Cuatro noches	7	16,7	69,0
Tres noches	10	23,8	92,9
Dos noches	3	7,1	100,0
Total	**42**	**100,0**	

TABLA N°102: PERSONA QUE ASUME LOS CUIDADOS

	Frecuencia	Porcentaje
Padre	24	57,1
Hermanos	7	16,7
Abuela	5	11,9
Tía	4	9,5
Amiga	1	2,4
Familiar	1	2,4
Total	**42**	**100,0**

TABLA N°103: PERCEPCIÓN DE SALUD MENTAL Y CONSULTA

	Según el apoderado	Según el alumno
El escolar tiene algún problema emocional o de comportamiento para el cual necesite ayuda	96 (36,1)	94 (32,4)
El escolar está consultando con un profesional de salud mental	6 (5,2)	9 (9,6)

TABLA N° 104: PREVALENCIA DE DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO DESCRITA EN ESTUDIO UNICEF COMPARADA CON LA ENCONTRADA ENTRE ESCOLARES INMIGRANTES

TIPO DE MALTRATO	UNICEF	INMIGRANTES	z	p	INMIGRANTES 8º EB	z	p
SIN MALTRATO	29,4%	40,7%	3.860	0.0001	36,8%	0.987	0.3235
Maltrato Psicológico	20,8%	4,7%	-6.613	0.0000	5,3%	-2.341	0.0192
Maltrato Físico Leve	28,6%	24,7%	-1.376	0.1689	28,9%	0.040	0.9678
Maltrato físico Grave	21,2%	30,0%	3.329	0.0009	28,9%	1.143	0.2529

TABLA N° 105: ASOCIACIÓN ENTRE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES (N=300)

VARIABLE	R.D. cruda	p	R.D	p
SEXO				
hombre	1		1	
mujer	1.51 (0 .91- 2.48)	0.108	1.47 (0.80-2.71)	0.218
EDAD (años)				
6-10	1		1	
11-14	0.87 (0.48-1.56)	0.631	0.82 (0.38-1.75)	0.606
15-16	1.03 (0.54-2.00)	0.918	1.41 (0.57-3.45)	0.455
AÑOS RESIDENCIA EN				
≤ 2	1		1	
3 - 4	1.72 (0.94-3.14)	0.078	1.78 (0.85-3.74)	0.127
5 o más	1.40 (0.75-2.63)	0.293	1.82 (0.85-3.89)	0.123
LLEGADA A CHILE CON LOS				
si	1		1	
no	1.17 (0.69-1.98)	0.553	0.78 (0.30-2.04)	0.613
AÑOS DE SEPARACIÓN				
Sin separación	1		1	
≤ 1 año	1.01 (0.47-2.17)	0.979	*	
Más de 1 año	1.29 (0.68-2.42)	0.435	1.22 (0.40-3.68)	0.728
MADRE ALOJA CON EL				
si	1		1	
no	1.01 (0.68-1.49)	0.960	1.12 (0.71-1.78)	0.625
COMPAÑEROS				
<= 0	1		1	
1 - 10	1.09 (0.41-2.91)	0.864	0.89 (0.29-2.66)	0.829
11 o más	1.52 (0.43-4.31)		1.27 (0.37-4.36)	0.702
MALTRATO PAÍS DE				
Sin maltrato	1		1	
Maltrato psicológico	3.36 (0.70-16.13)	0.131	5.00 (0.68-36.79)	0.114
Maltrato físico leve	1.68 (0.82-3.45)	0.158	1.77 (0.68-4.63)	0.243
Maltrato físico severo	3.12 (1.70-5.71)	0.000	1.40 (0.51-3.81)	0.515
MALTRATO ACTUAL				
Sin maltrato	1		1	
Maltrato psicológico	0.35 (0.04-2.81)	0.323	0.28 (0.03-3.09)	0.300
Maltrato físico leve	1.80 (0.91-3.57)	0.092	1.43 (0.55-3.70)	0.457
Maltrato físico severo	4.35 (2.34-8.08)	0.000	4.26 (1.55-11.70)	0.005

*excluido por colinealidad con otra variable independiente del modelo.

