

Revisión Completa y Análisis a fondo de Asuntos de Salud Mental Hispana

*Con Especial Atención a los Miembros de los Sigüientes Grupos Étnicos:
Cubanos, Dominicanos, Mexicanos y Puertorriqueños.*

Compilado por:
Peter J. Guarnaccia, Ph. D.
Profesor y Antropólogo Médico
Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research
Rutgers, The State University of New Jersey
&
Igda Martínez, B.A.
Asistente de Investigación
Center for State Health Policy
Rutgers, The State University of New Jersey

Colaborador:
Henry Acosta
Director del Proyecto
Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos

Reporte compilado y de la propiedad de:
Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos.
Un proyecto de:
New Jersey Mental Health Institute, Inc.
Fundado por: New Jersey Association of Mental Health Agencies, Inc.

© 2003 New Jersey Mental Health Institute, Inc.

Esta Revisión Análisis fueron posibles gracias al financiamiento de Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos por la Fundación Ely Lilly y Compañía.

Esta traducción fue posible gracias al financiamiento por la compañía, Eli Lilly y Compañía.

Contenido

I. Introducción.....	2
II. Temas claves: Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos	3
III. Antecedentes Socio-Culturales de los Hispanos en Los Estados Unidos	6
A. Cubano-americanos	6
B. Dominicanos	7
C. México-americanos	8
B. Puertorriqueños.....	10
IV. Estado de la Salud Mental de los Hispanos.....	12
A. Encuesta sobre el Examen de Salud y Nutrición Hispana.....	12
B. El Estudio ECA de Los Angeles	13
C. Otros estudios de México-americanos	14
D. Estudios en Puerto Rico.....	15
E. Estudio de los Refugiados Cubanos	16
F. Estudios de Prevalencia y servicios para México-americanos (MAPPS)	16
G. Estudio Nacional Sobre Latinos y Asiático-americanos (NLAAS)	17
V. Utilización de los servicios de Salud Mental por los Hispanos.....	17
VI. Barreras para los Hispanos obtener servicios de Salud Mental	19
VII. Mejores prácticas de la Salud Mental para los Hispanos	21
VIII. APENDICES	25
Valoración Social y Cultural de los Inmigrantes Hispanos.....	25
IX. Referencias	27

I. Introducción

A raíz de raíz de la publicación nacional de varios reportes, el New Jersey Mental Health Institute, Inc. (NJMHI), el Instituto de Salud Mental de Nueva Jersey, Inc., fruto de la New Jersey Association of Mental Health Agencies, Inc, la Asociación de Agencias de Salud Mental de Nueva Jersey, Inc., identificó y aceptó los retos de facilitar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud mental para Hispanos. Estos reportes señalan muy claramente el significativo crecimiento en el número de estos en los Estados Unidos, proyectan cuál será su incremento dentro de algunas décadas, señalan así mismo, el limitado uso de los servicios de salud mental por este grupo, su excesiva representación en grupos vulnerables y con grandes problemas como la falta de vivienda y encarcelamiento, así como las discrepancias que existen en la calidad de los servicios de salud, que como grupo étnico se les proporciona. Los reportes también exhortan a las instituciones tanto federales y estatales, así como locales, públicas y privadas, a tomar las medidas necesarias para poder entender mejor y poder identificar las barreras con las que se enfrenta la población hispana, al no conocer cuáles son los medios a los que pueden recurrir para poder tener acceso a los servicios de salud mental. El NJMHI está tomando acciones por medio del proyecto: “Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos” y abre sus puertas, no solamente para incrementar el acceso de los Hispanos a los servicios de salud mental, sino también para mejorar la calidad de los servicios que ellos reciben.

La meta principal de “Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos” es: Entender los patrones de creencias y conductas de los Hispanos, conocer las barreras que enfrenta la población hispana con riesgo, cuando tiene la necesidad de recurrir a servicios de salud mental e implementar estrategias efectivas para superarlas. Estos objetivos están enfocados en la investigación profunda, lo que implica la revisión y el análisis exhaustivo de publicaciones y la conducción de nuestro propio estudio; la creación de un modelo que incluya las mejores prácticas para las agencias y profesionales de la salud mental; difusión a nivel nacional de un boletín trimestral, ofrecer conferencias y entrenamiento y un componente evaluativo. El proyecto también tiene como objetivo crear más conciencia, entendimiento y aceptación en la población hispana, que sufre enfermedades mentales y así poder ofrecerles vías directas de acceso a los servicios de salud para su tratamiento.