ANEXO 3: GRAFICOS

GRÁFICO N° 1

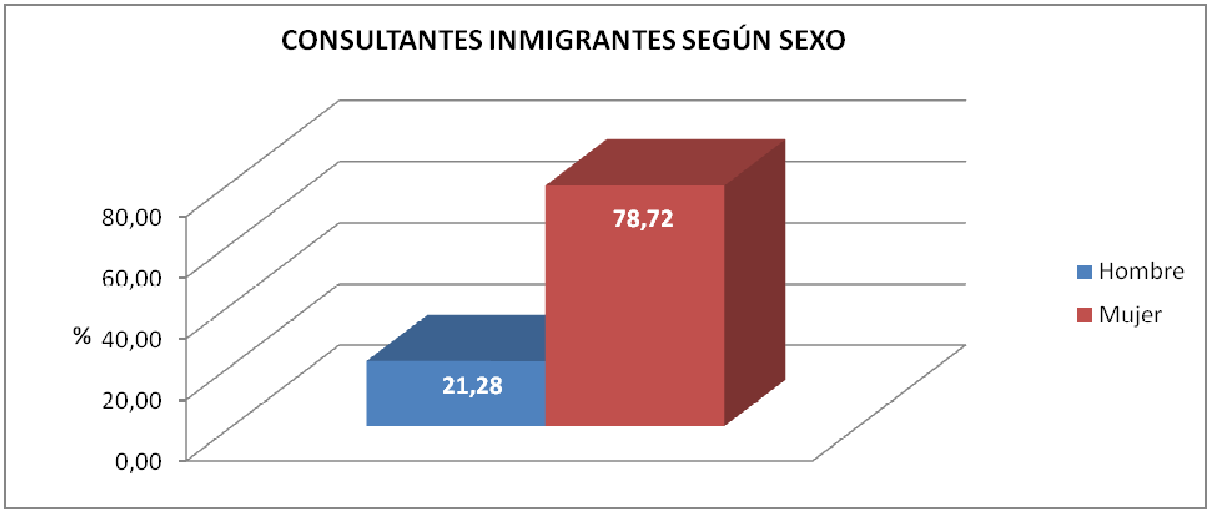


GRÁFICO N°2

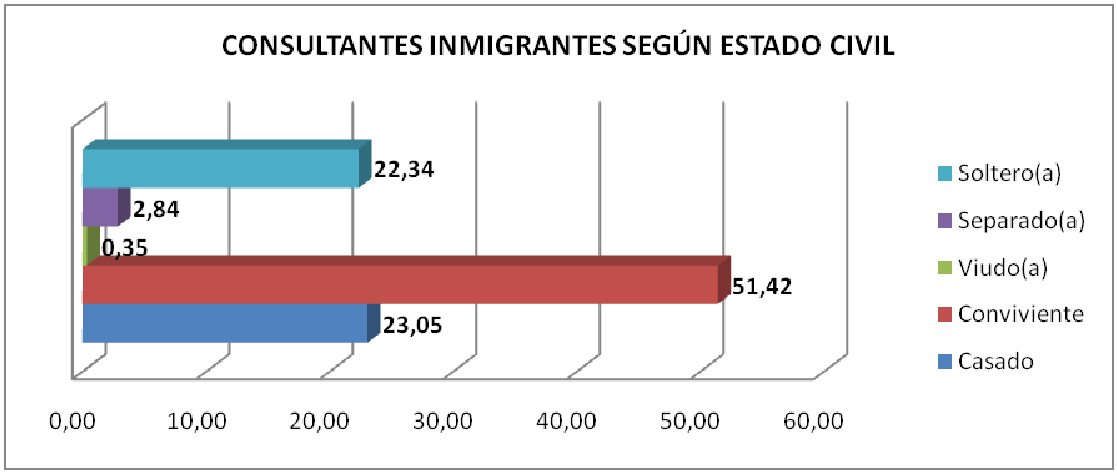


GRÁFICO N°3

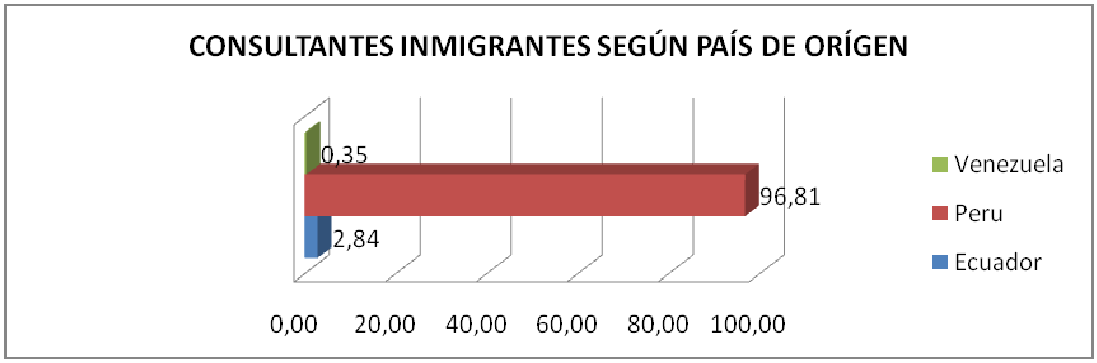


GRÁFICO N° 4

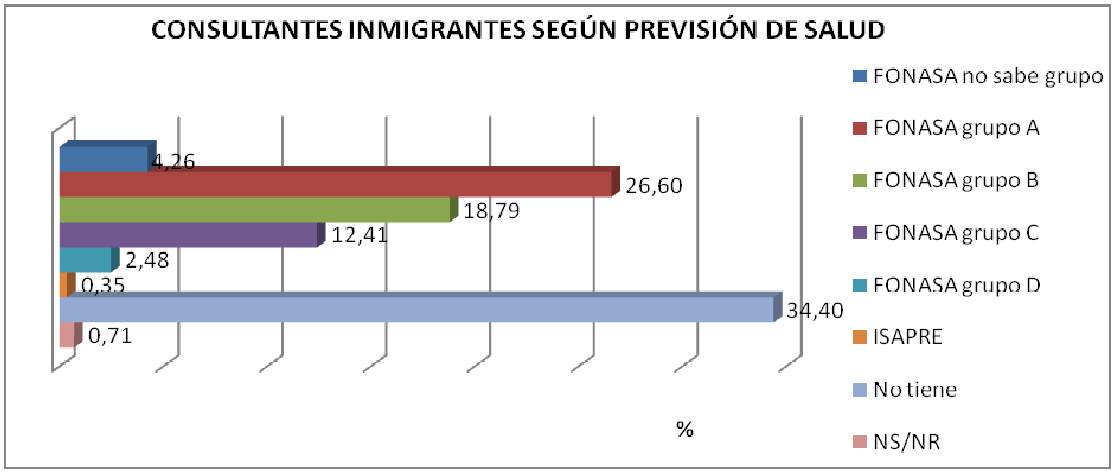


GRÁFICO N° 5

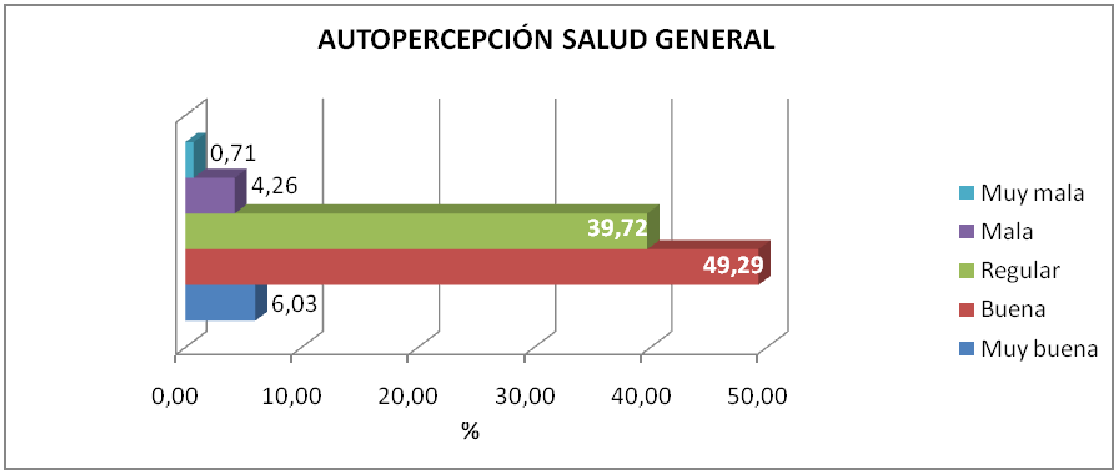


GRÁFICO N°6

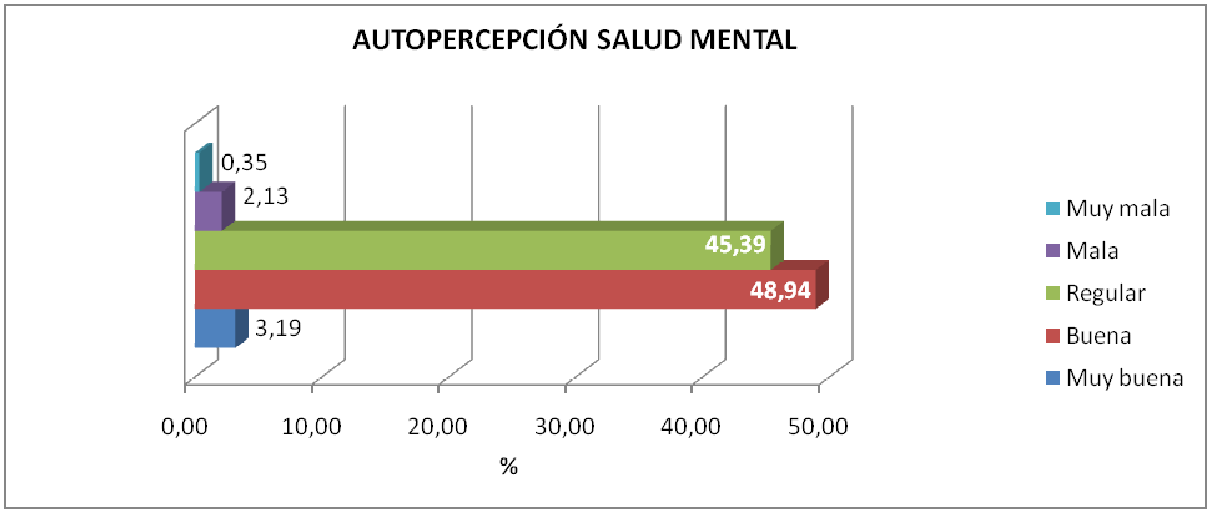


GRÁFICO N° 7

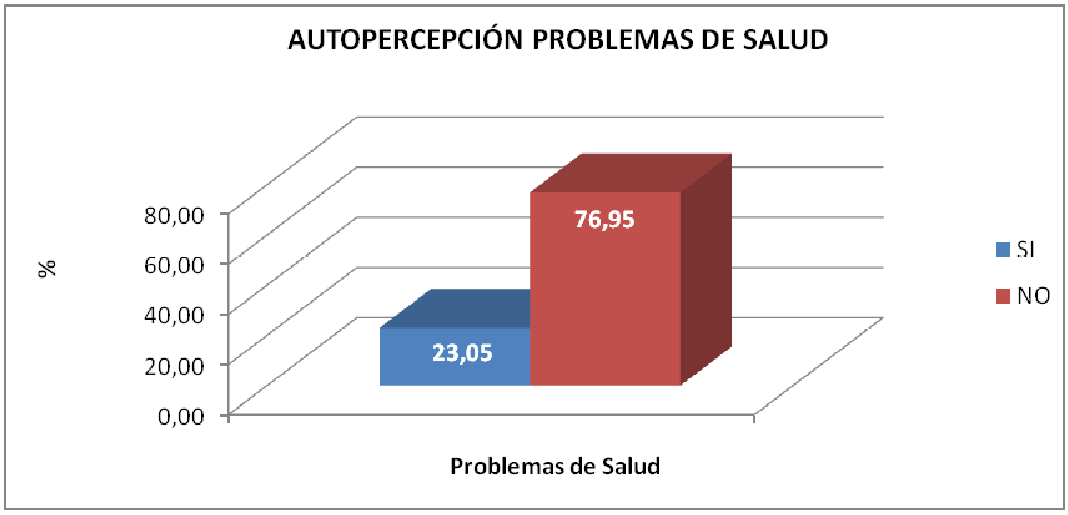


GRÁFICO N° 8

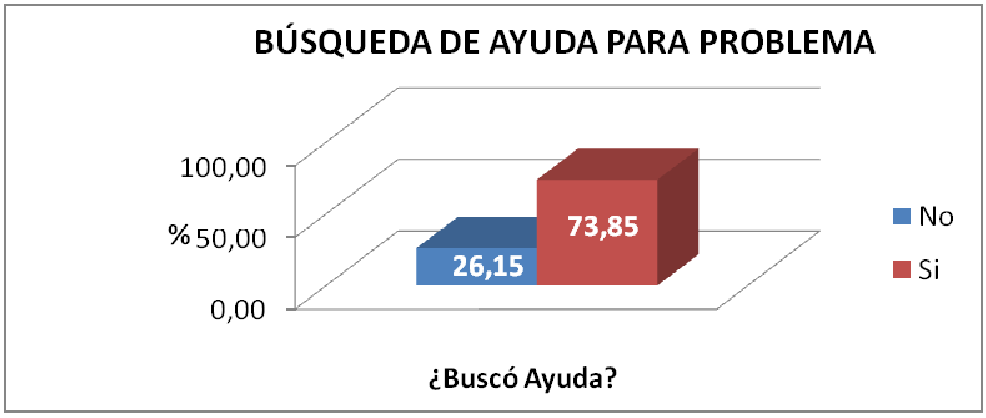


GRÁFICO N° 9

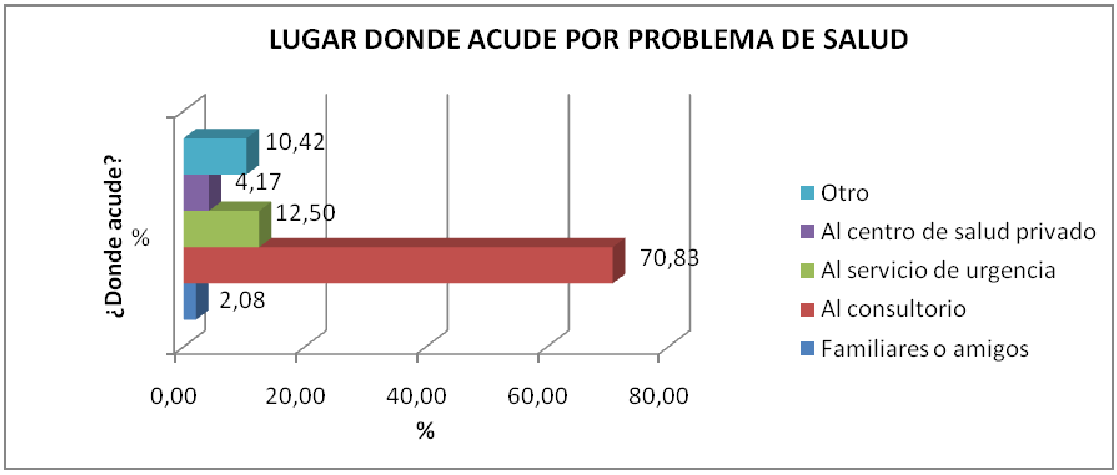


GRÁFICO N° 10

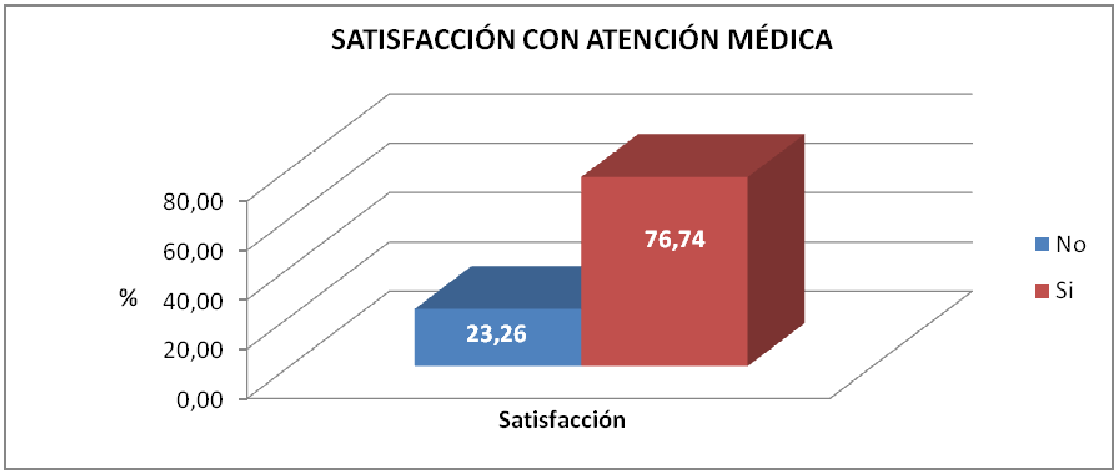


GRÁFICO N° 11

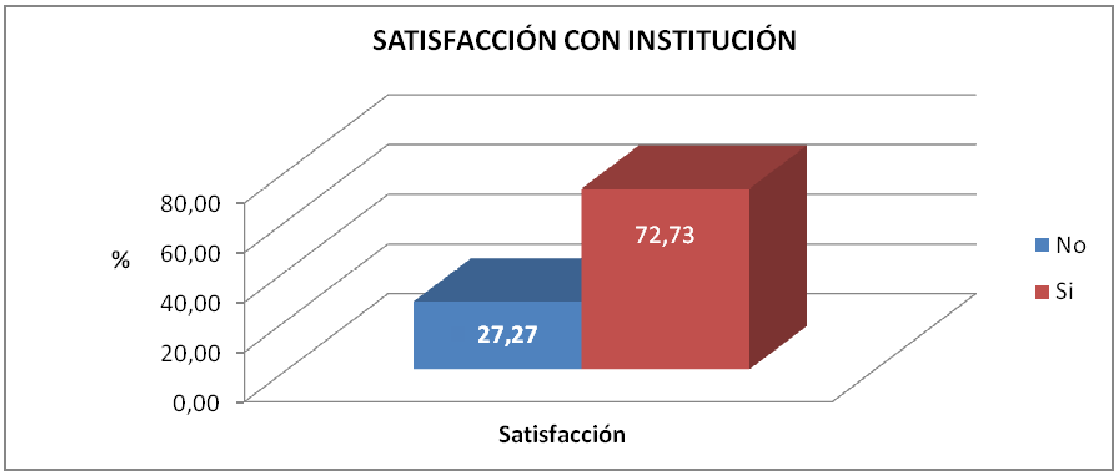


GRÁFICO N° 12

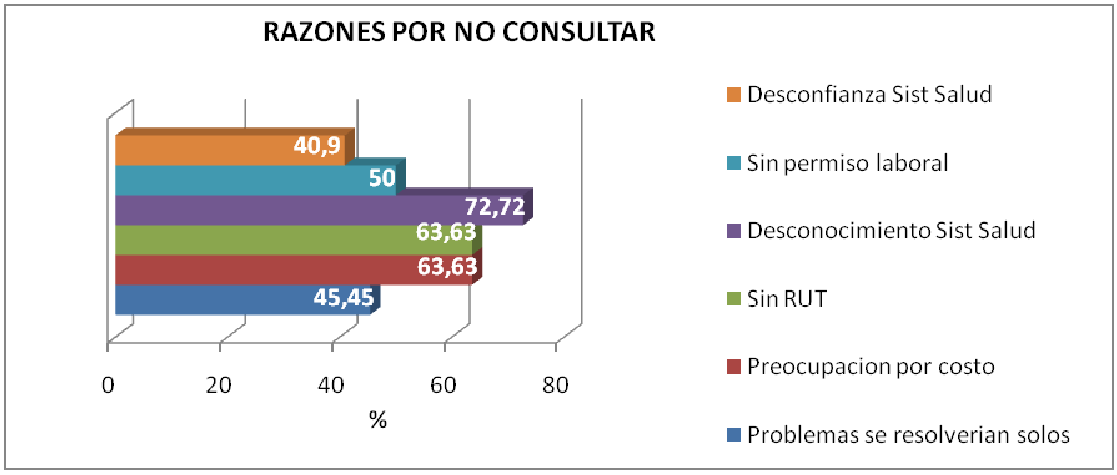


GRÁFICO N° 13

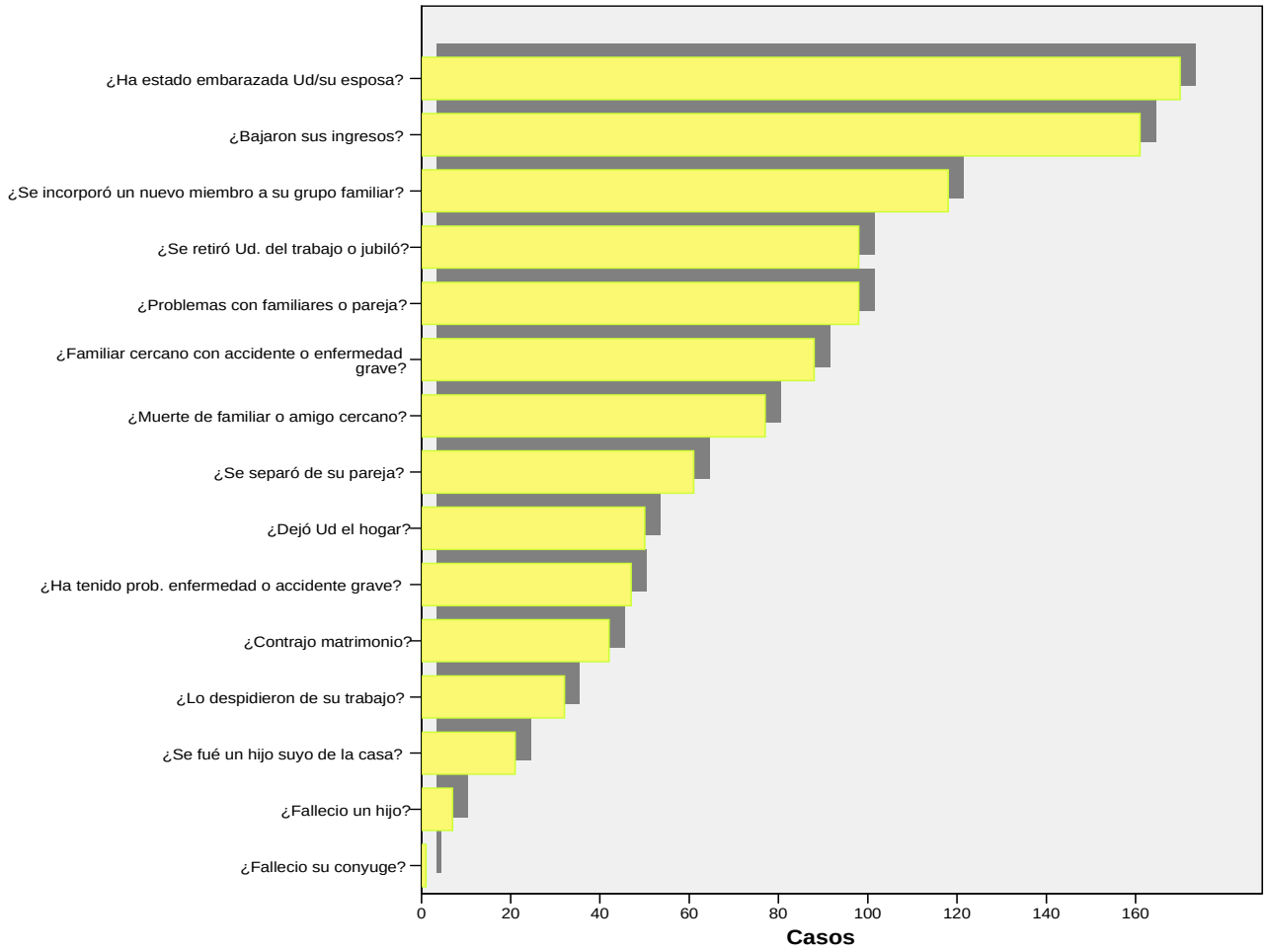


GRÁFICO N° 14

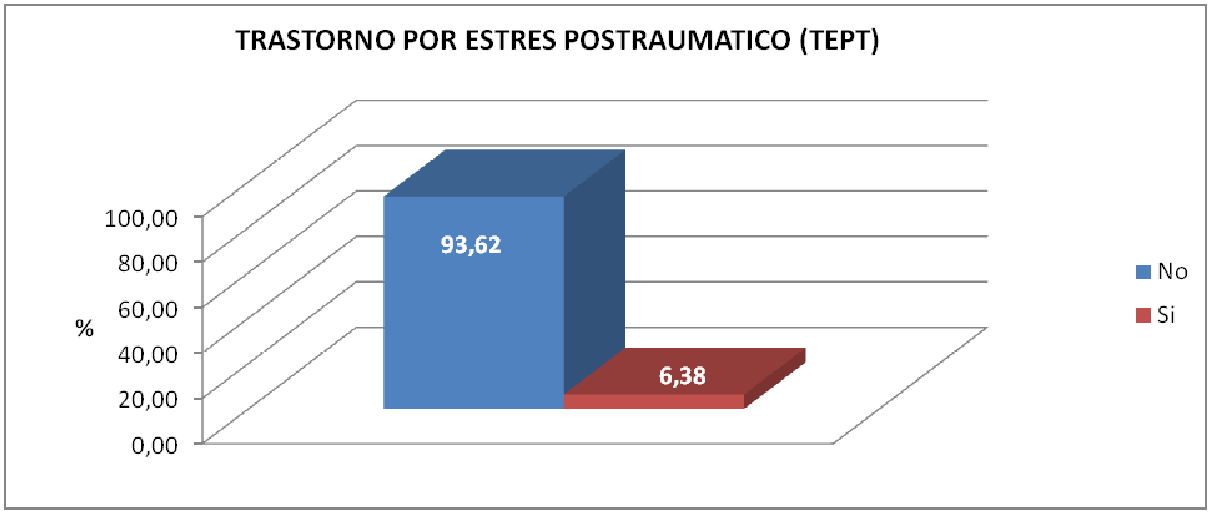


GRÁFICO N° 15

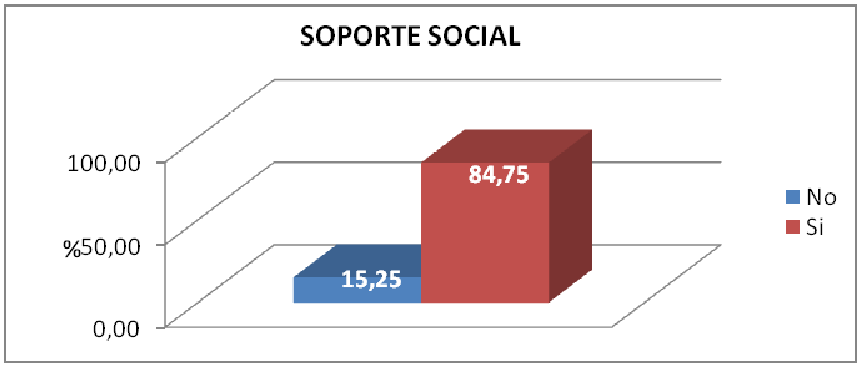


GRÁFICO N° 16

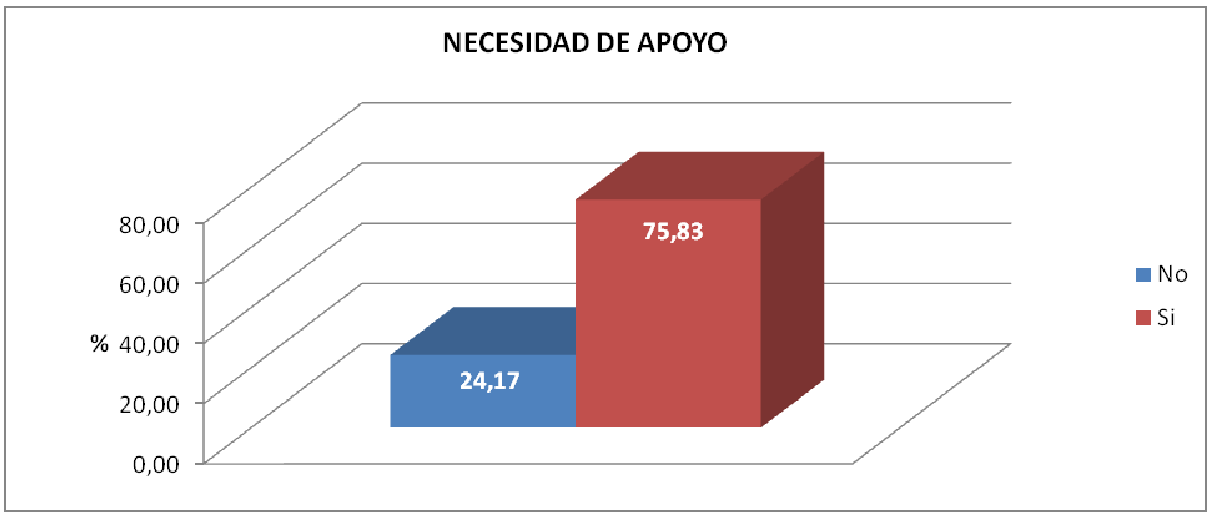


GRÁFICO N° 17

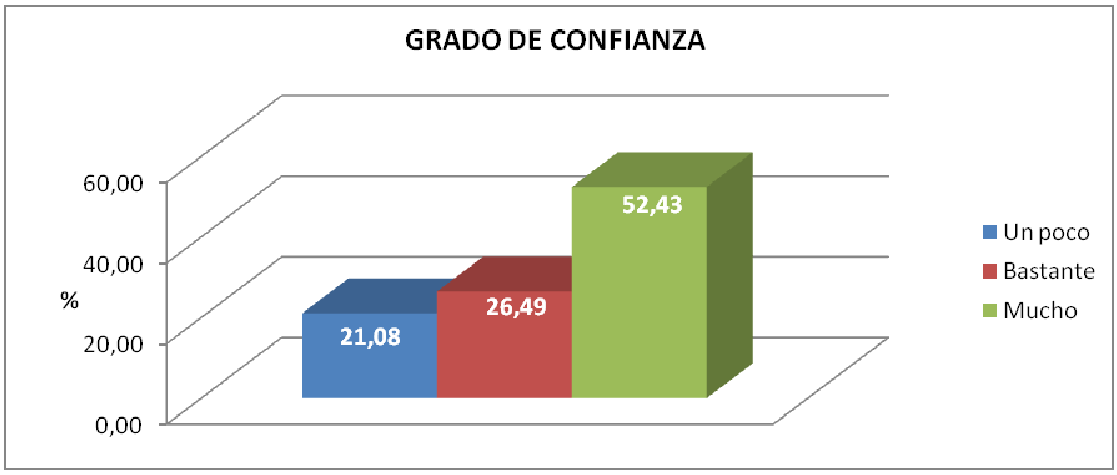


GRÁFICO N° 18

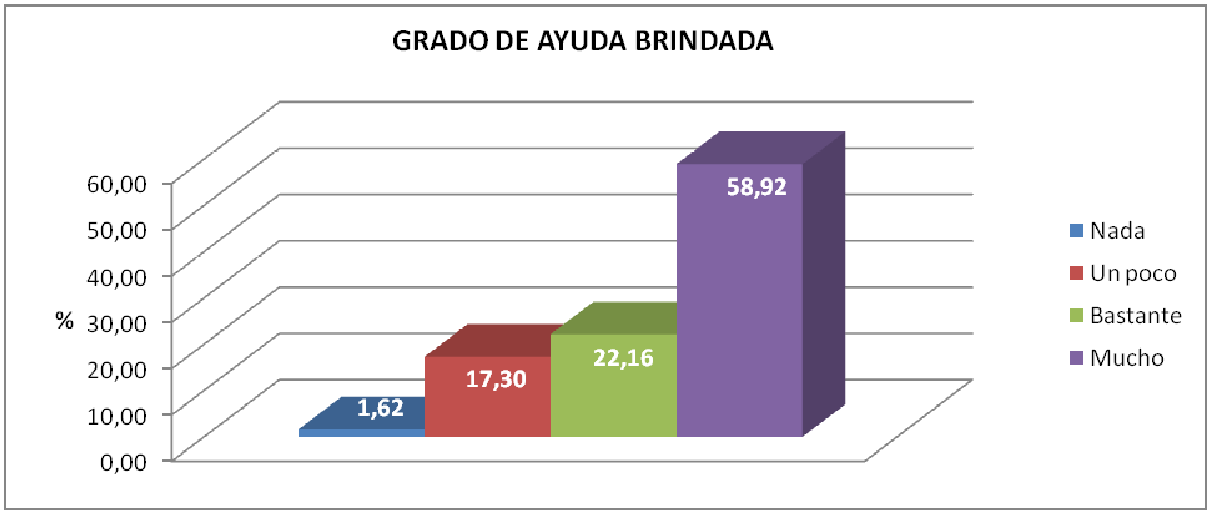


GRÁFICO N° 19

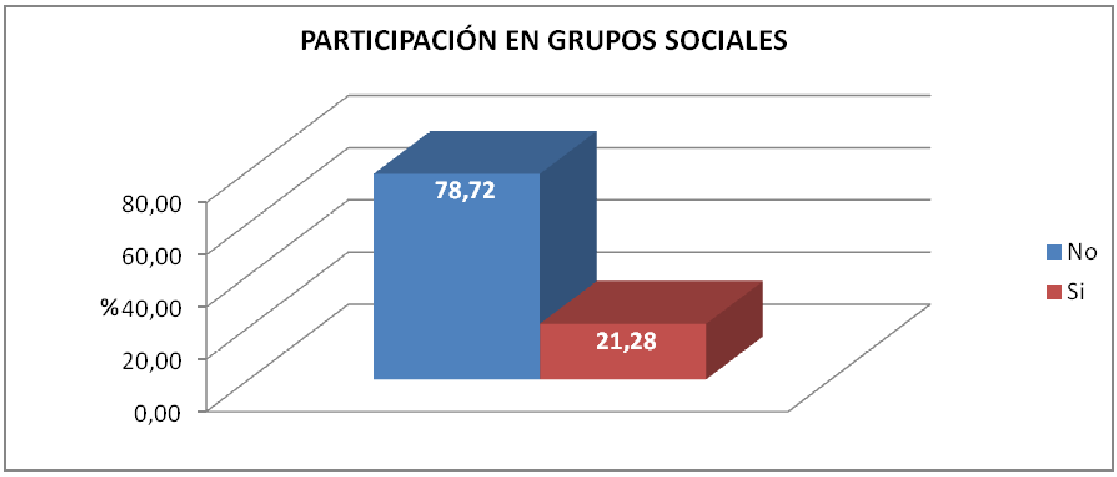


GRÁFICO N° 20

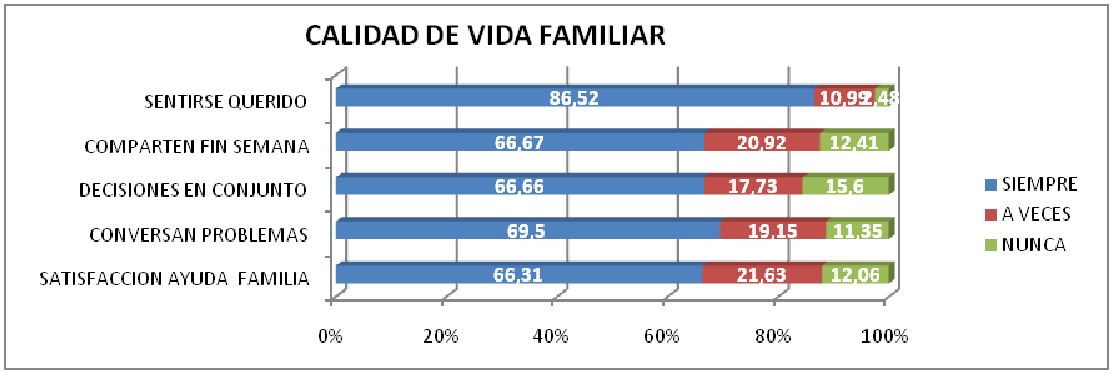


GRÁFICO N° 21

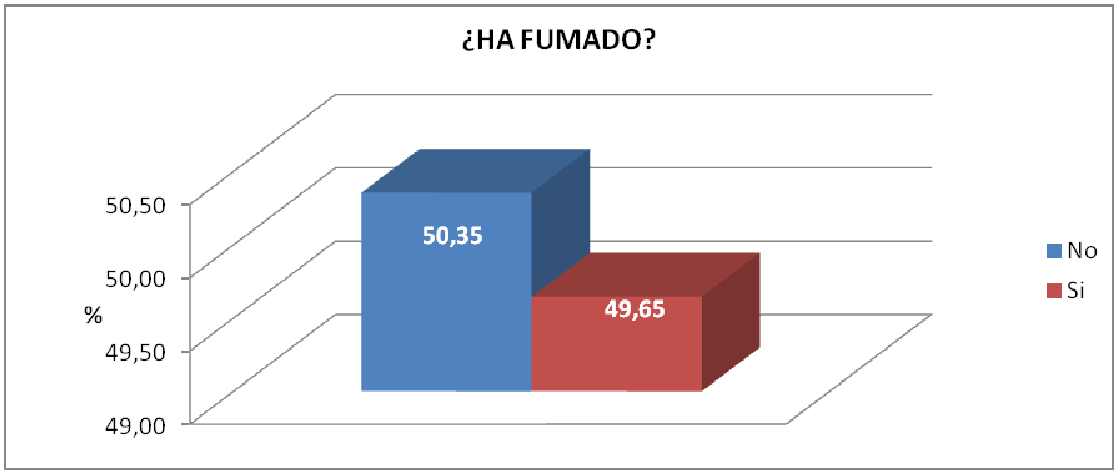


GRÁFICO N° 22

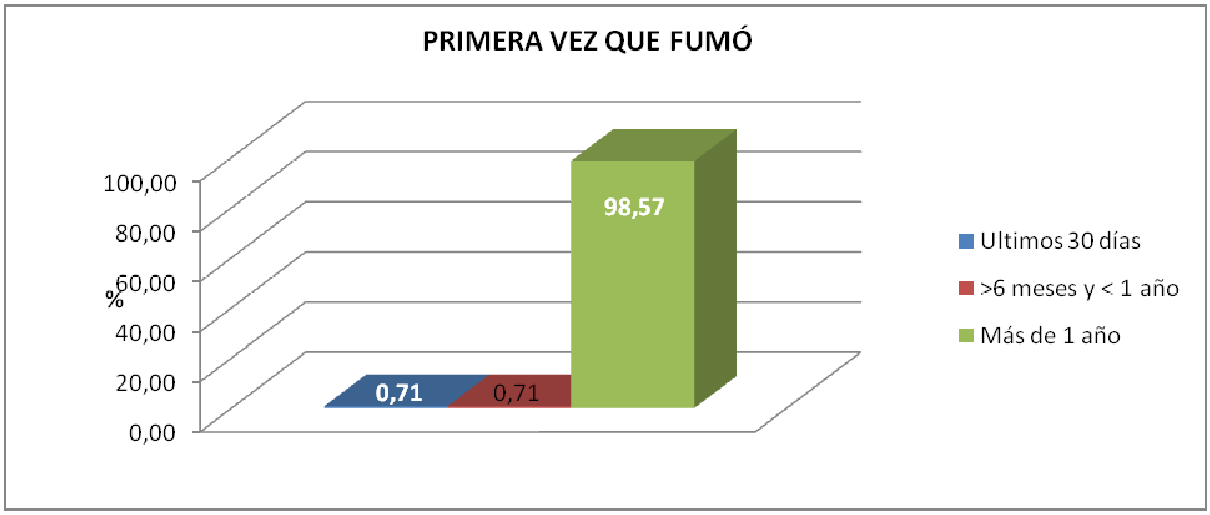


GRÁFICO N° 23

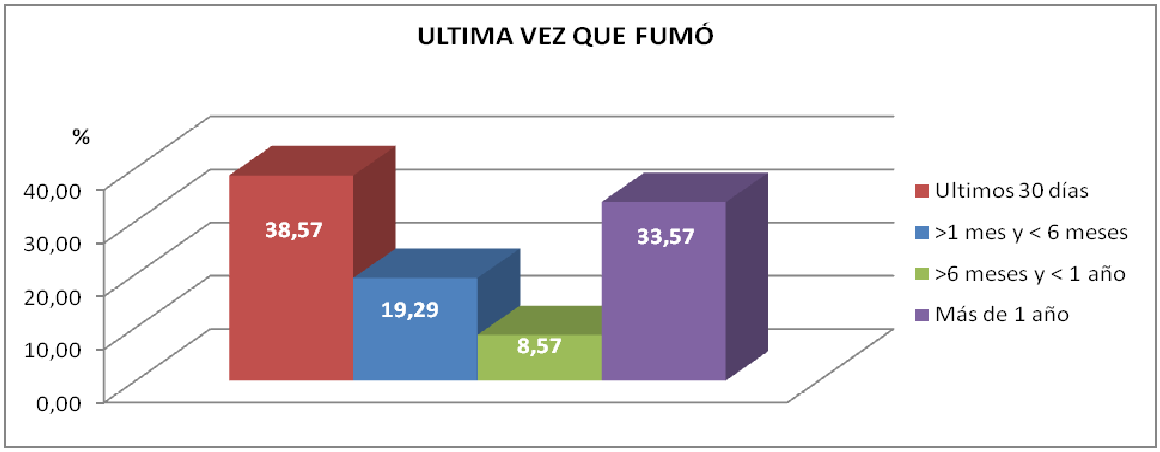


GRÁFICO N° 24

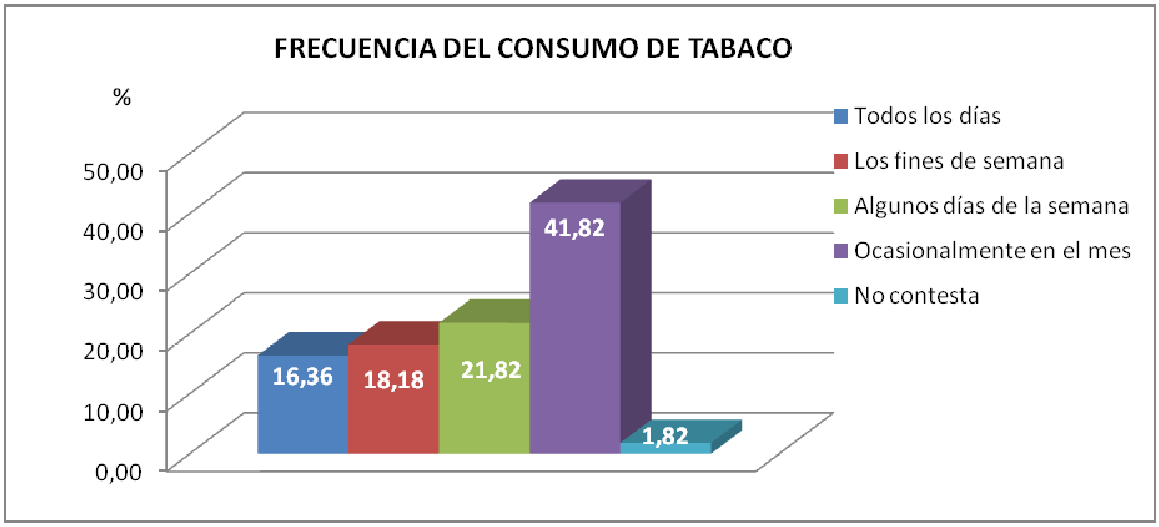


GRÁFICO N° 25

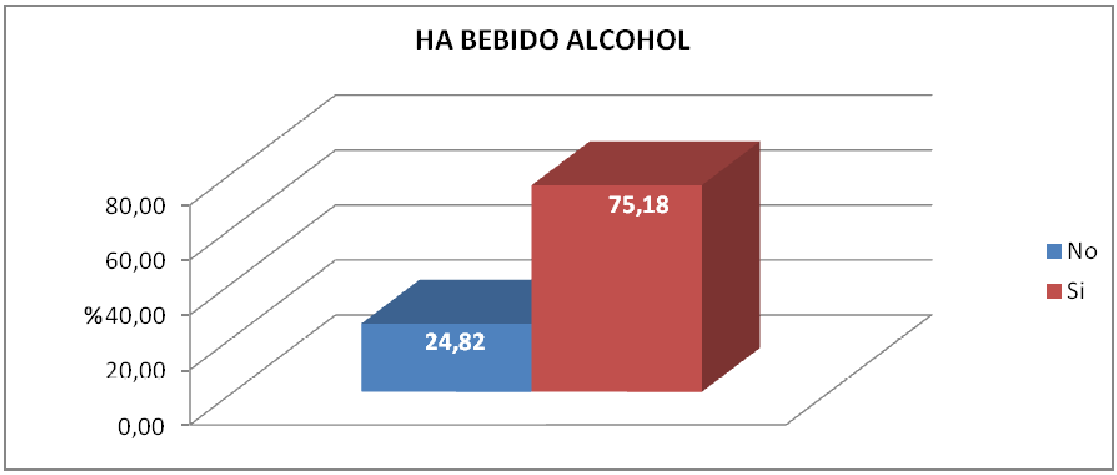


GRÁFICO N° 26

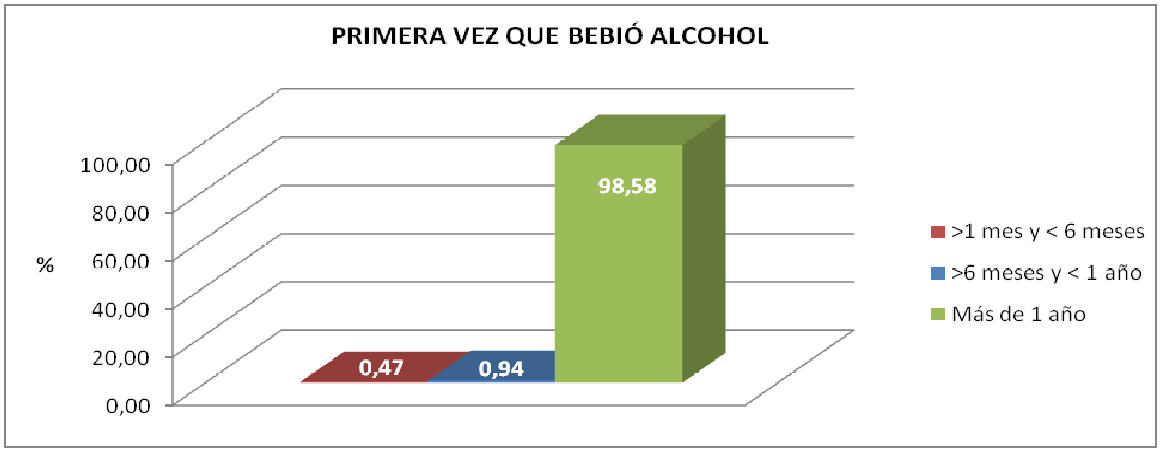


GRÁFICO N° 27