El siguiente reporte, el cual fue elaborado específicamente para “Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos”, ofrece una revisión amplia de publicaciones profesionales sobre temas de salud mental en lo que se refiere al uso, por parte de los Hispanos, de los servicios de salud mental, sobre las mejores prácticas clínicas y sobre las barreras que existen para el tratamiento. Este informe está enfocado hacia los siguientes grupos étnicos: Cubanos, Dominicanos, Mexicanos y Puertorriqueños. Contiene, al mismo tiempo, información sobre los antecedentes sociales y culturales de los Hispanos que viven en los Estados Unidos y proporciona un análisis de lo que se conoce hasta la fecha, de las lagunas que aún existen en la investigación, así como de la disponibilidad del servicio y recomienda cuáles deben ser las medidas a tomar para el futuro.

Te damos la bienvenida para que emprendamos juntos la jornada, para que se incremente el acceso y se mejore la calidad de los servicios de salud mental para los hispanos. Estamos seguros que todos unidos, lograremos el cambio. Para lograrlo, tenemos que empezar por entender desde su raíz, los problemas por los que estos están pasando y entonces, detenernos a escuchar a todos aquellos a quienes les ha impactado la desigualdad, comprometerlos con las soluciones y de esta forma mantenernos firmes y con mucha vehemencia en nuestros esfuerzos.

II. Temas claves: “Cambiando Mentes y Avanzando la Salud Mental para Hispanos”

1. Salud Mental Hispana

- Conforme a los resultados obtenidos de extensos estudios epidemiológicos, se encontró que de los cuatro grupo mayoritarios, los Puertorriqueños, dentro de su territorio, son los que tienen el nivel más bajo en cuanto a su salud mental, hallazgo que resulta muy paradójico ya que ellos son ciudadanos Estadounidenses y deberían ser en particular, el foco de prevención y en quienes se deberían redoblar los esfuerzos para facilitar los cuidados de salud mental.
- Poco se sabe sobre la salud mental de los Dominicanos, en particular de todos aquellos que son indocumentados. El tema del racismo juega un papel preponderante entre ellos. Se necesitan trabajos de investigación más profundos sobre el estado de su salud mental.
- Parece que entre más se van adaptando los Hispanos a la sociedad Norteamericana, su salud mental empeora. Encontramos que este fenómeno se observa más entre los México-americanos. Esto es particularmente cierto, al referirnos a los desórdenes mentales por consumo y abuso de sustancias. Es necesario que se tomen las medidas preventivas necesarias, para evitar que se generen problemas de salud mental en los recientes inmigrantes.

2. Uso de los Servicios de Salud Mental por Hispanos.

- Los Hispanos tienen la tendencia a no utilizar los servicios de salud mental. Este fenómeno se puede encontrar más en los México-americanos que en los Puertorriqueños y Cubanos. Al mismo tiempo, los inmigrantes tienden a no solicitar ayuda para resolver sus problemas de salud mental, diferente a sus homólogos nacidos en los Estados Unidos. Gran parte de las investigaciones sobre el limitado uso de los servicios de salud se hicieron con México-americanos. No se tienen datos precisos sobre las costumbres, ni las necesidades que tienen los Dominicanos, con relación al uso de los servicios de salud mental.
- Cuando los Hispanos buscan estos servicios, lo hacen generalmente en los sectores de salud médica general y no en los sectores especializados en salud mental del sistema de atención a la salud.
- Los proveedores de salud mental que atienden a los Hispanos, necesitan trabajar más arduamente en los centros comunitarios de salud, para que reconozcan y atiendan los problemas de salud mental de sus pacientes. Los programas de salud mental para este grupo, estarían mejor localizados en programas comunitarios de salud, que en los centros especializados en salud mental.
- Es más factible que los Hispanos que han estado bajo tratamiento de salud mental en sus países, hayan recibido tratamiento con medicamentos, en lugar de Psicoterapia. Es de vital importancia, determinar si ellos continúan recibiendo medicamentos Psiquiátricos desde su lugar de origen, por medio de sus familiares.