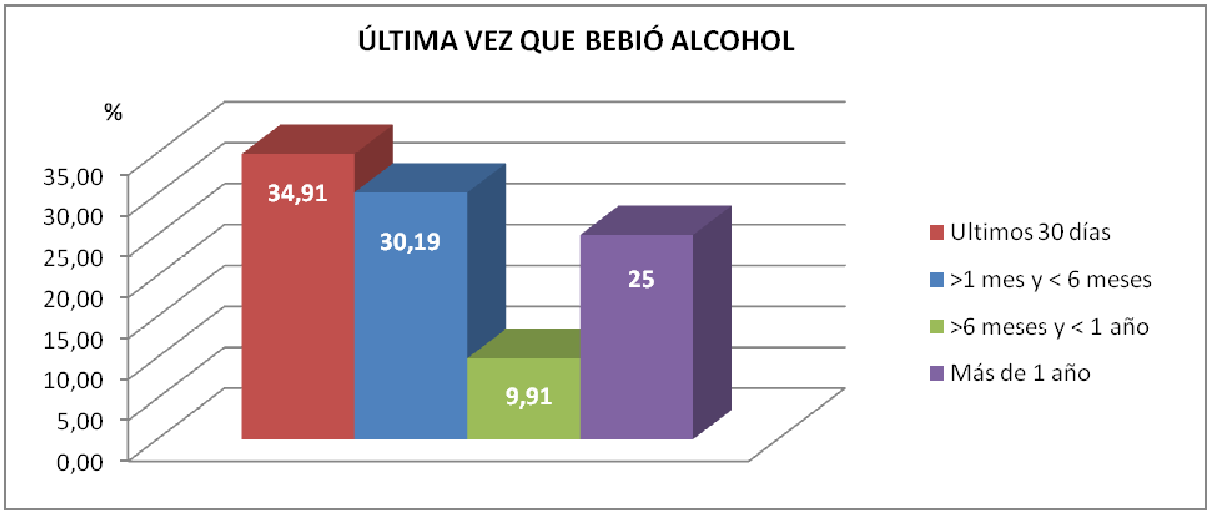


GRÁFICO N° 28

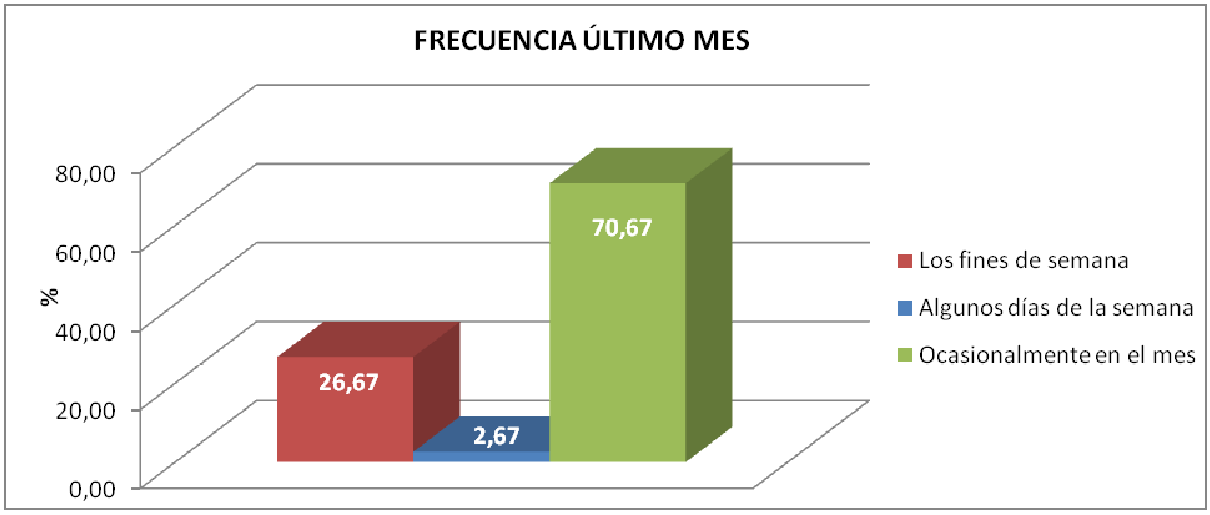


GRÁFICO N° 29

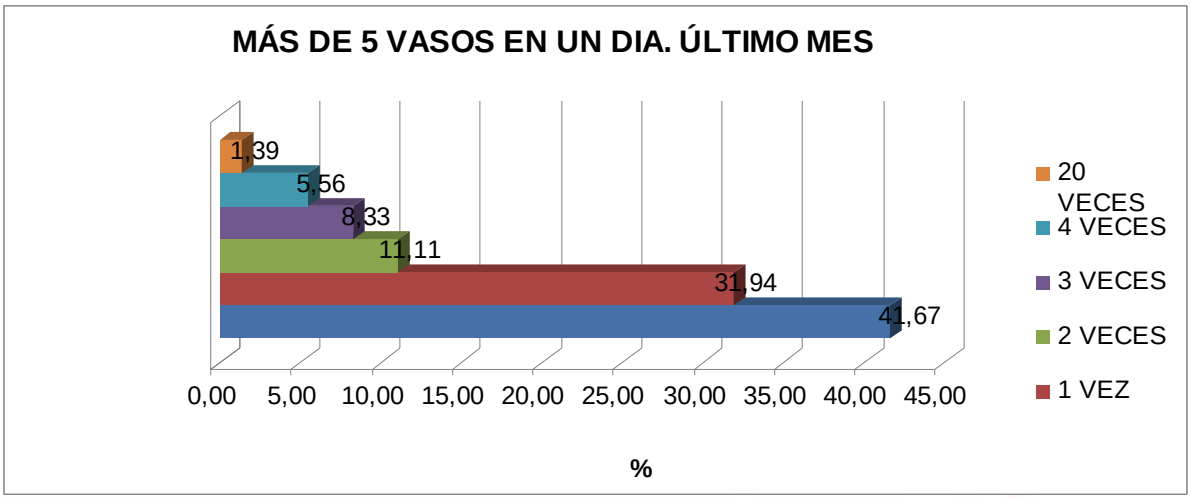


GRÁFICO N° 30

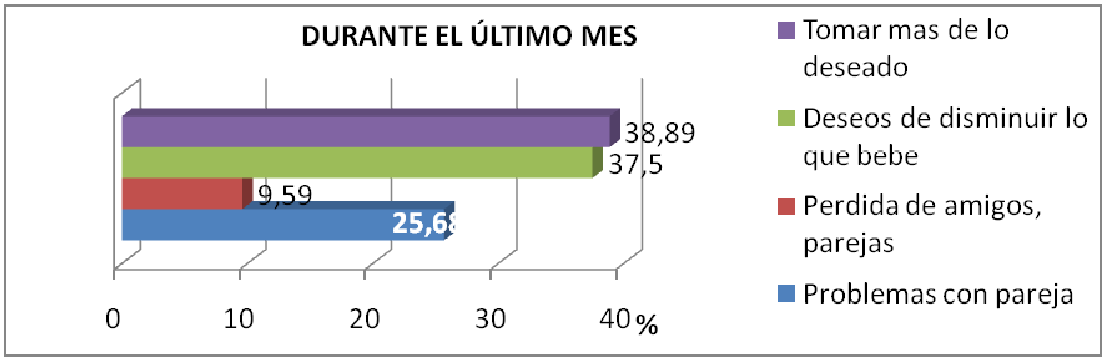


GRÁFICO N° 31

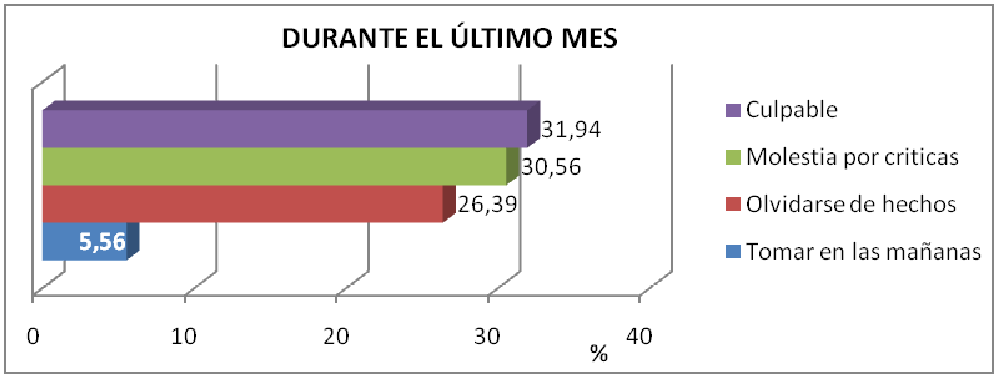


GRÁFICO N° 32

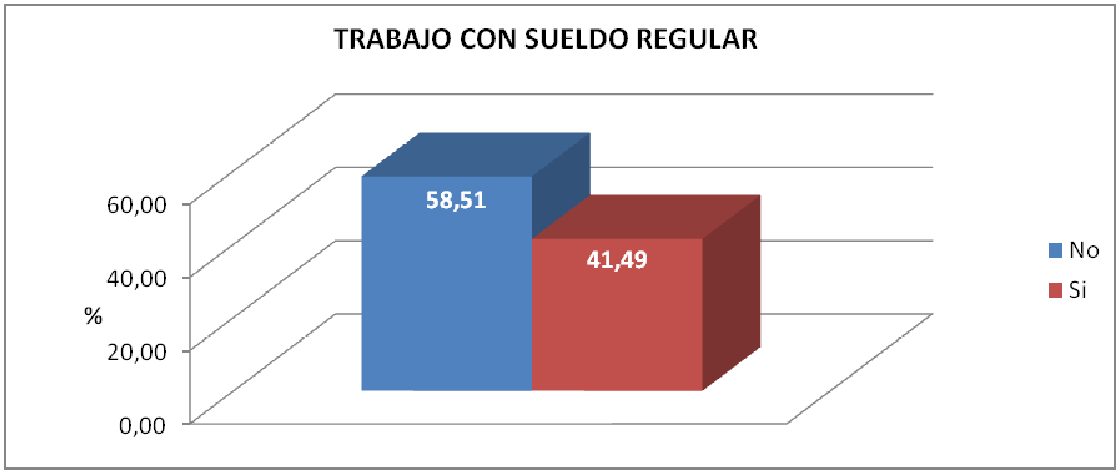


GRÁFICO N° 33

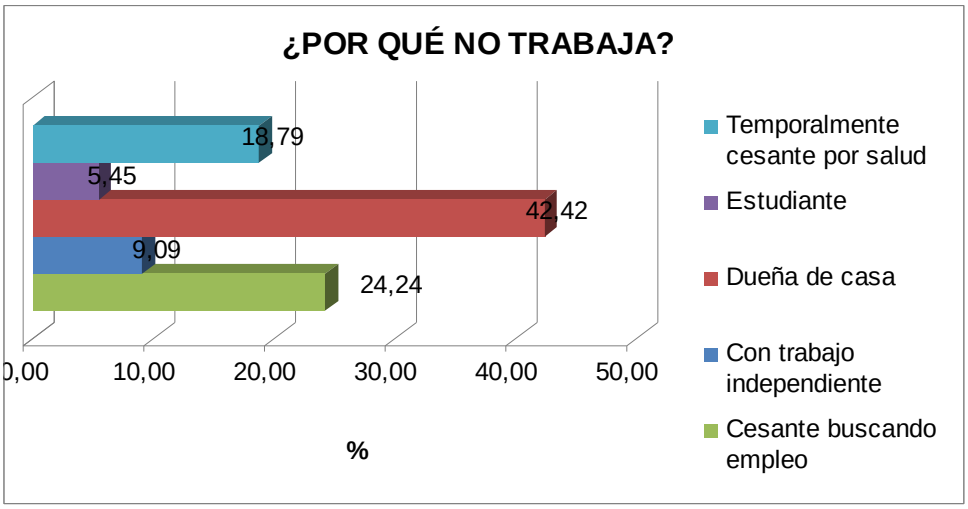


GRÁFICO N° 34

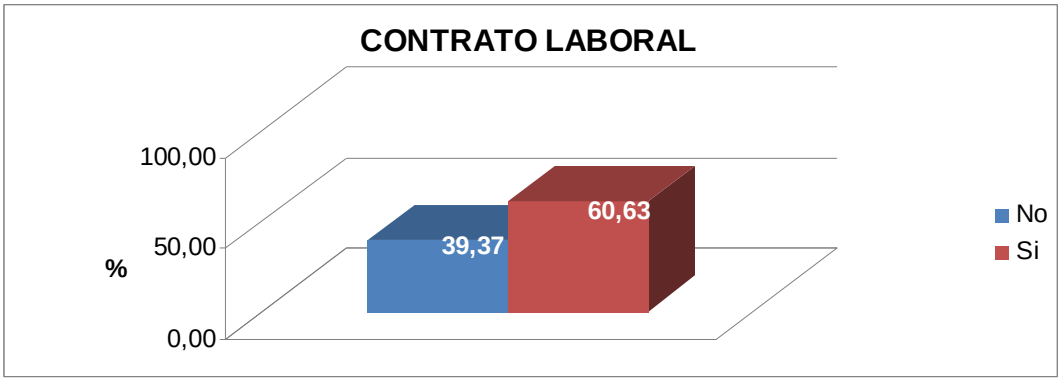


GRÁFICO N° 35

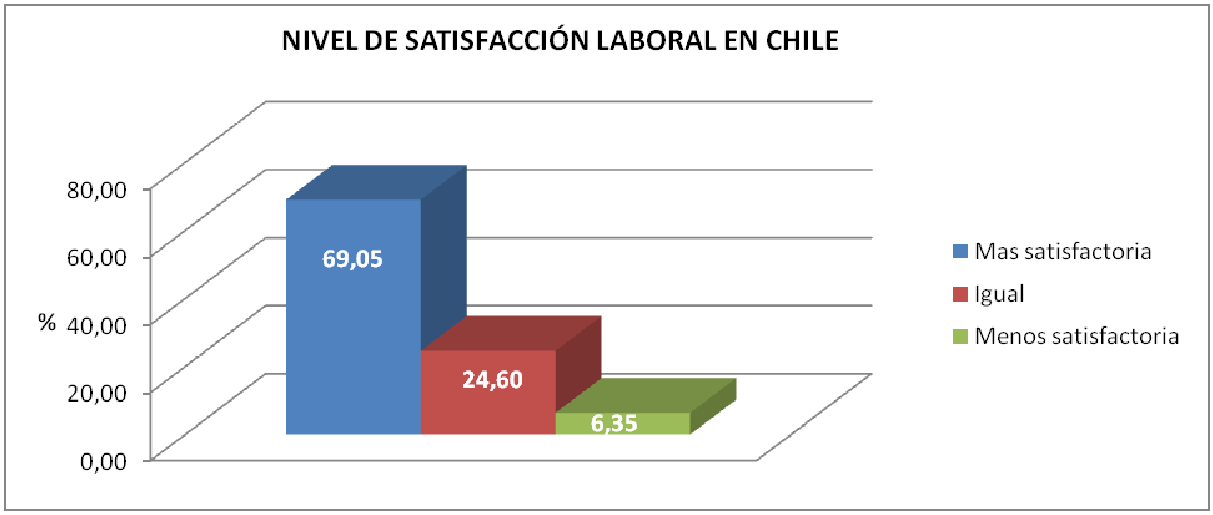


GRÁFICO N° 36

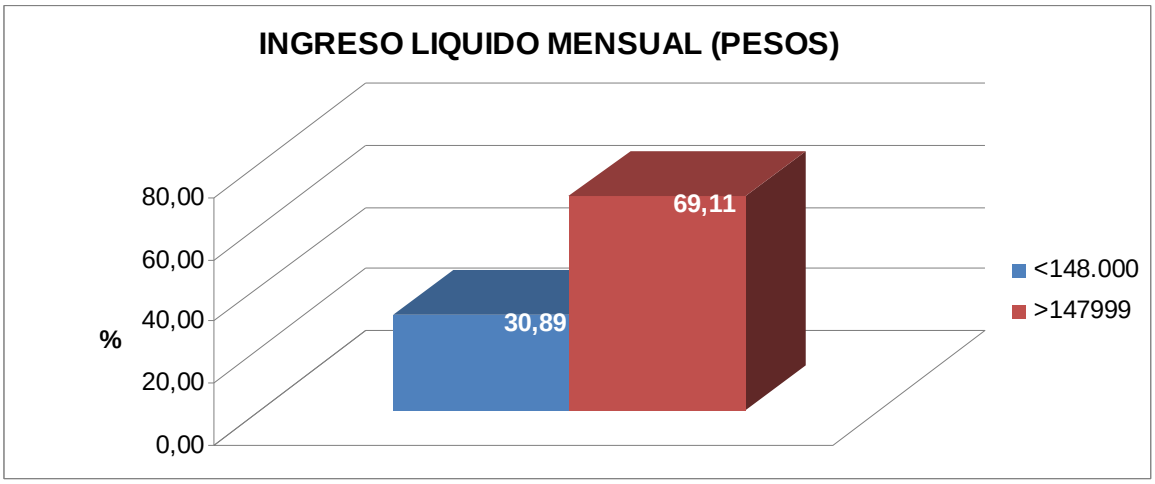


GRÁFICO N° 37

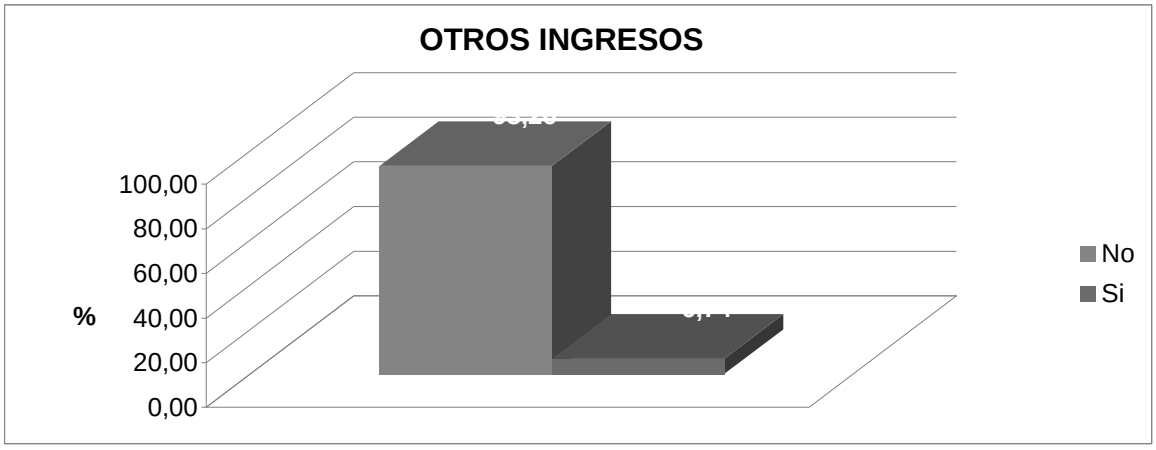


GRÁFICO N° 38

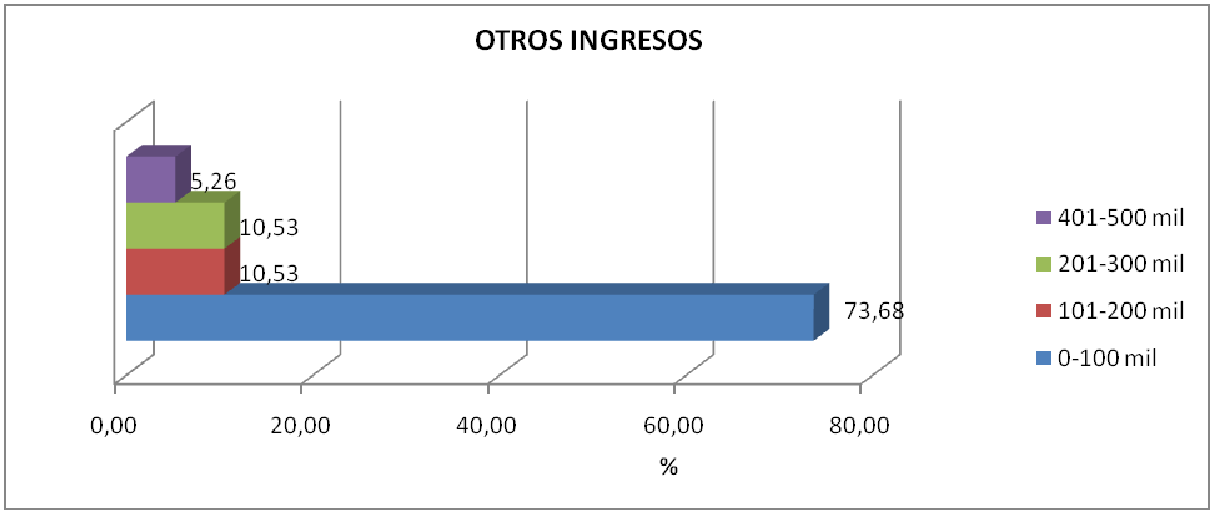


GRÁFICO N° 39

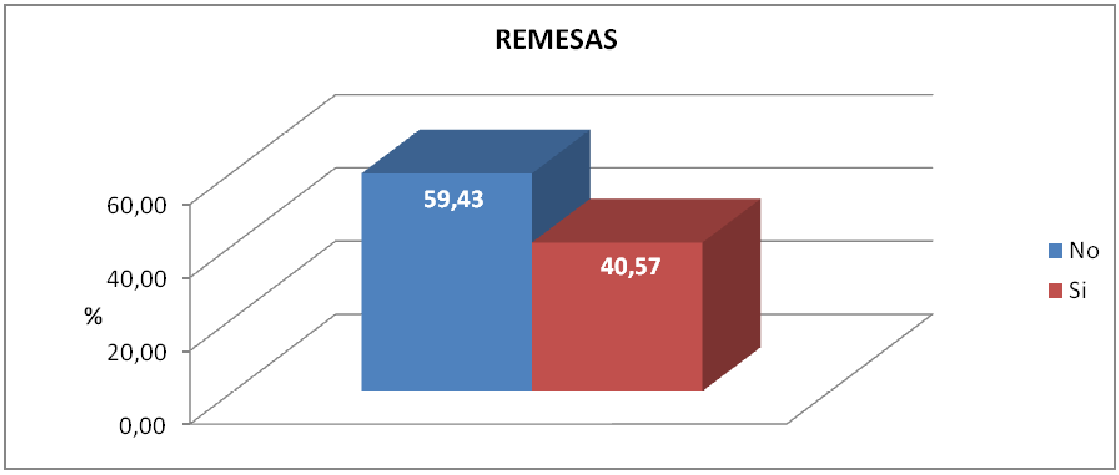


GRÁFICO N° 40

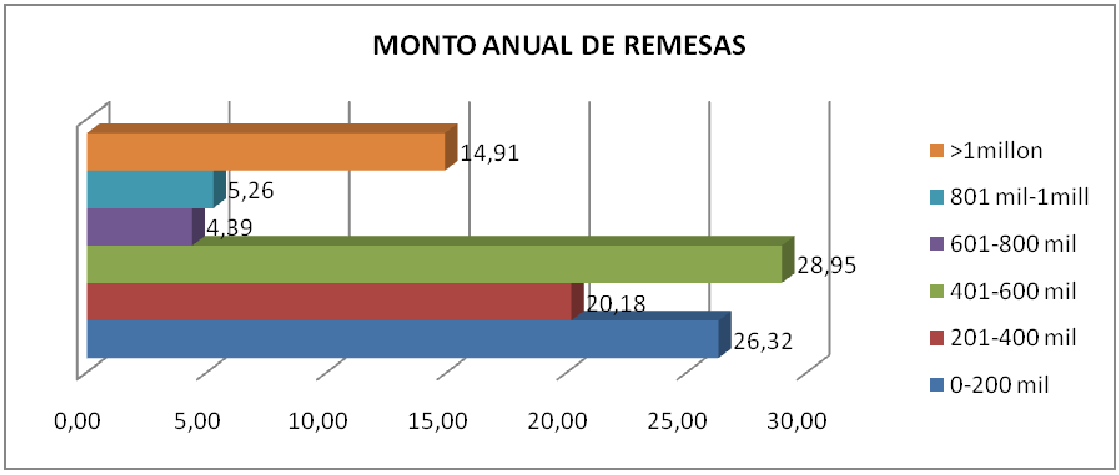


GRÁFICO N° 41

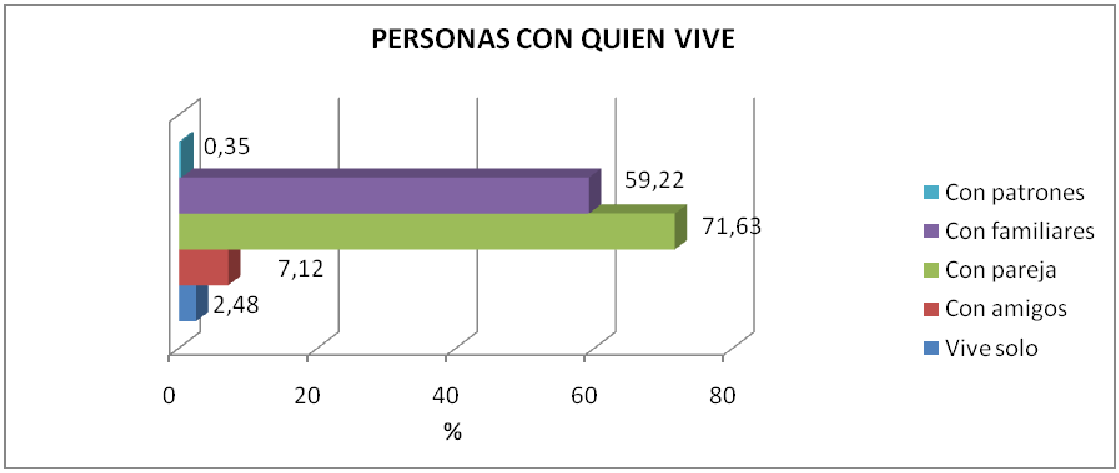


GRÁFICO N° 42

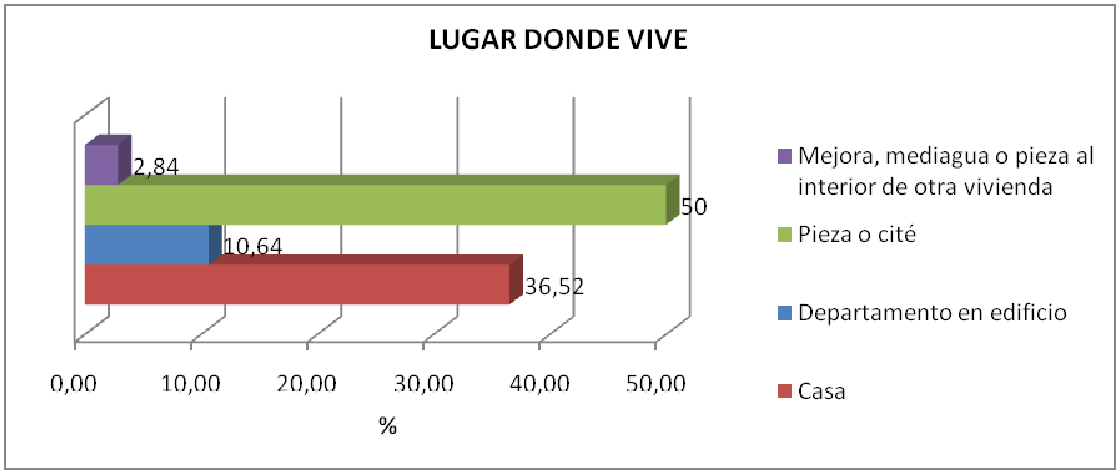


GRÁFICO N° 43

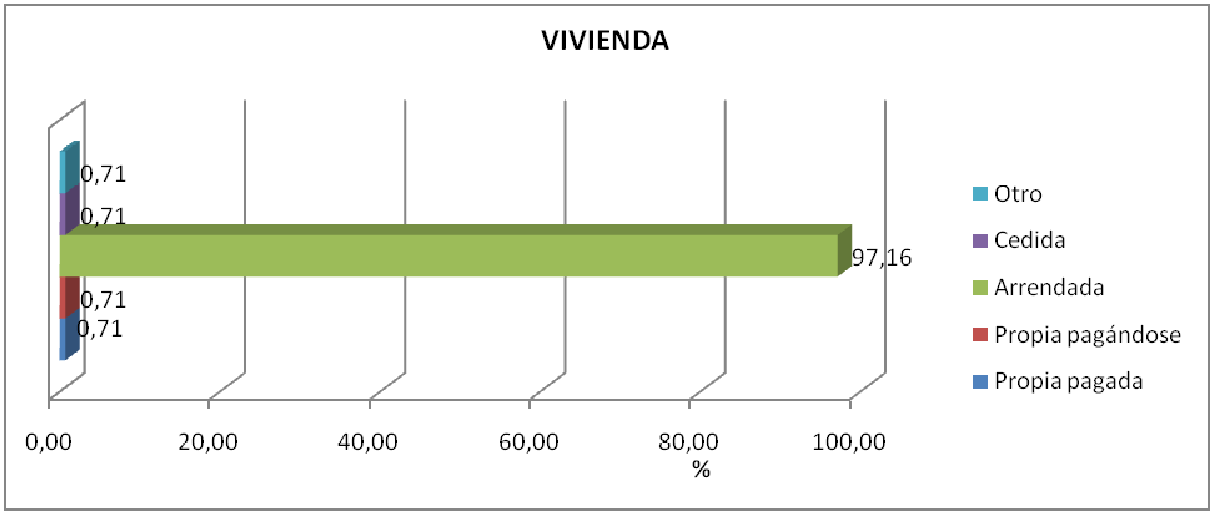


GRÁFICO N° 44

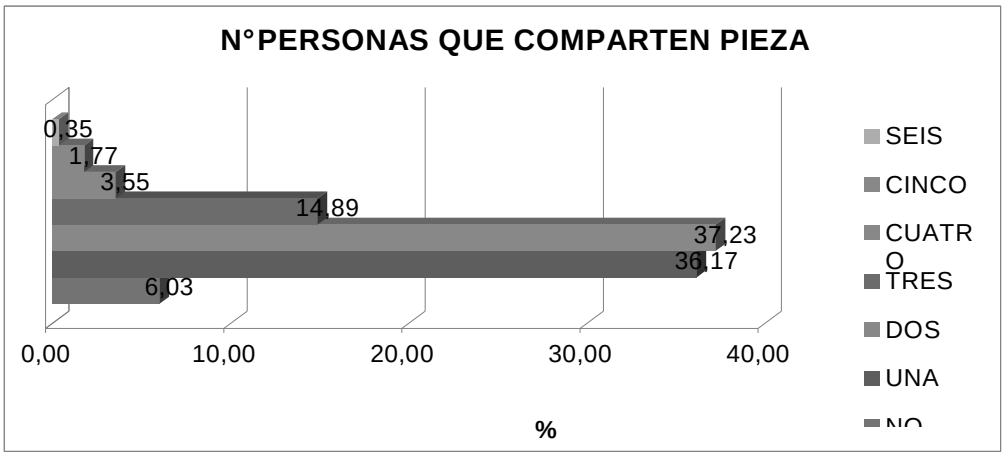


GRÁFICO N° 45

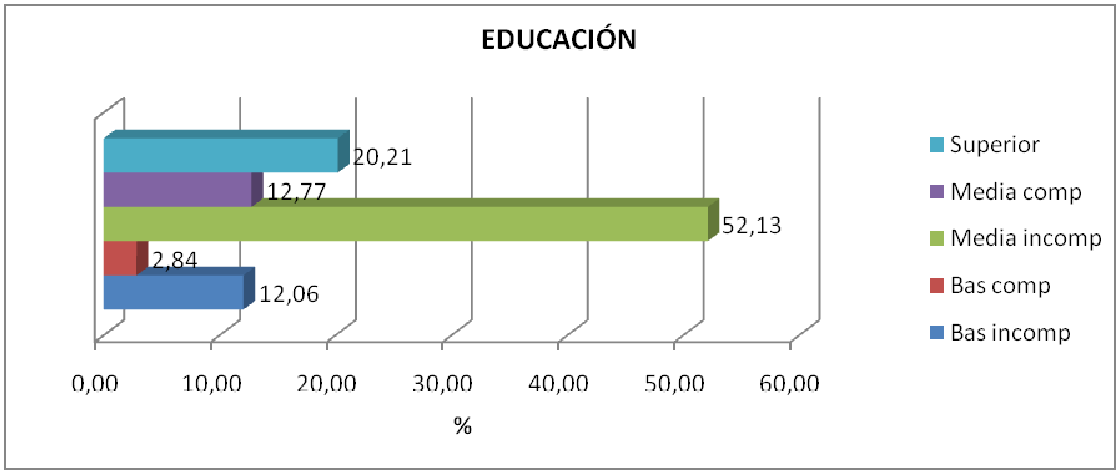


GRÁFICO N° 46

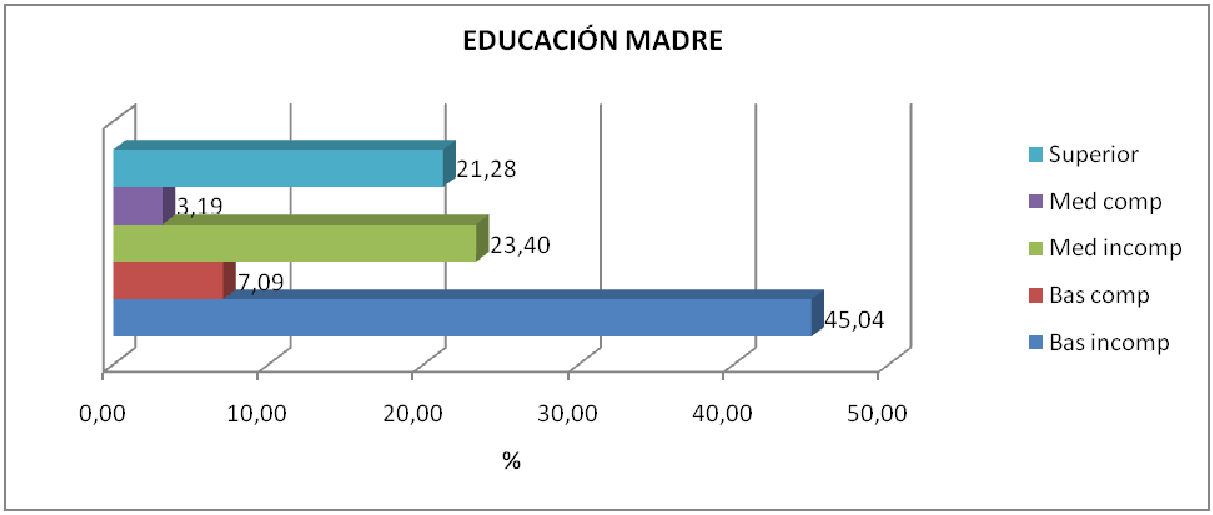


GRÁFICO N° 47

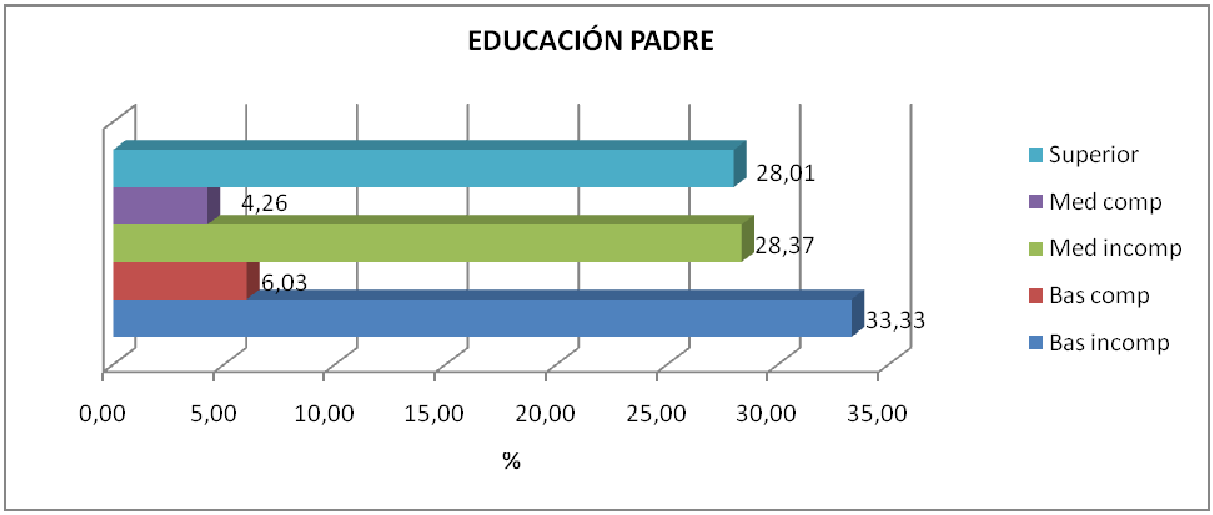


GRÁFICO N° 48

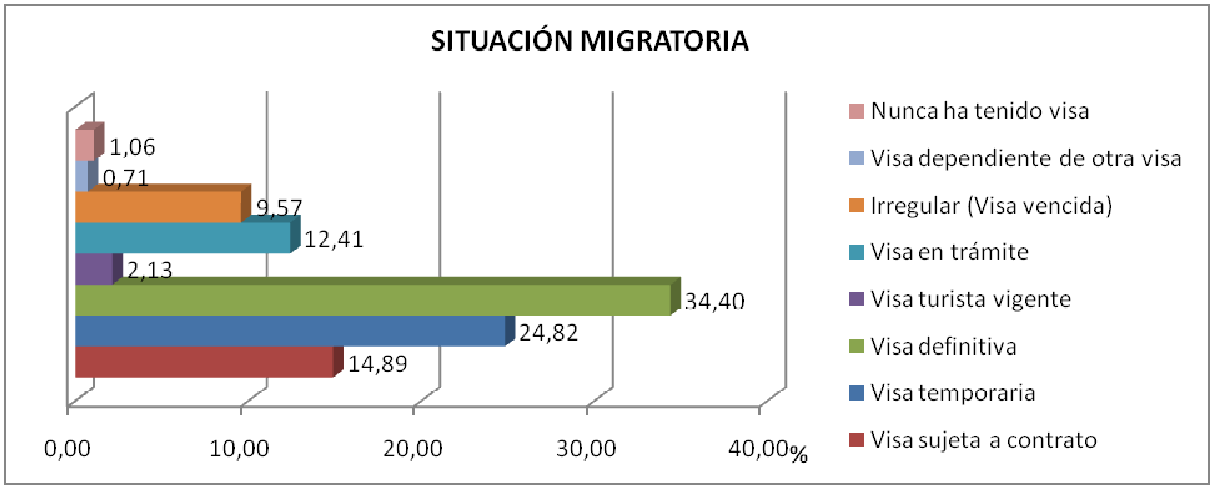


GRÁFICO N° 49

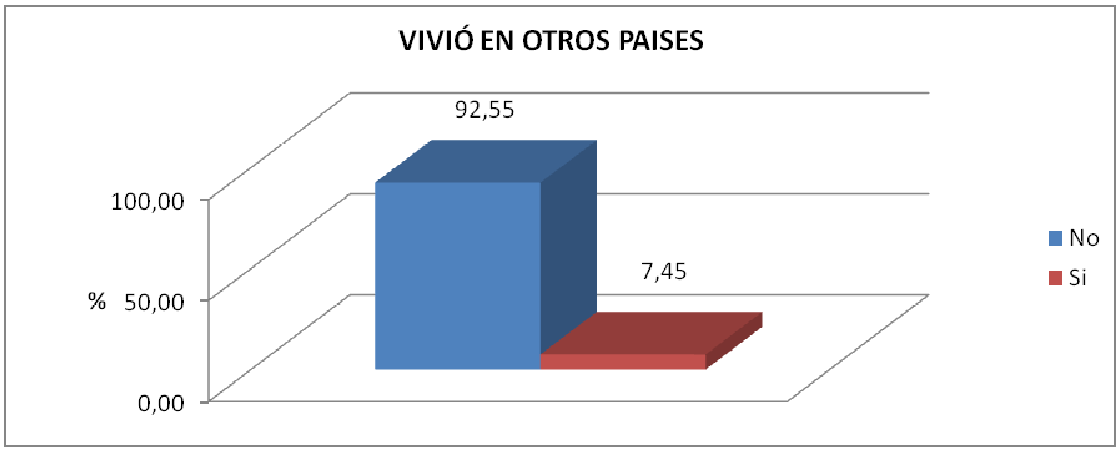


GRÁFICO N° 50

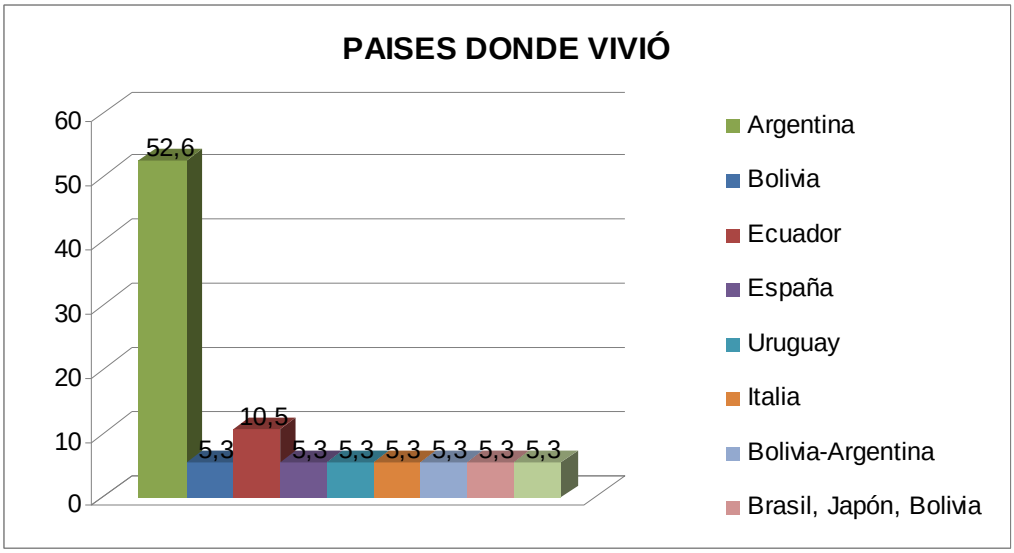


GRÁFICO N° 51

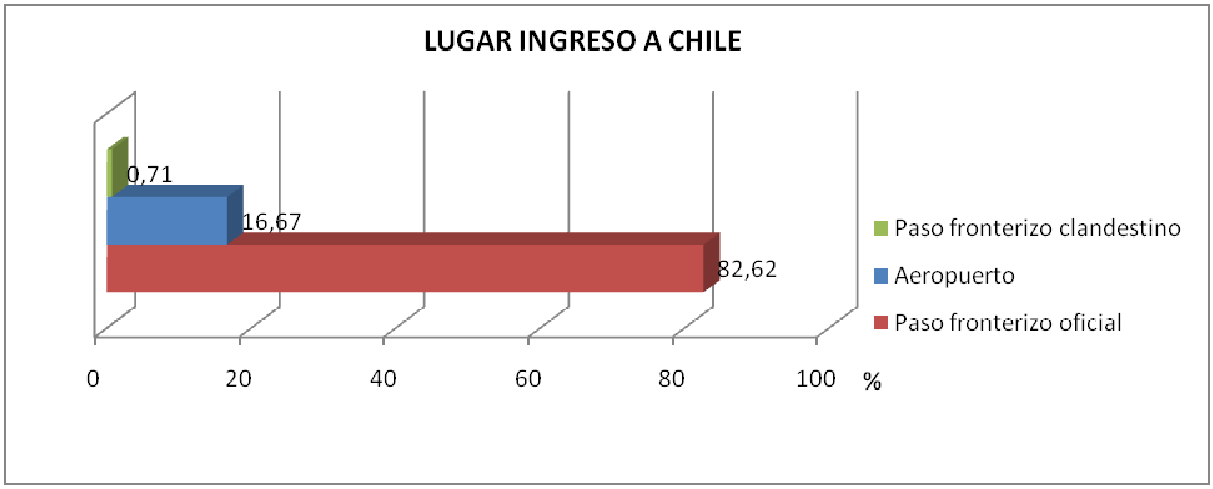


GRÁFICO N° 52

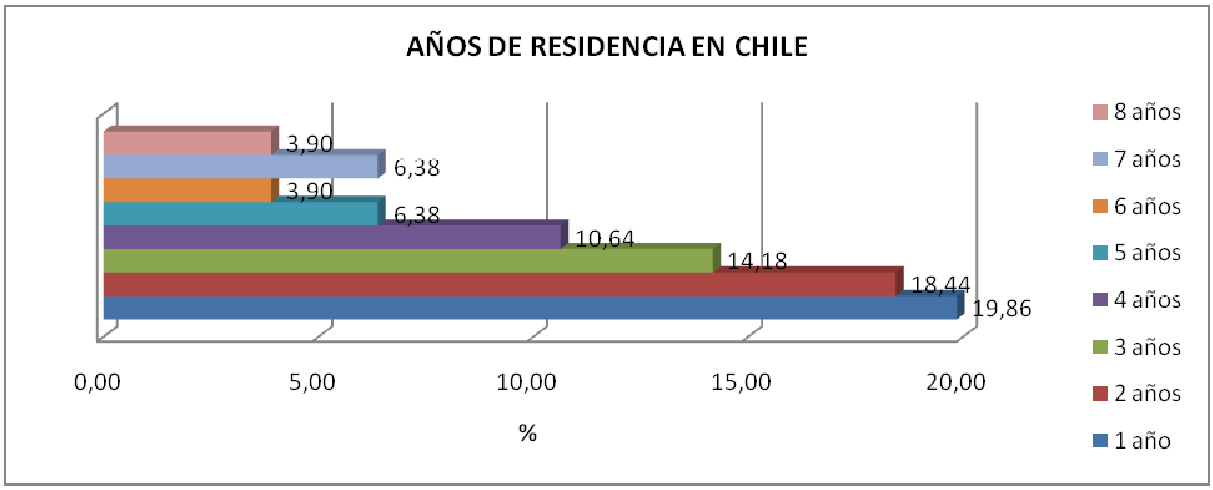


GRÁFICO N° 53