3. Barreras a las que se enfrentan los Hispanos con relación a la Salud Mental.

- Las dos barreras más grandes que tienen que enfrentar éstos para poder recibir los servicios de salud mental son: el idioma y la falta de seguro médico.
- El tema del seguro médico está vinculado con la situación legal de los inmigrantes, su carácter de indocumentados, que tiene gran parte de la comunidad Hispana y a la economía en los sectores donde trabajan éstos, especialmente los recién llegados.
- Otra barrera importante es la falta de conocimiento sobre la existencia de los servicios de salud mental y de los lugares en donde éstos se pueden recibir. El hecho de que utilicen proveedores alternativos de salud, incluyendo clérigos, no parece favorecer que eviten el uso de servicios de salud mental/física, sino que parece ser complementario a esta opción.
- Existe una gran necesidad de contratar profesionales de la salud mental, que sean bilingües y biculturales.
- Es indispensable que los programas para atender a la comunidad Hispana, puedan disponer de cursos de entrenamiento, tanto para los que sirven de intérpretes, como para el personal que trabaje con ellos.
- La comunidad Hispana necesita tener más información sobre sus derechos para recibir los servicios de salud mental, sin que se tome en cuenta su estado legal migratorio.
- Es necesario que existan nuevos programas de seguros médicos en los servicios de salud mental para los Hispanos, tanto como programas especiales de seguro médico para niños y mujeres embarazadas.
- Se aconseja la creación de programas de difusión para la comunidad Hispana, con información sobre los servicios de salud mental existentes y los sitios donde se localizan. A estos programas se les podría adscribir proveedores alternativos, que funjan como educadores para hacerlos llegar hasta las comunidades Hispanas.

4. Mejores Prácticas de la Salud Mental para los Hispanos.

- Se cuenta con muy poca información sobre cuáles son los tratamientos de salud mental que dan mejores resultados en los Hispanos. Este grupo ha sido escasamente representado en las investigaciones sobre el estado de su salud mental, tanto en tratamiento con medicamentos como con Psicoterapia.
- En estudios de diagnóstico realizados recientemente con Hispanos bilingües, se encontró que estos parecían estar más sanos cuando se les entrevistaba en Español, que en Inglés. Es necesario recurrir a mejores protocolos para evaluar los conocimientos que tienen del idioma durante la valoración clínica y dar más atención a los factores culturales y lingüísticos en el proceso de diagnóstico.
- Los profesionales de la salud mental necesitan conocer mejor la cultura Hispana para diagnosticar mejor a sus clientes. Los síntomas tales como “escuchar su nombre cuando

no se encuentra alguna persona a su alrededor” y “ver o sentir presencias extrañas” son manifestaciones muy comunes entre algunos Hispanos, pero no necesariamente son manifestaciones de Psicosis. Los síndromes de índole cultural que los Puertorriqueños llaman “ataques de nervios” y que para los México-americanos es “susto”, tienen una relación muy compleja para los diagnósticos Psiquiátricos.

- La adaptación de la Terapia Conductista Cognoscitiva (CBT) en el manejo de la depresión entre los clientes Hispanos, es la Psicoterapia que ha recibido más acogida y las investigaciones han revelado que ha dado muy buenos resultados en el tratamiento de este problema.
- Se ha hecho bastante trabajo en el apoyo que se les da a las familias, para que puedan combatir el estrés que les causa el tener que adaptarse a la diferencias culturales, que existen a través de las generaciones y en el apoyo que se les brinda a las familias que están ayudando a un pariente con severa enfermedad mental. Estos modelos necesitan ser probados y difundidos de una forma más extensa.
- Se tiene alguna evidencia que cuando los Hispanos están bajo tratamiento, este es de de más baja calidad, cuando se les compara con el tratamiento dado a los Europeo-americanos y para las condiciones en que se encuentran, se les receta medicamentos anticuados y se les proporciona menos Psicoterapia. Resulta evidente que se necesita mejorar la calidad de los programas para garantizar que los Hispanos, que ingresen a los cuidados de salud mental, reciban un tratamiento óptimo.
- Parece que los Hispanos tienen muchos temores en todo lo relacionado con los medicamentos psiquiátricos, tanto por lo potentes que puedan ser éstos, como por los riesgos que creen correr de volverse dependientes. Es por esto, que necesitan tener más información y conocimiento sobre lo que son los medicamentos psiquiátricos, su efectividad y los efectos colaterales que ocasionan.
- Se tiene muy poca información sobre si los medicamentos psiquiátricos, particularmente los antipsicóticos, actúan en los Hispanos en forma diferente a como lo hacen en los Europeo-americanos. Puede ser que aquellos sean más sensibles a sufrir efectos colaterales que los Europeo-Americanos. Cuando los Psiquiatras tratan a los Hispanos, deberían considerar que al iniciar sus tratamientos, lo hicieran recetando pequeñas dosis e ir aumentándolas poco a poco y no de la misma forma en que se les prescribe a los Europeo-americanos.
- Existen algunos datos que demuestran, que cuando los clientes Hispanos acuden con Psicoterapeutas Hispanos, biculturales/bilingües, tienden a permanecer más tiempo en tratamiento y obtienen mejores resultados de él. Esto resulta ser particularmente cierto, cuando se trata de clientes de habla hispana quienes inmigraron recientemente.

III. Antecedentes Socio-Culturales de Hispanos en Los Estados Unidos

Los Hispanos conforman un grupo cultural diverso, por lo que es inadecuado etiquetarlos tanto en la teoría, como en la realidad. Se diferencian tanto por su origen nacional como por su historia; por la peculiar formación social que reciben dentro de cada uno de sus países, lo cual determina sus relaciones por edad, sexo y clase social; por las presiones que tienen allá, razón por la cual ellos se han visto forzados a emigrar y han motivado las diversas olas de inmigración y por los desacuerdos en las relaciones con los Estados Unidos a través del tiempo, que han afectado la forma en que cada grupo de inmigrantes es recibido (Bean y Tienda, 1987; Melvilla, 1994; Molina y Aguirre-Molina, 1994; Molina y Aguirre-Molina y Zambrana, 2001; Portes y Bach, 1985; Grenier y Stepick, 1994). Estas características no sólo han creado diferencias muy marcadas entre los grupos Hispanos, sino que también han originado cambios considerables dentro de la cultura de los mismos grupos. Al mismo tiempo los cambios sociales y culturales generados dentro de los Estados Unidos, han determinado el lugar en donde se han instalado los inmigrantes, el cómo han sido recibidos, las oportunidades que han tenido para progresar por ellos mismos como individuos y como grupos, y con cuáles culturas de los Estados Unidos se han relacionado (Pedraza y Bailey, 1985; Portes y Bach, 1985; Portes y Rumbaut, 1990; Portes y Stepick, 1993; Rogler, 1994).

Cubano-americanos

Los Cubano-americanos, quienes se han concentrado en Miami (Florida) y en otras regiones secundarias del mismo estado, así como en el área Metropolitana de Nueva York, constituyen un 3.5% de la población Hispana existente en los 48 estados contiguos de los Estados Unidos. Este porcentaje refleja un relativo descenso de la población Cubana, comparado con el crecimiento de otros grupos Hispanos en Estados Unidos (Censo 2000). En Nueva Jersey el grupo de Cubanos constituye el 7% de la población Hispana, lo cual es equivalente a 77,337 personas.

A pesar de que muchos Cubanos emigraron a los Estados Unidos antes de la Revolución Cubana de 1960, un gran número de ellos se estableció después. La gran diversidad que existe dentro de los mismos grupos de cubanos refleja las diferentes olas de emigración de la isla. El gobierno de los Estados Unidos brindó mucho apoyo a los cubanos que tenían una profesión, que estaban mejor preparados y que fueron los primeros en arribar, asegurándoles así préstamos para que pudieran iniciar sus propios negocios, como también les reconoció sus créditos como médicos, abogados, etc. (Pedraza y Bailey, 1985; Portes y Bach, 1985; Grenier y Stepick, 1992) Entre los grupos Hispanos, los Cubanos tienen el nivel socio-económico más alto, así como el índice más elevado en retención del idioma Español como lengua primaria. Los Cubanos han desarrollado un enclave étnico vibrante en Miami, en donde ellos han llegado a tener un gran dominio en la vida política, social y cultural de la ciudad (Portes y Stepick, 1993).

A pesar de que el tema económico ha sido siempre un factor predominante y que es la razón principal que tuvieron las últimas oleadas de inmigrantes Cubanos para dejar su patria, el gobierno Norteamericano les ha brindado el trato habitual que se les da a los refugiados políticos (Pedraza y Bailey, 1985; Portes y Bach, 1985). Tanto el temor a las represalias políticas como la constante consternación por la mala economía les ha dado el valor que los impulsa a dejar su país. El liberarse de los temores de una persecución política, el encontrar mejores oportunidades con niveles económico más altos y el deseo ferviente de reunirse con los miembros de sus familias, que salieron con las primeras olas de inmigrantes, son los atractivos que los Cubanos encuentran para salir de su tierra. Tanto la pérdida de sus riquezas materiales, como el tener que separarse de sus familiares al dejar su país, son las causas del serio conflicto que ellos presentan.