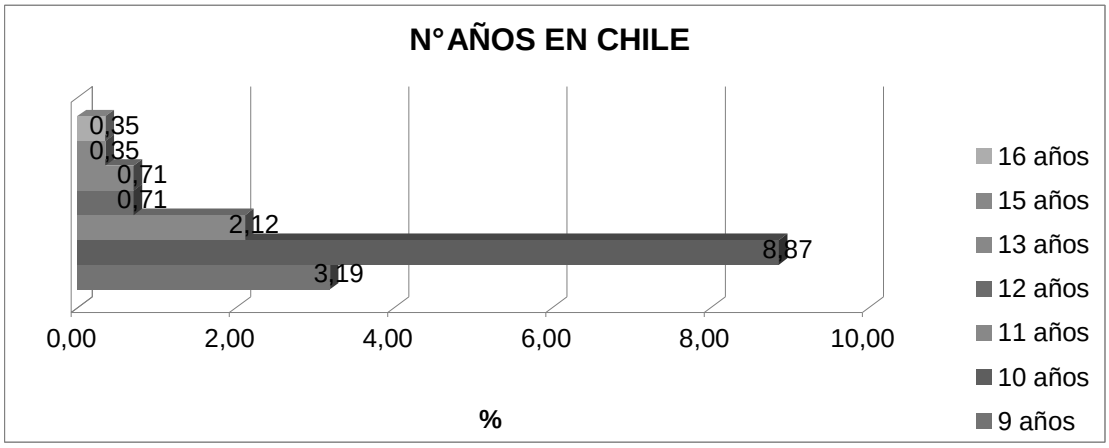


GRÁFICO N°54

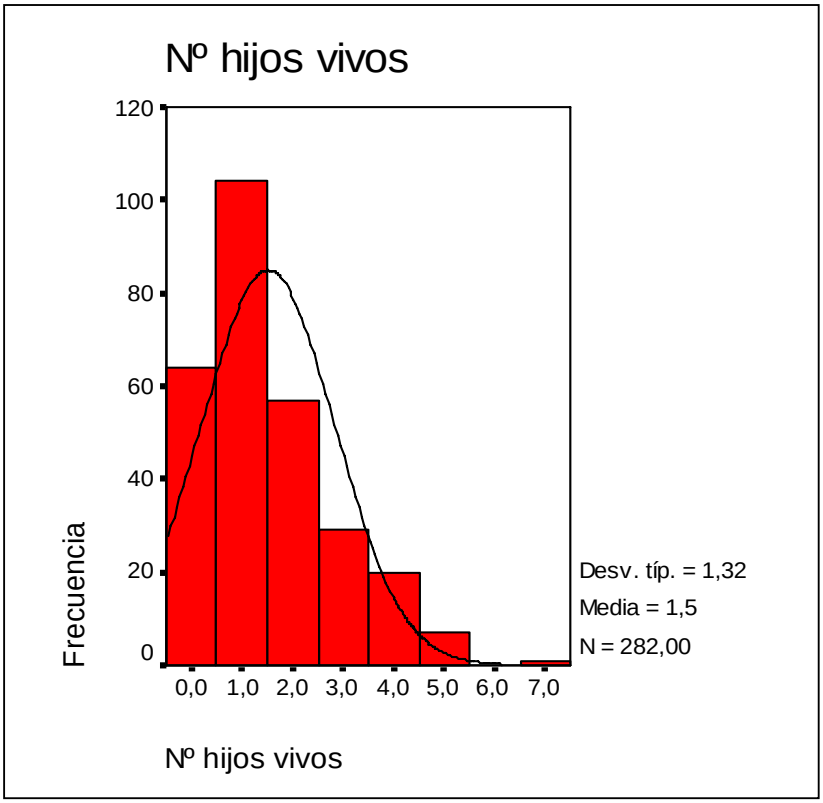


GRÁFICO N°55

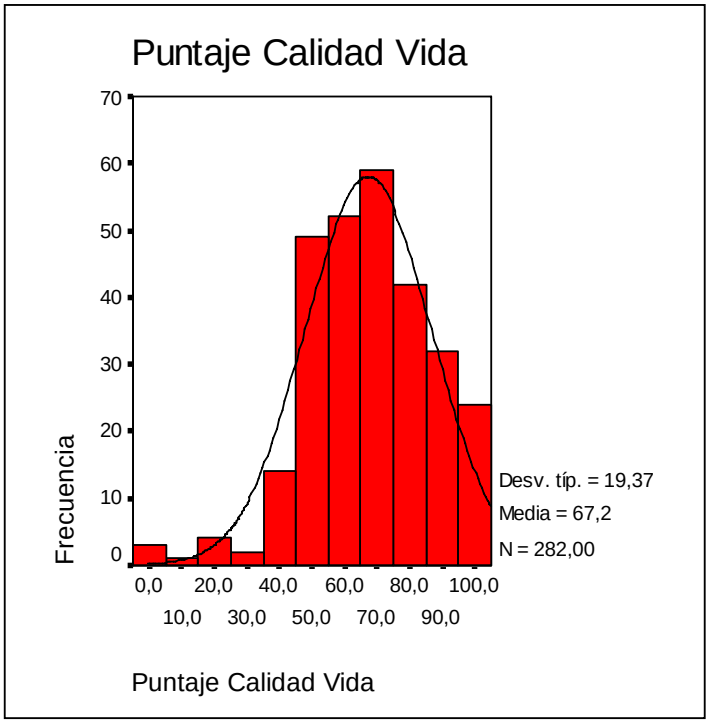


GRÁFICO N°56

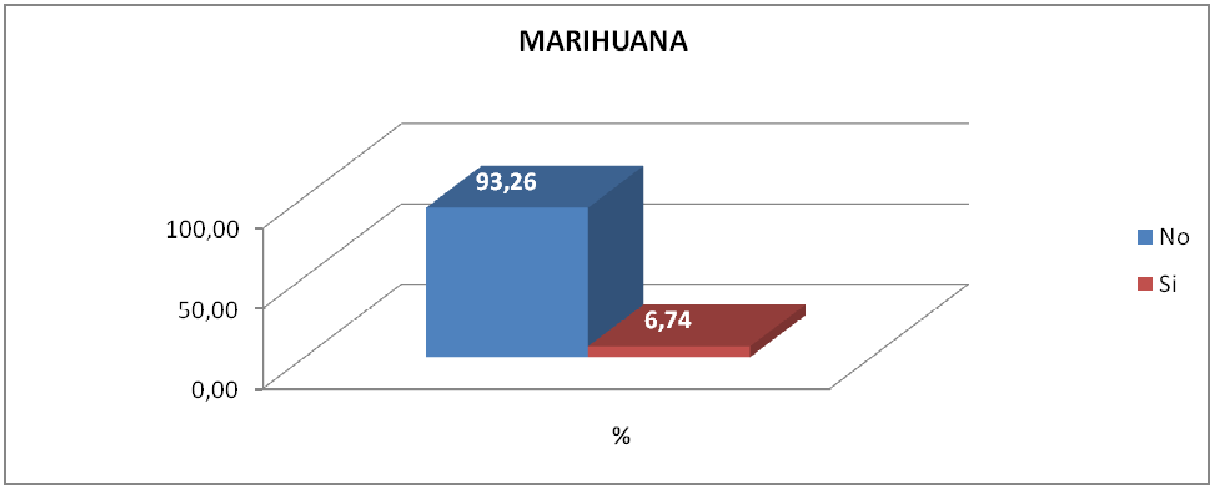


GRÁFICO N°57

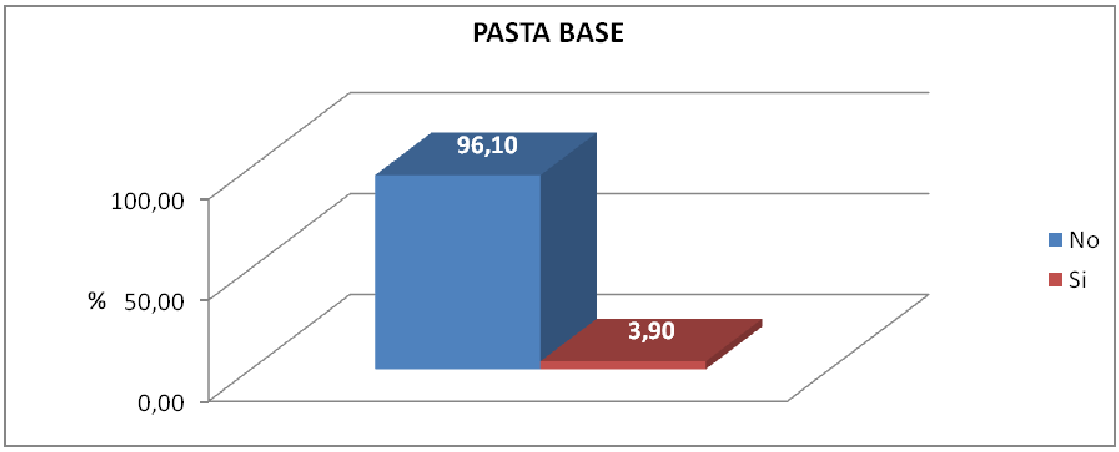


GRÁFICO N°58

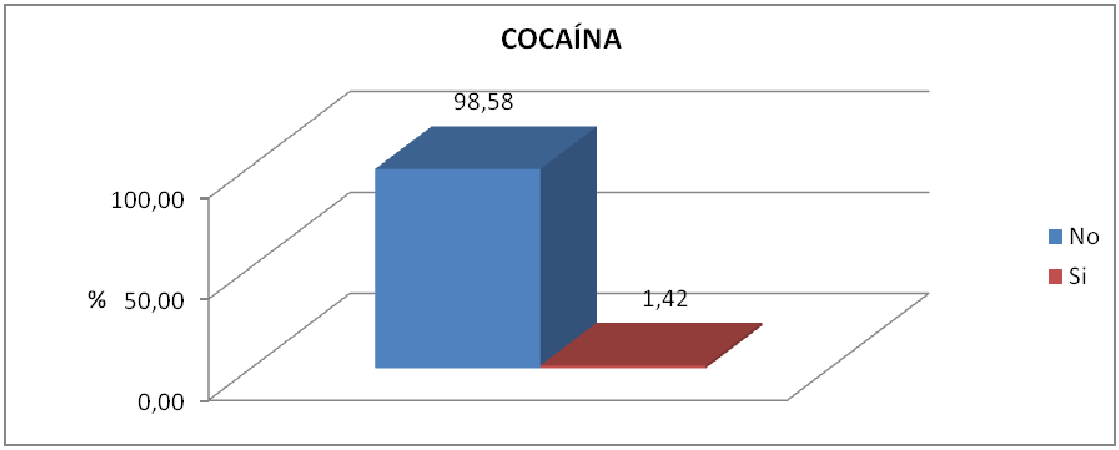


GRÁFICO N° 59

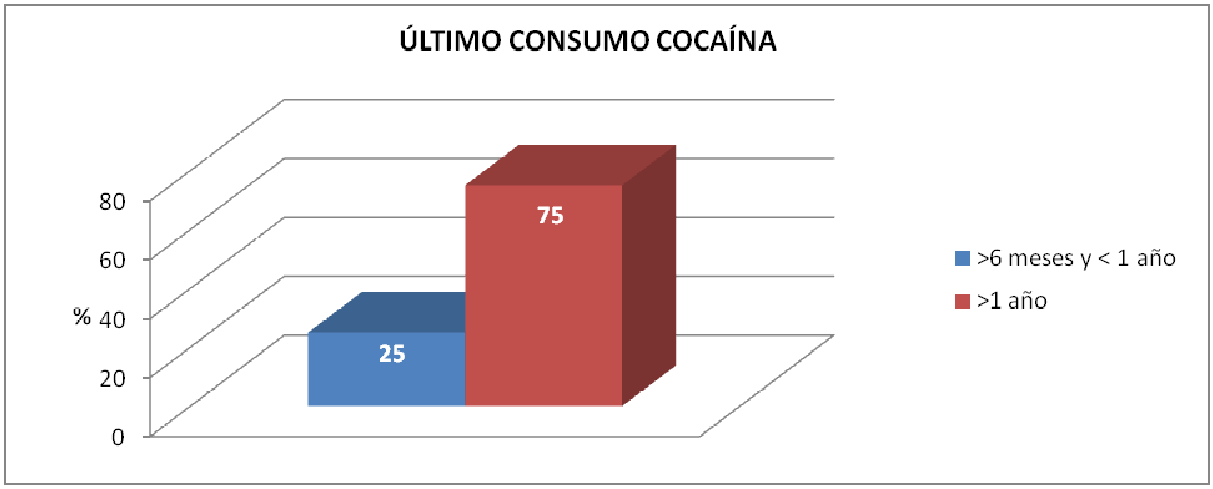


GRÁFICO N° 60

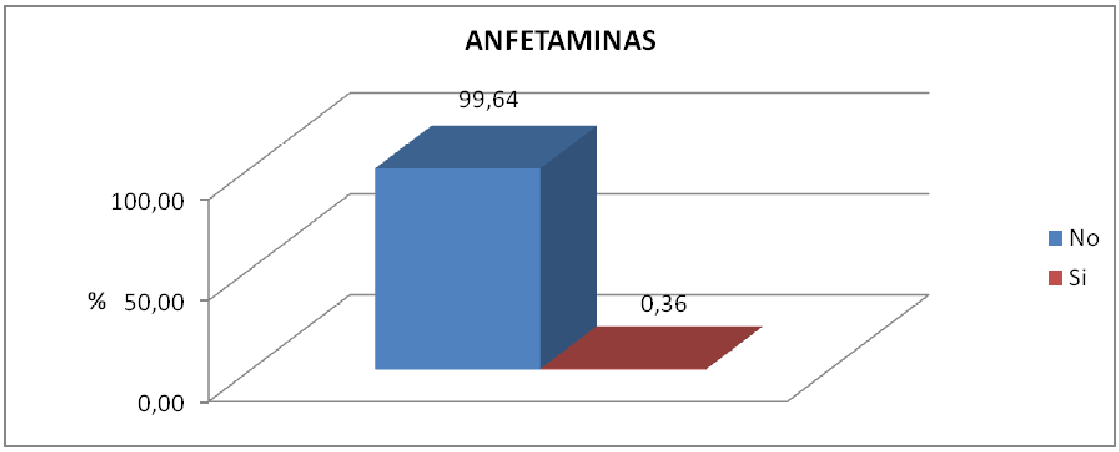


GRÁFICO N° 61

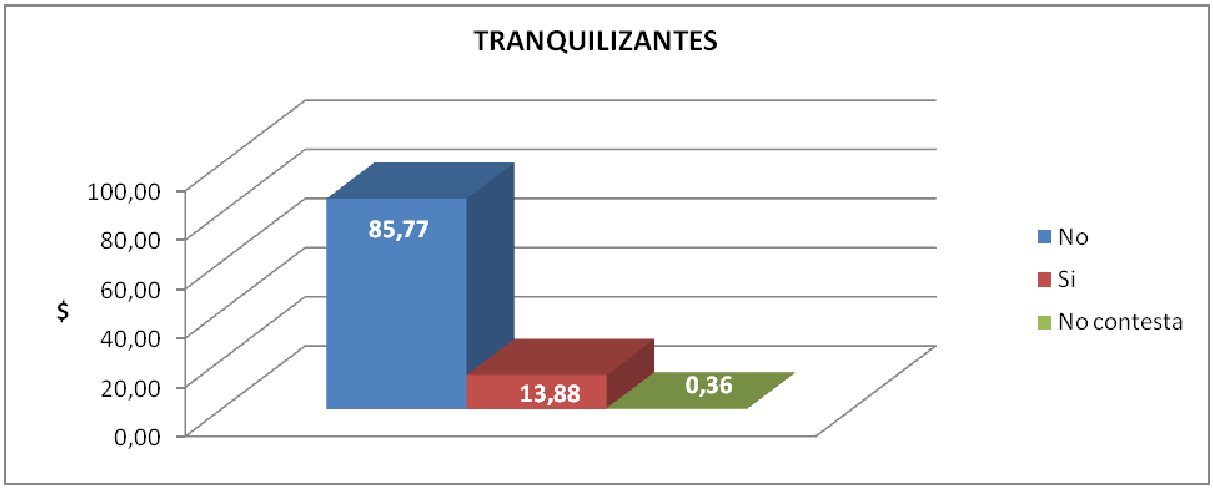


GRÁFICO N° 62

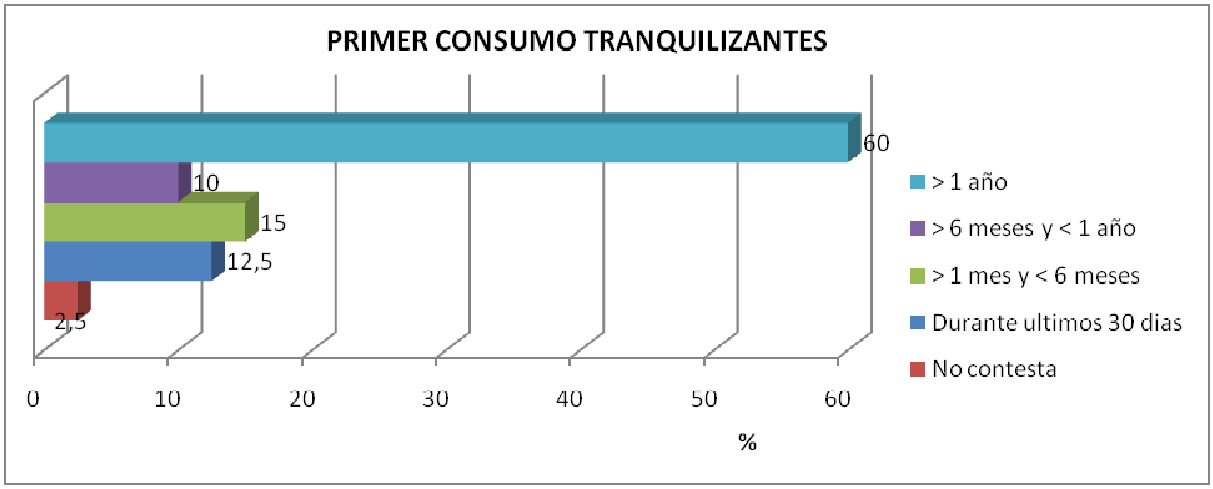


GRÁFICO N° 63

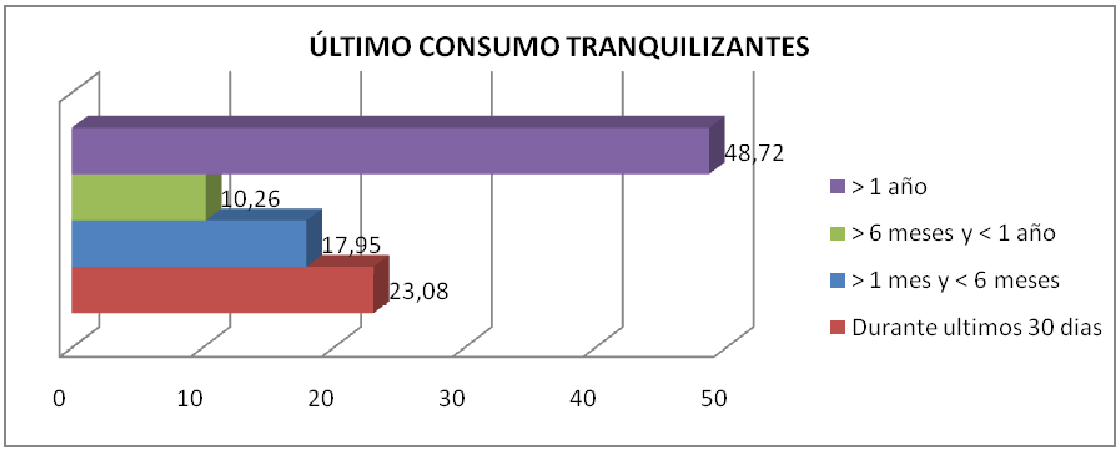


GRÁFICO N° 64

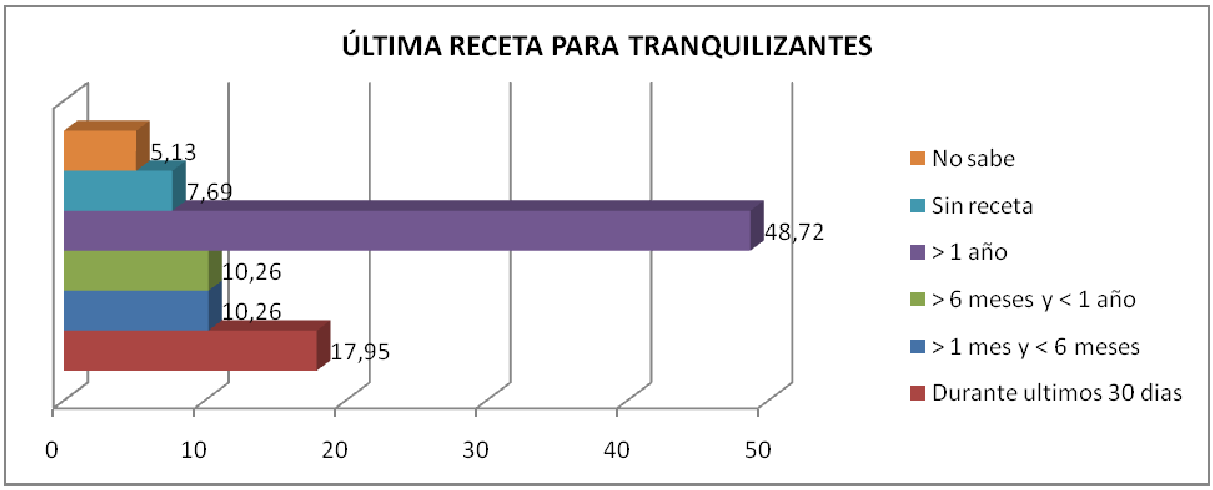


GRÁFICO N° 65

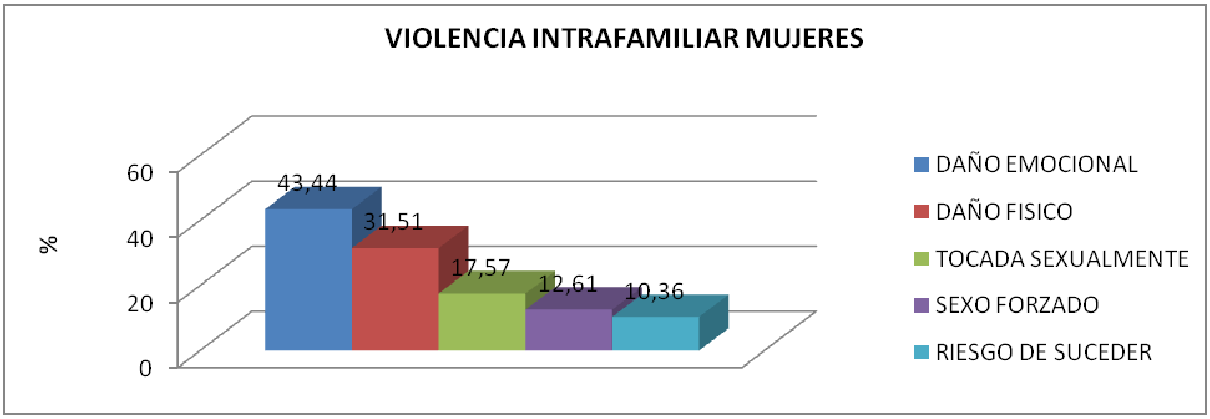


GRÁFICO N° 66

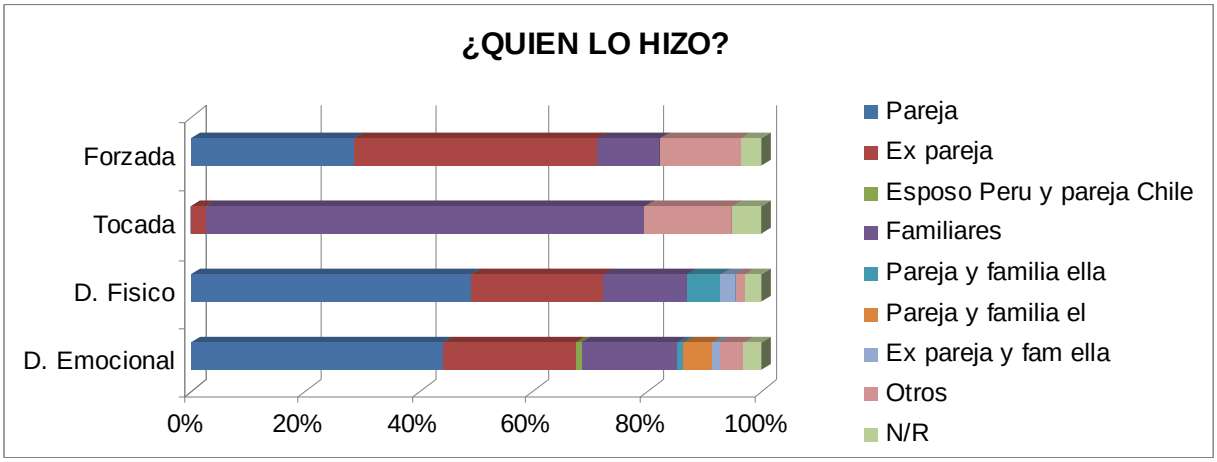


GRÁFICO N° 67

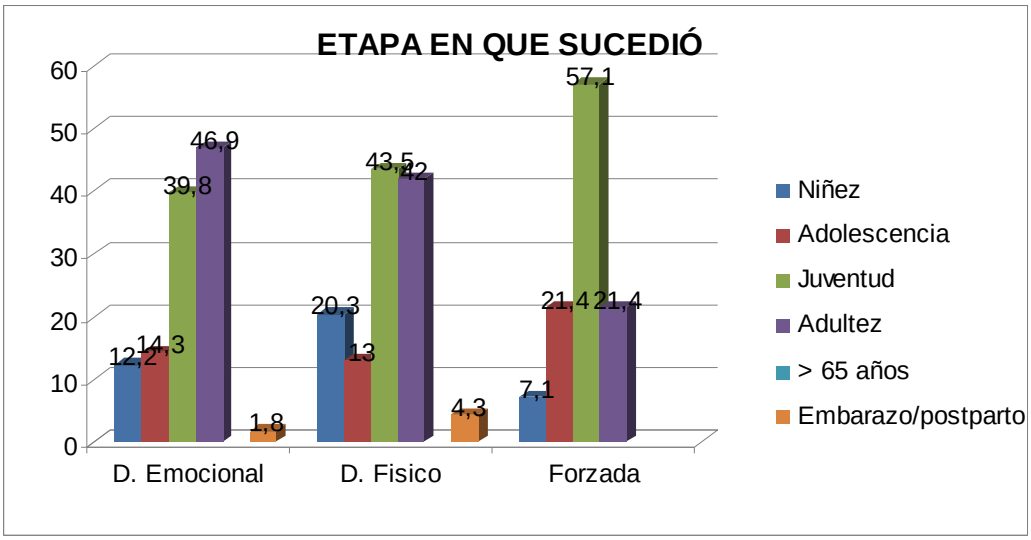


GRÁFICO N°68

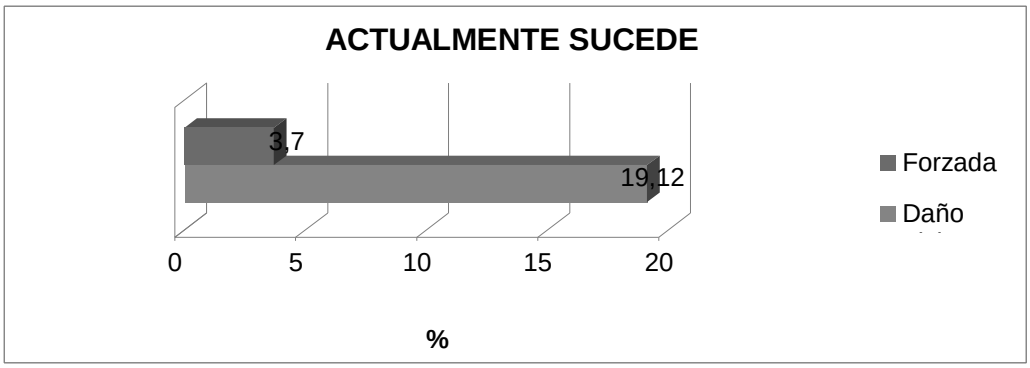


GRÁFICO N°69: PRESENCIA DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

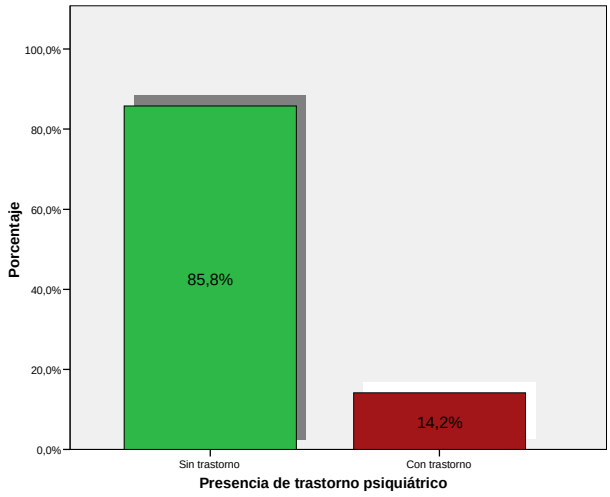


GRÁFICO N°70: PUNTAJE EN ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA (CIS-R)

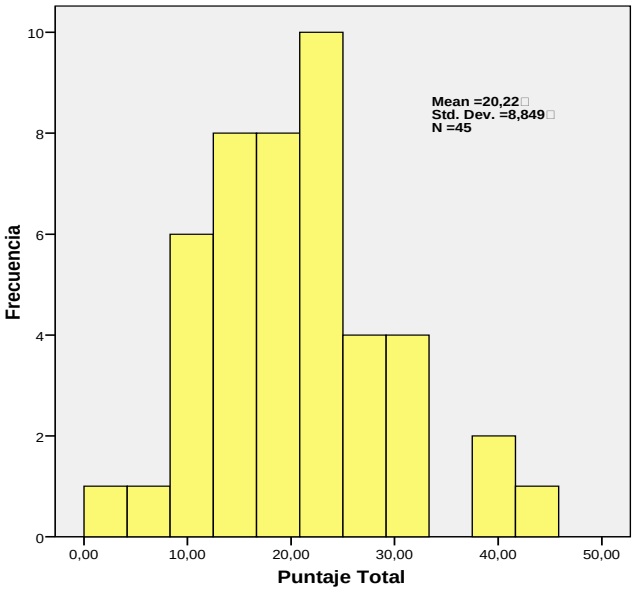


GRÁFICO N°71: PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

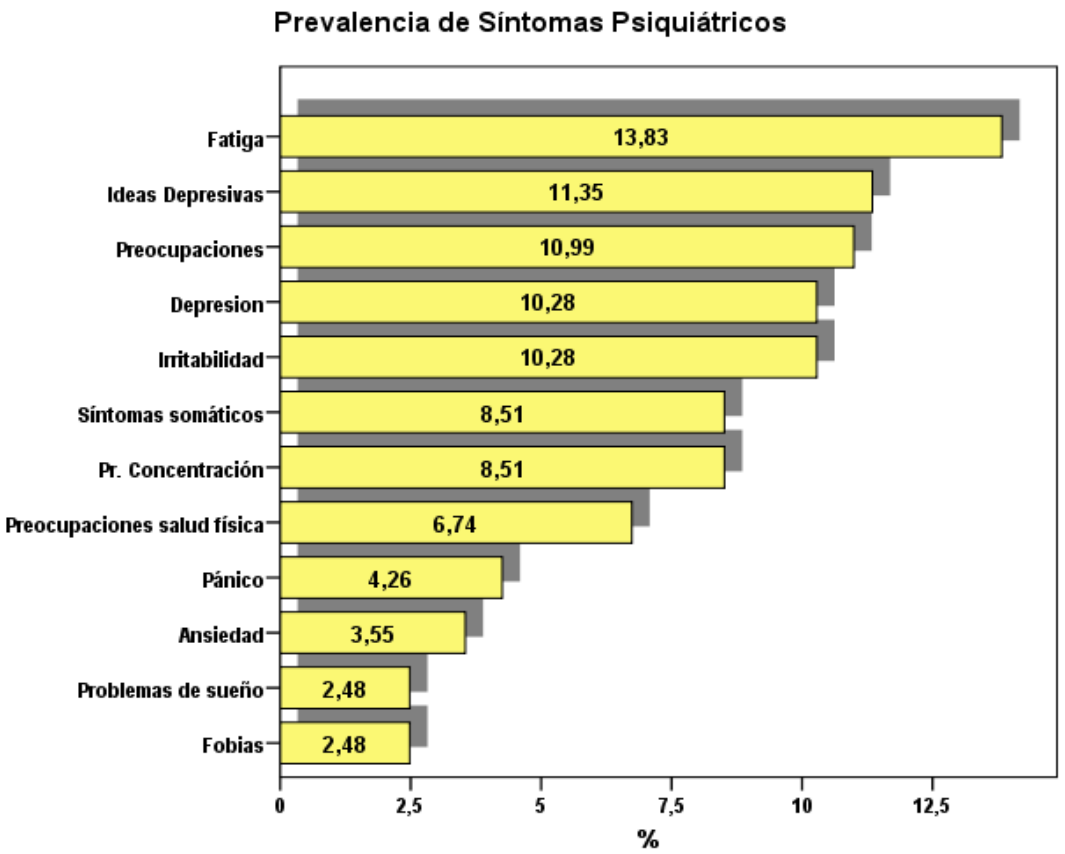


GRÁFICO N° 72: FRECUENCIA RELATIVA DE CUADROS PSIQU IÁTRICOS

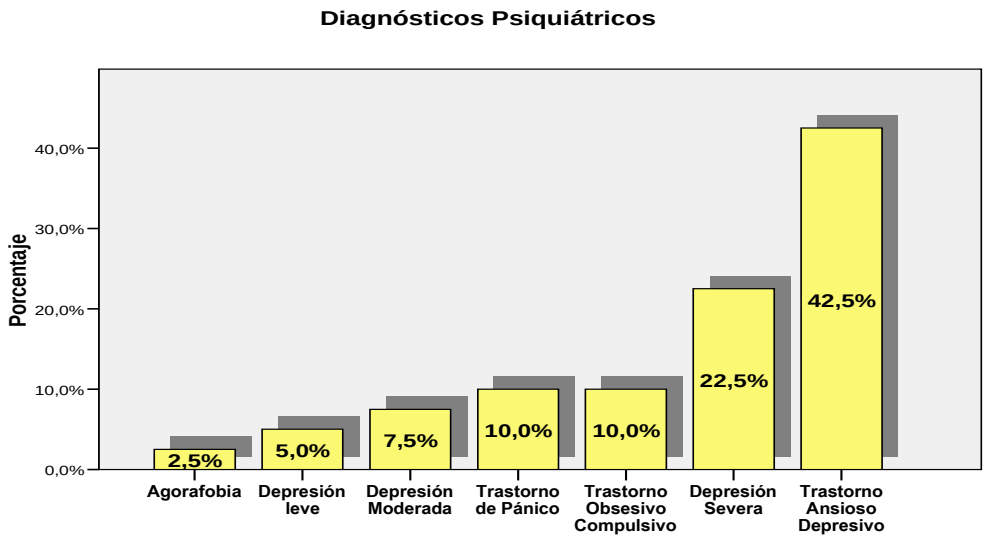


GRÁFICO N°73: SEXO DE LOS ESCOLARES

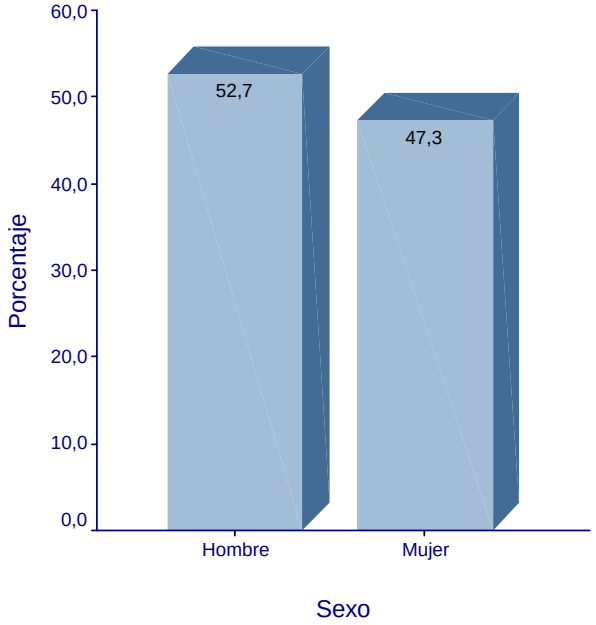


GRÁFICO N°74: DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LOS ESCOLARES