Para muchos Cubanos la emigración ha sido menos difícil que para otros grupos Hispánicos, debido a la solidez que tienen sus lazos familiares, que les han servido como pauta para traer a nuevos miembros de sus familias a los E. U., así como por la existencia del poderoso enclave étnico que tienen en Miami. El apoyo que ha brindado el gobierno de los Estados Unidos para la reubicación de los Cubanos, ha jugado un papel importante en el éxito de su adaptación (Grenier y Stepick, 1992). Los índices relativamente bajos de problemas psiquiátricos encontrados en los estudios de salud mental realizados en ellos, son el resultado en parte de esa ayuda, así como al nivel más alto de su estatus social pre-migratorio. De alguna u otra forma, los altos índices en problemas mentales encontrados dentro del Grupo de Cubanos del puerto de Mariel, se debieron tanto a la emigración de una pequeña subpoblación con desórdenes psiquiátricos pre-existentes, así como a las diferentes características sociales de este grupo. Aquellos que eran más pobres y con menos contactos entre los Marielitos, experimentaron más conflicto y mayor discriminación que los que llegaron en las primeras oleadas de inmigrantes Cubanos. Se supone que mientras más prolongadas hubieran sido las detenciones de este grupo, más podría haberse visto afectada su salud mental. Un estudio de Eaton y Garrison (1992) no sostiene esta hipótesis. Una de las causas más importantes en el conflicto emocional de los inmigrantes Cubanos, es la separación de la familia entre Miami y Cuba, y las dificultades tan grandes con las que se enfrentan para poder regresar a su patria, para gestionar asuntos familiares importantes.

Sin embargo, los datos epidemiológicos que tenemos no nos proporcionan evidencias concretas sobre la relación que pueda haber entre este tipo de conflicto y su salud mental.

El que se haya instaurado un sistema de cuidados de salud mental, tanto a nivel público como privado, administrado con personal Cubano y cuando éstos corresponden al sector privado, administrado por los propios dueños, les ha facilitado enormemente a los Cubanos el poder tener acceso a estos servicios. En la época en que llegaron los Marielitos se encontraba un psiquiatra Cubano administrando el centro público de salud mental en la Pequeña Habana, el cual contaba además con un número de personal en salud de origen Cubano. (Portes y col., 1992). Por lo menos en Miami las barreras del idioma han disminuído significativamente. En las primeras fases de la inmigración, el acceso financiero fue garantizado por el gobierno de los Estados Unidos en su paquete de ayuda a los refugiados Cubanos. El nivel socio-económico generalmente alto de los Cubanos que ya estaban establecidos, contribuyó a que no fuera el factor financiero, un problema para ellos. Tanto la santería como el espiritismo se mantienen latentes en las comunidades Hispánicas de Miami, no obstante el papel activo que ejercen en los cuidados de su salud mental ha sido escasamente documentado, comparado con lo que se ha documentado sobre los Puertorriqueños.

Dominicanos

Los inmigrantes de la República Dominicana constituyen otro grupo importante de Hispánicos del Caribe (Garrison & Weiss, 1987; Grasmuck & Pessar, 1991). El censo del 2000 arrojó una cifra de aproximadamente 750,000 Dominicanos, lo cual equivale a un 2% de la población Hispánica en los Estados Unidos. Estos se han concentrado considerablemente en el área Metropolitana de Nueva York, particularmente en el barrio de Washington Heights. Sin embargo, en la pasada década, se trasladaron a los alrededores y ahora se cuenta con un 9% de ellos viviendo en el área de Nueva Jersey (102,630 personas). Proviene generalmente de centros urbanos de la República Dominicana y a pesar de que una gran mayoría de esta población proviene de centros rurales, muchos dieron su primer paso migratorio a través Santo Domingo, su capital.

La emigración de Dominicanos se inicia a partir del asesinato del dictador Trujillo en el año de 1961 y de la ocupación Estadounidense en el año de 1965. El gobierno Norteamericano facilitó la emigración de disidentes políticos como una válvula de seguridad política para controlar la protesta en contra de la ocupación e imposición de un gobierno pro-

Estadounidense (Grasmuck y Pessar, 1991). Estos inmigrantes Dominicanos eran individuos que generalmente pertenecían a la clase media y que se sentían frustrados por la falta de empleo y por el subdesarrollo económico de su isla. Los inmigrantes más recientes provienen de sectores muy pobres de la sociedad Dominicana. Los primeros inmigrantes formaron una base de residentes legales que podían traer en cadena a sus familiares desde su país. A pesar de que los primeros inmigrantes mostraban con frecuencia una baja movilidad laboral, la diferencia en la tasa salarial que existía entre Nueva York y la República Dominicana era tan grande, que aún los empleos de menos prestigio les proporcionaban ingresos suficientes para poder llevar un estilo de vida similar al que suele llevar la clase media allá, lo que sería imposible lograr para ellos en sus lugares de origen.

En términos de las razones que los hicieron emigrar, la experiencia de los Dominicanos es mixta. La extrema pobreza en que vivían en la isla es una de ellas. Como muchos Cubanos, algunos Dominicanos huían de la persecución política, aunque de un gobierno de extrema derecha en lugar de uno de izquierda. Sin embargo, a los refugiados Dominicanos no se les reconoció oficialmente como a los Cubanos y por lo tanto no recibieron el mismo apoyo. Otros dejaron su país por el alto índice de desempleo. Así mismo muchos de ellos vinieron como resultado de los esfuerzos que hicieron por reunirse con sus familiares. Los Dominicanos indocumentados sufren del estrés que les provoca su irregular situación migratoria. El territorio de los Dominicanos en Washington Heights es bastante extenso, pero no se puede igualar al desarrollo político, social y económico de Miami.

Las fuentes de sus problemas psicológicos presentan similitud tanto en los hogares de las comunidades Dominicanas allá, como en los barrios de la Ciudad de Nueva York en donde ellos se han establecido. Sin embargo, se necesita realizar estudios sistemáticos comunitarios acerca de la Salud Mental de la comunidad Dominicana en los Estados Unidos.

México-Americanos

Los Mexicanos, constituyen la población más grande de Hispanos en los Estados Unidos. Se estima que la población actual de Hispanos en este país es de 35.3 millones y que el 58.5% de ellos son de origen Mexicano. Estos suman por el momento 102,929 en el Estado de Nueva Jersey (equivalente al 263% en crecimiento correspondiente al Censo de 1990) y comprenden un 9% de la población Hispana en Nueva Jersey (Oficina del Censo de Estados Unidos 2000). La diversidad en la población Mexicana es el resultado de la diferencia que existe entre las generaciones que inmigraron, de la extensión del tiempo de su residencia, de la condición legal y social que tienen, de los antecedentes étnicos y de las razones que tuvieron para emigrar. A una porción bastante grande de la población de origen Mexicano no se le puede considerar como inmigrante. Este grupo de Mexicanos, que con frecuencia se auto denominan *Hispanos*, se establecieron por sí solos en los estados del Sureste en la época del colonialismo Español y fueron incorporados a los Estados Unidos, a través de su expansión colonial. Al mismo tiempo, la inmensa mayoría de Mexicanos forman el grupo más extenso de nuevos inmigrantes en los Estados Unidos.

Dentro de la comunidad México-americana se pueden encontrar diferentes niveles de educación, oficios e ingresos. Sus integrantes difieren mucho en el conocimiento y prioridades en el uso de los idiomas Inglés y Español. Muchos de ellos trabajan activamente en oficios de agricultura y forman el grupo étnico más extenso de inmigrantes que se ganan la vida en granjas (Chávez, 1992); la inmensa mayoría trabaja actualmente en los sectores industriales y de servicios en ciudades del Suroeste, como San Antonio y Los Angeles. Al mismo tiempo, siguen teniendo una base cultural muy sólida que refuerza su identidad, debido a la cercanía con México, a sus comunidades tan grandes en el Suroeste y a su continuo flujo migratorio.