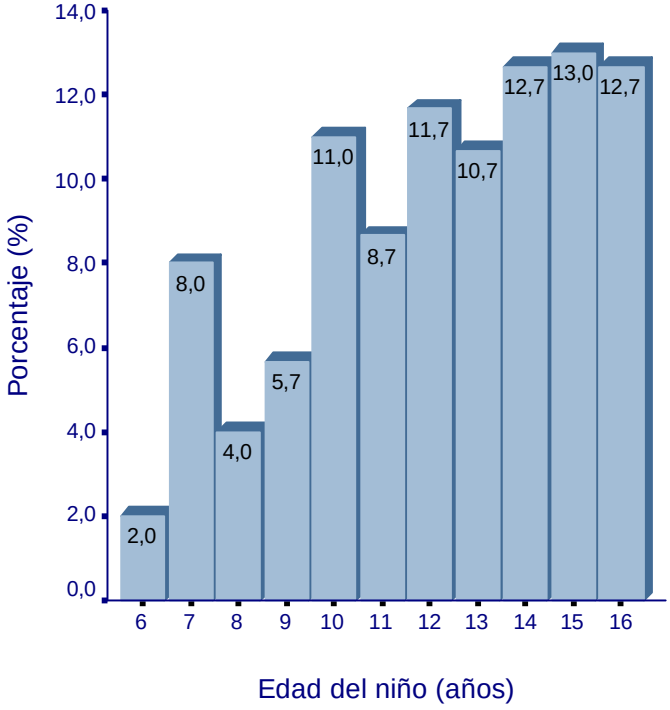


GRÁFICO N°75: PAÍS DE ORIGEN DEL ESCOLAR

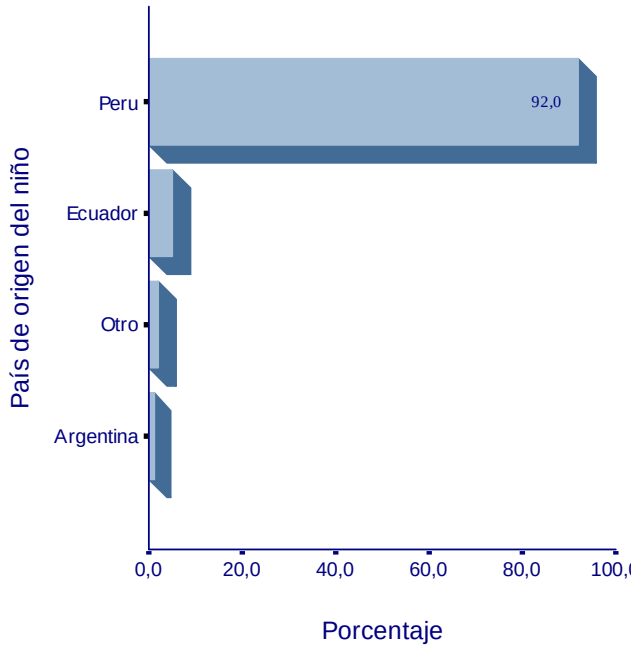


GRÁFICO N°76: AÑOS DE RESIDENCIA EN CHILE DEL ESCOLAR

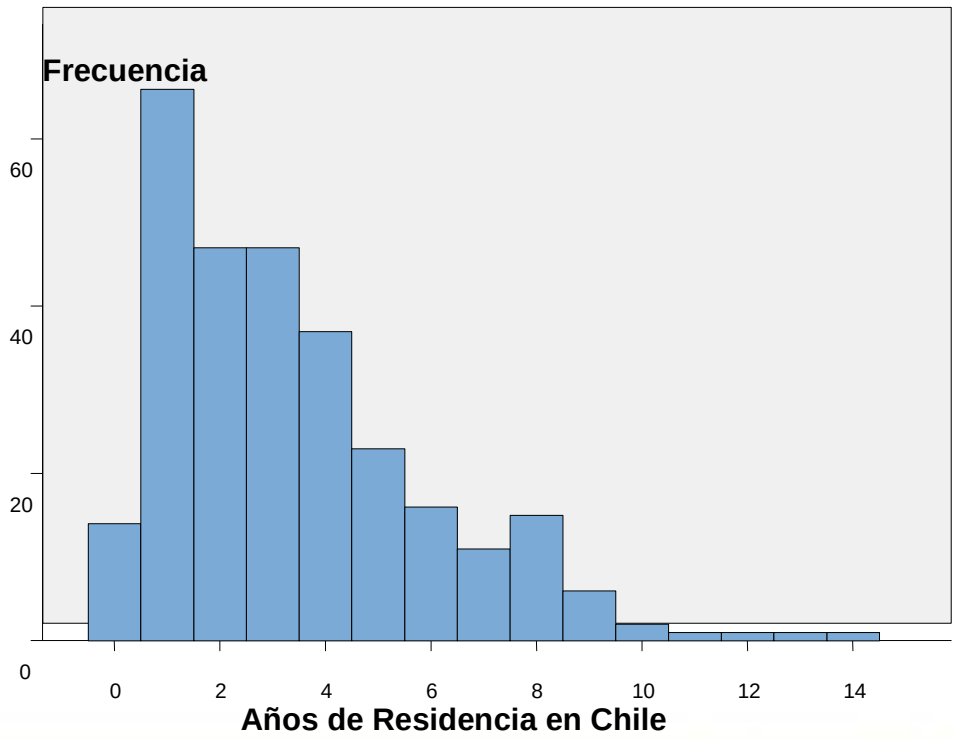


GRÁFICO N°77: DISTRIBUCIÓN DE CURSOS AL QUE ASISTEN LOS ESCOLARES

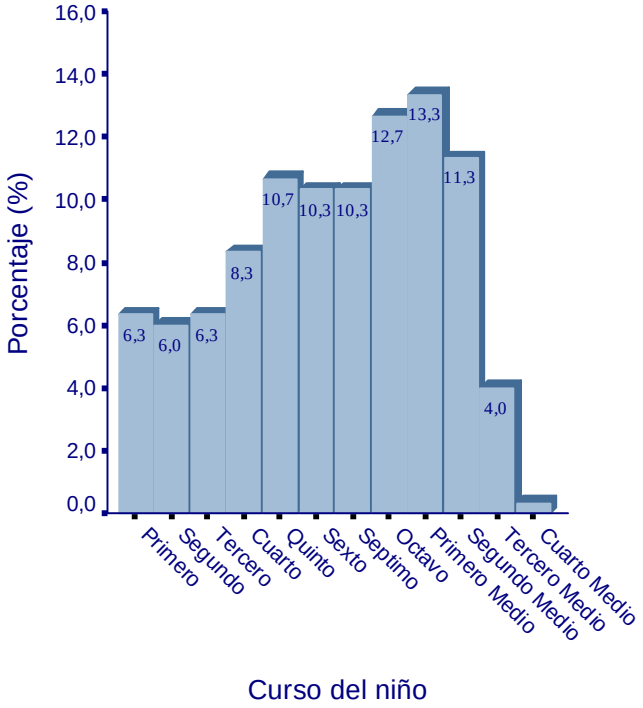


GRÁFICO N°78: DISTRIBUCIÓN DE LOS PROMEDIOS DE NOTAS DE LOS ESCOLARES

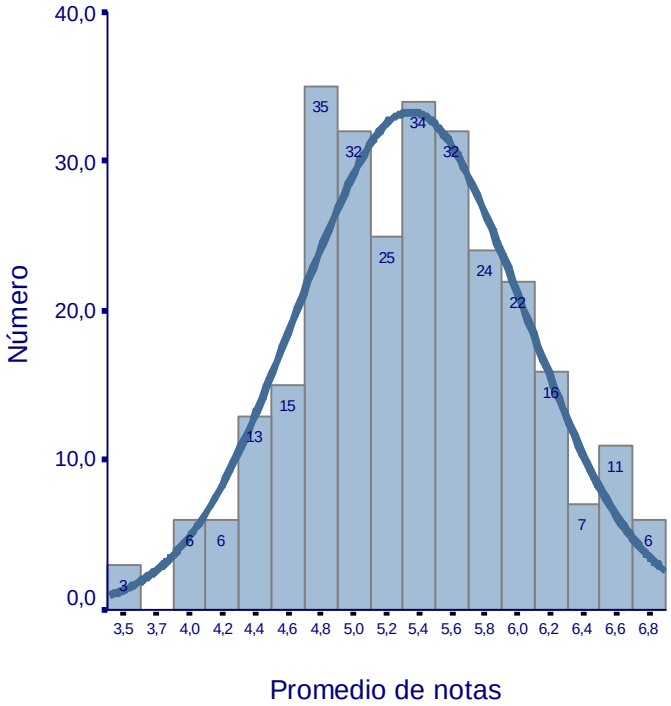


GRÁFICO N°79: DISTRIBUCIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS ESCOLARES CON RESPECTO DE SU CURSO

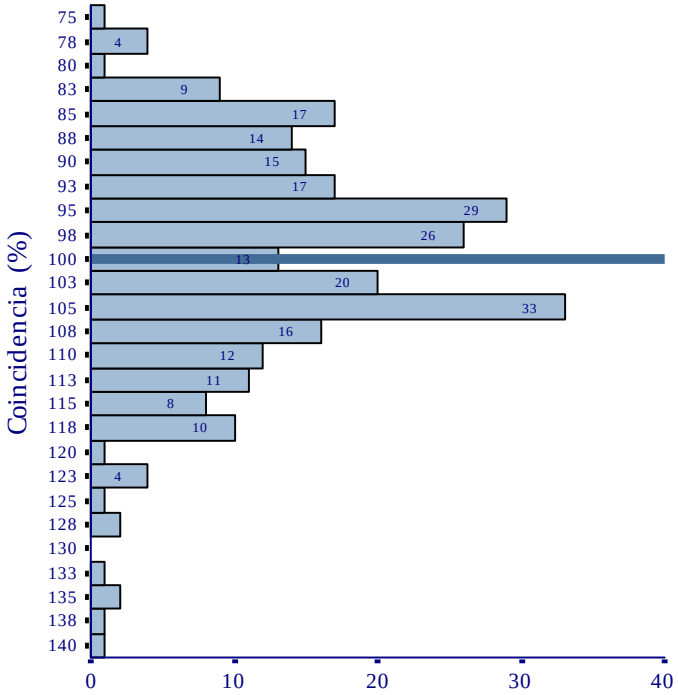


GRÁFICO N°80: NÚMERO DE COMPAÑEROS EXTRANJEROS

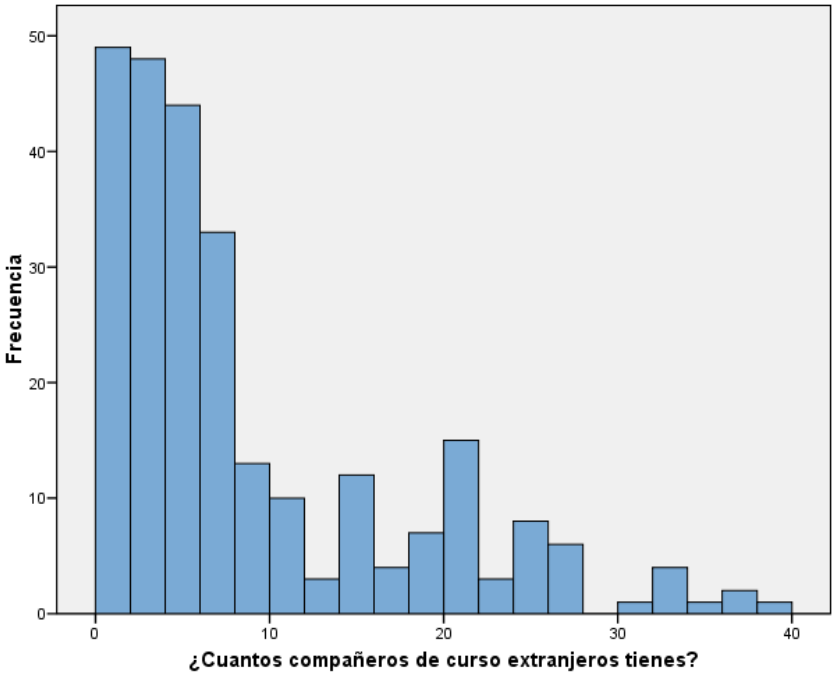


GRÁFICO N°81: RELACIÓN DEL APODERADO CON EL ESCOLAR

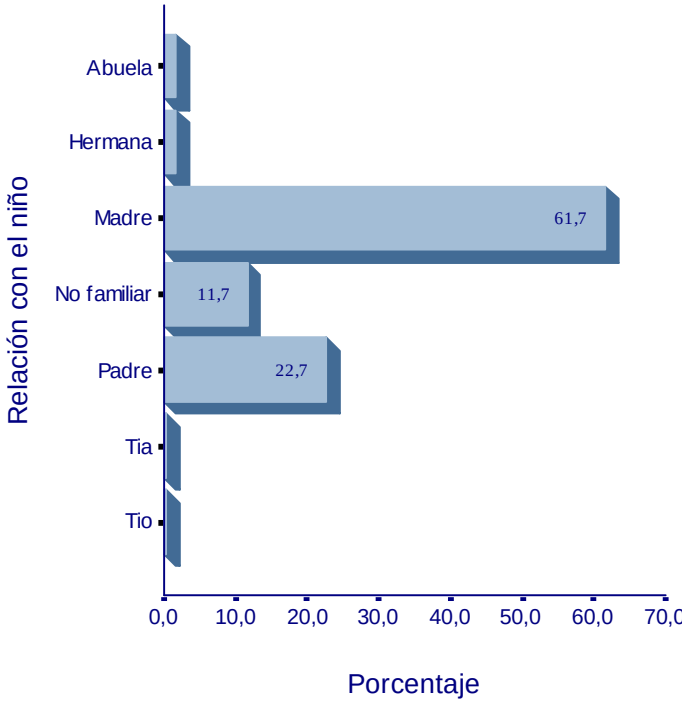


GRÁFICO N°82: LA MADRE DEL ESCOLAR ¿ALOJA EN LA MISMA CASA QUE SU HIJO TODAS LAS NOCHES?

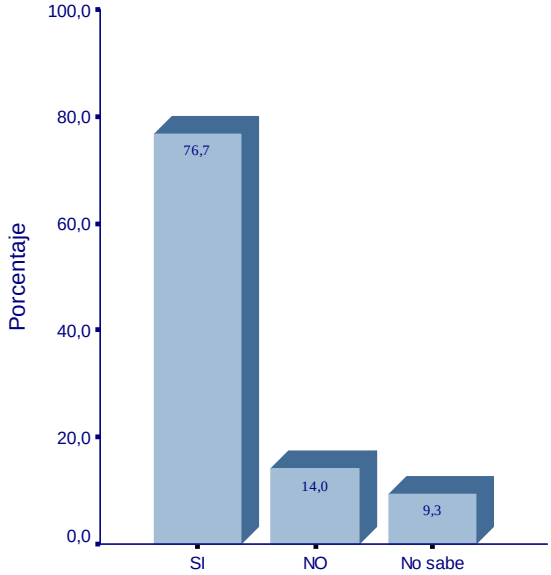


GRÁFICO N°83: ¿CUANTAS NOCHES DE LA SEMANA DUERME ELLA EN OTRO LUGAR?

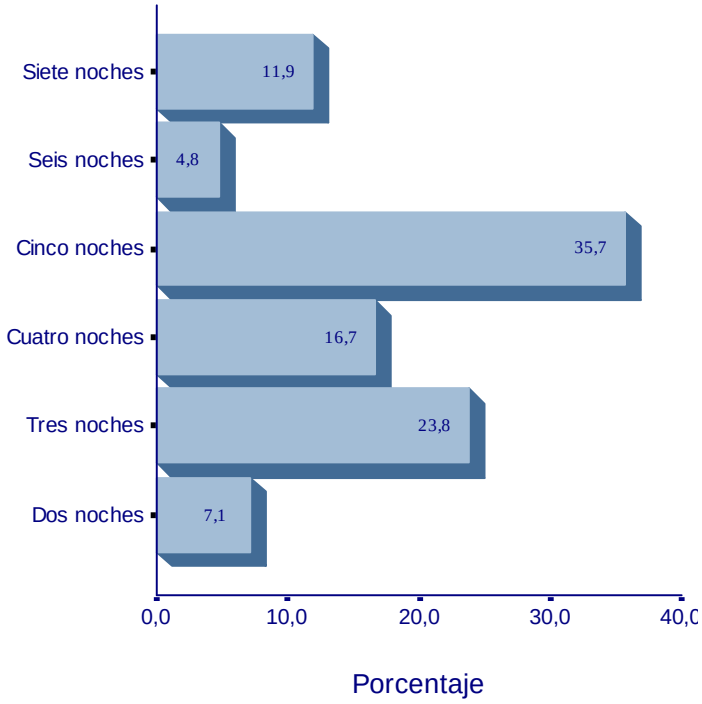


GRÁFICO N°84: PERSONA QUE ASUME LOS CUIDADOS

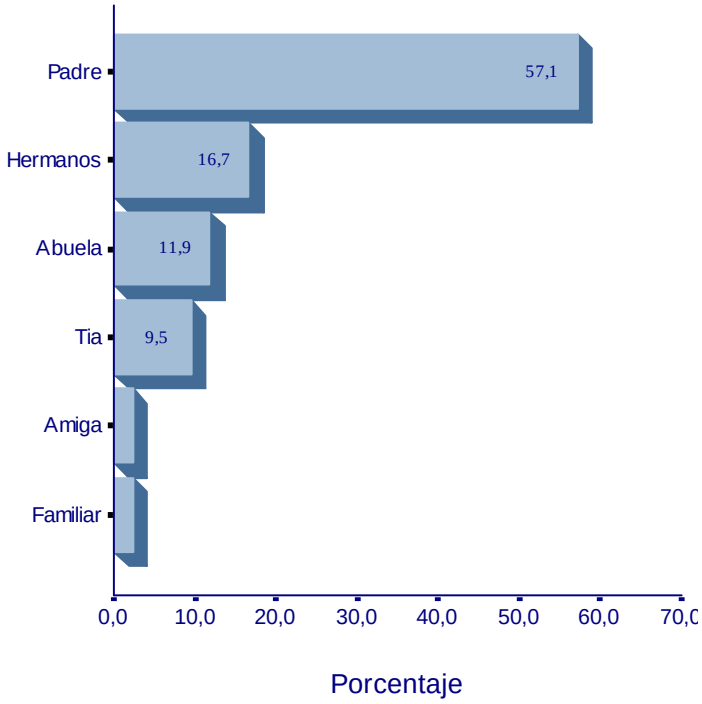


GRÁFICO N°85: RAZONES PARA NO CONSULTAR A PESAR DE RECONOCER UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL (SEGÚN EL APODERADO)

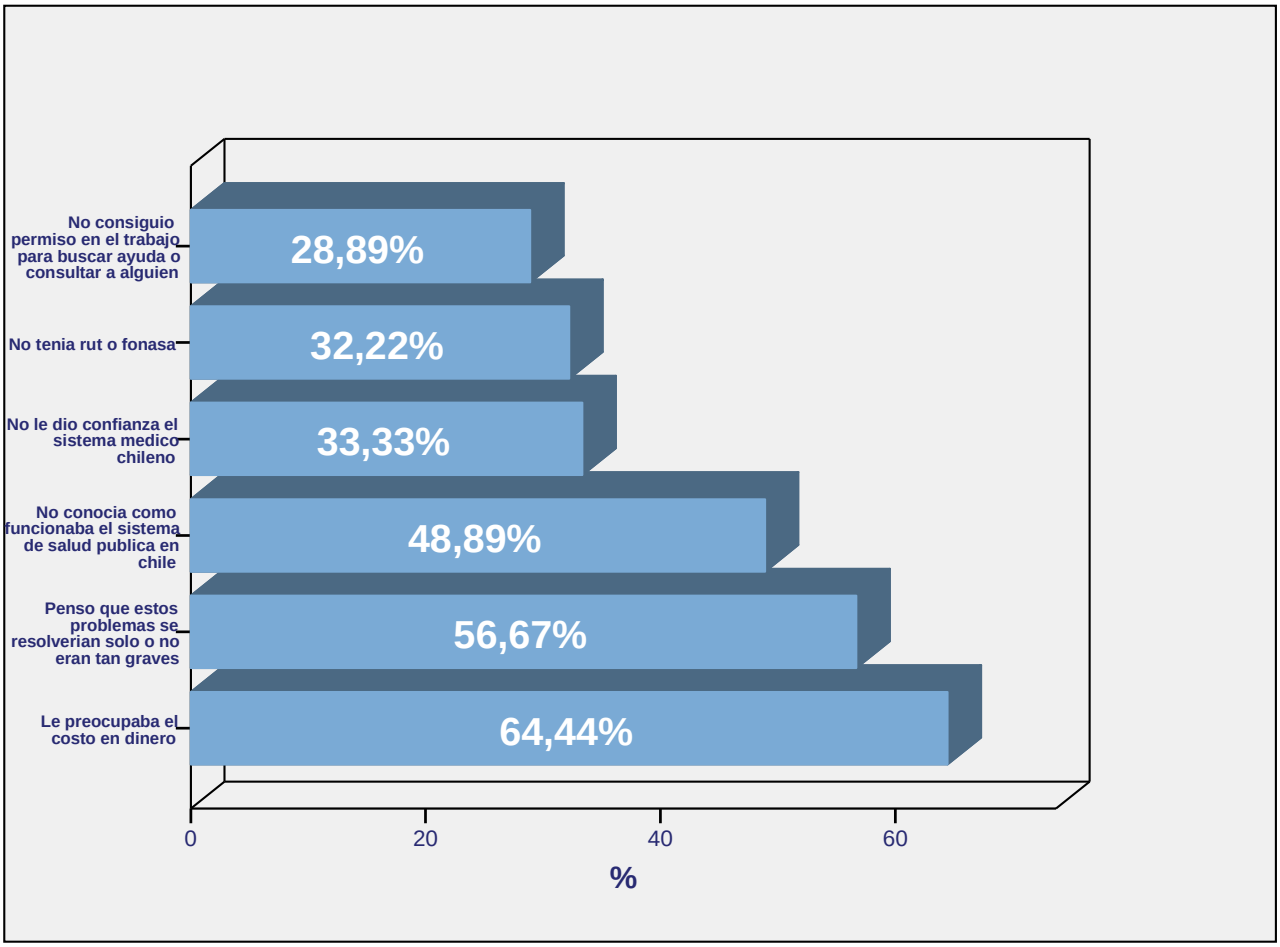


GRÁFICO N°86: PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIATRICA

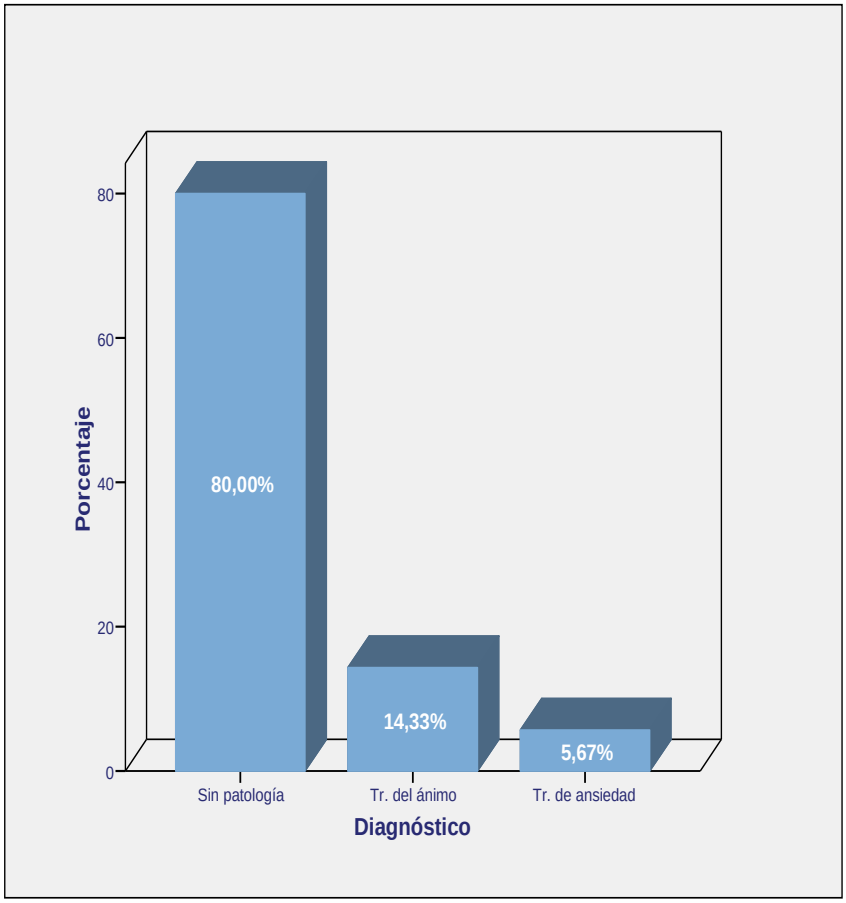


GRÁFICO N°87: PREVALENCIA DE MALTRATO ACTUAL

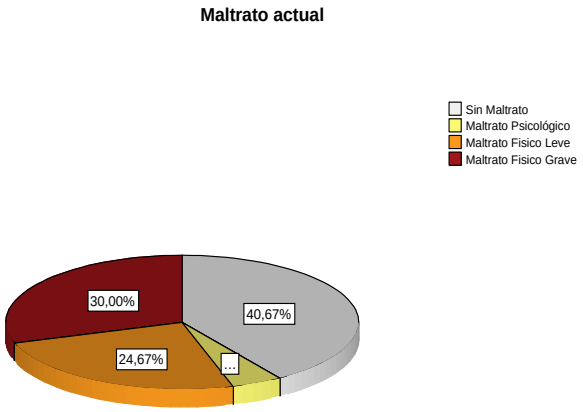


GRÁFICO N° 88: PREVALENCIA DE MALTRATO EN EL PAÍS D E ORÍGEN

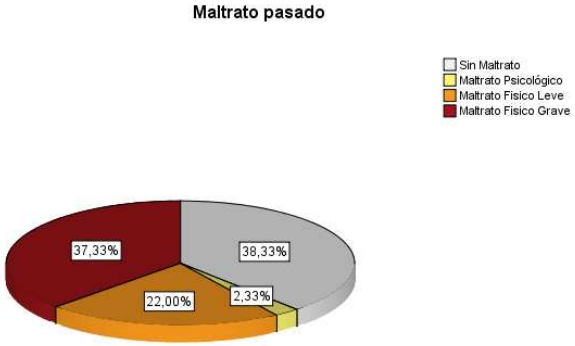
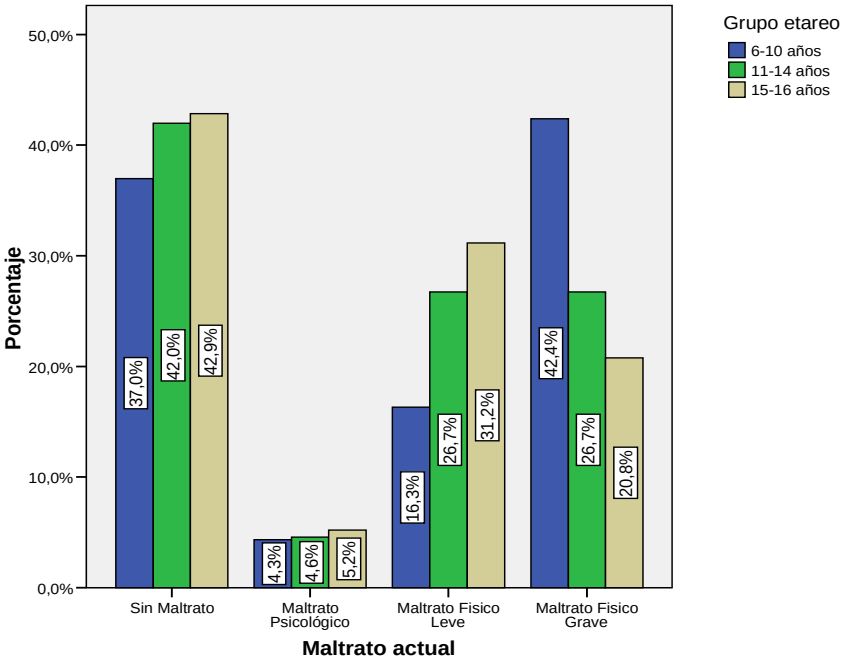


GRÁFICO N º 89: TIPO DE MALTRATO SEGÚN GRUPO ETAREO



GRUPO DE PROFESIONALES PARTICIPANTE

Báez, Verónica	Matrona	
Castro, Ariel	Magíster Epidemiología Clínica	Universidad de Chile
Cortez, Ana	Antropóloga	ONG
Díaz, Berta	Asistente Social	Profesor Asistente Universidad de Chile
Fritsch, Rosemarie	Médico Psiquiatra	Profesor Asistente Universidad de Chile
Guajardo, Viviana	Magíster Epidemiología Clínica	Universidad de Chile
Rojas, Graciela	Médico psiquiatra	Profesor Titular Universidad de Chile
Sepúlveda, Rodrigo	Antropólogo	Universidad de Chile
Torres, Pamela	Magíster Salud Pública	Universidad de Chile