En gran escala, los inmigrantes Mexicanos dejan atrás áreas rurales deprimidas económicamente, sin embargo muchos de ellos se dirigen primero a otras ciudades de México. Las políticas gubernamentales establecidas a partir de la Segunda Guerra Mundial que

favorecieron más a la clase trabajadora urbana que a la población rural, los programas de reestructuración económica que fueron impuestos a México por medio de prestamistas internacionales y el desarrollo de zonas industriales en el norte de México, que fue apoyado más tarde por el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (NAFTA), han creado una situación económica que coloca en desventaja al sector rural. La pobreza extrema en las áreas rurales ha presionado el éxodo de todos aquellos que tienen la facilidad de financiar y organizar un viaje a los Estados Unidos. En las primeras oleadas de inmigrantes predominaron hombres jóvenes. El proceso de migración ha transformado la estructura social local, al mismo tiempo que ha inyectado más dinero en efectivo a su economía nacional y ha introducido más productos de consumo a la economía local en México. La magnitud tan elevada en la inmigración Mexicana se traduce en el hecho de que la mayoría de los inmigrantes pueden obtener información y conseguir contactos para hacer el viaje a los Estados Unidos y aún con el aumento de patrulleros fronterizos, un gran número logra cruzar la frontera en forma exitosa y consiguen que el viaje resulte ser casi seguro (Massey, 1987). Los factores que más contribuyen al estrés que experimentan al efectuar el viaje, son el alto costo que tienen que pagar, el tener que negociar con personas sin escrúpulos, los llamados "Coyotes", y el tener que enfrentarse con la policía fronteriza Mexicana que en algunas ocasiones los explota (Conover, 1987) y por último el temor real de ser arrestados por la patrulla fronteriza de los Estados Unidos. (Cervantes, y col. 1989).

Los inmigrantes Mexicanos encuentran grandes comunidades en los Estados Unidos donde reside un gran número de personas del mismo origen étnico, quienes frecuentemente resultan ser familiares o personas de su comunidad natal, a quienes pueden recurrir para pedir apoyo y donde hasta hace relativamente poco, en el Suroeste, debido a que la economía era boyante, se podían encontrar muchos trabajos en los sectores de servicios, manufactureros y de agricultura. Debido a las dificultades en la economía Mexicana, los inmigrantes notan la gran diferencia que hay en los ingresos salariales que perciben allá y acá, por lo que les resulta muy atractivo viajar con más frecuencia o permanecer en los Estados Unidos por períodos más prolongados. Al mismo tiempo, las largas jornadas laborales, las difíciles condiciones de trabajo y el aislamiento debido a sus horarios, cobran su precio en la salud mental de estos inmigrantes. Los México-americanos que trabajan en granjas, son particularmente aquellos que corren más riesgos de tener problemas psicológicos, por la combinación del trabajo estresante y las condiciones de vida, por estar expuestos a pesticidas tóxicos que pueden causarles daños neurológicos, así como por el abuso de sustancias. Otro grupo de alto riesgo lo forman las mujeres de mayor edad que tienen un nivel social más bajo, en especial aquellas cuyos matrimonios han terminado y han perdido así el apoyo económico y social que tenían cuando estaban casadas. La segunda y más reciente generación de México-americanos corre mayores riesgos de generar desórdenes psicológicos que los nuevos inmigrantes. En esta generación, la discriminación racial, la falta de empleo, el declive en la economía en el Suroeste, las frustraciones sociales y aspiraciones materiales dieron como resultado el aumento en los problemas mentales.

Al mismo tiempo, tener que adaptarse a las complejidades de la cultura Americana, aumenta el riesgo de desarrollar desórdenes causados por el consumo y abuso de drogas, ya que el problema del consumo y abuso son problemas que predominan más en los Estados Unidos. Estos factores estresantes de la sociedad crean mayores índices de desórdenes en la segunda generación de México-americanos (Vega col. 1998). Se han tenido muchos debates sobre la falta de utilización de los servicios de salud mental por parte de los México-americanos. El crecimiento de comunidades Mexicanas en las ciudades más grandes del suroeste, ha ocasionado la creación de servicios de salud mental biculturales y bilingües, sin embargo, el problema de acceso a los mismos es todavía preocupante. La falta de beneficios de salud en los trabajos e industrias donde los inmigrantes Mexicanos están concentrados, el alto costo de los servicios, los sueldos relativamente bajos, las presiones de trabajo, y las

condiciones sobre su situación migratoria legal, son factores que crean barreras para la utilización de estos servicios. Dentro de la comunidad, el estigma de enfermedad mental actúa también como una barrera para que ellos busquen apoyo en los proveedores de salud mental. El sistema de una familia extensa, el papel que desempeña la iglesia tanto católica como protestante en la comunidad y el recurso de los “*Curanderos*” y “*Espiritistas*” en los sectores populares, les proporcionan fuentes alternativas de apoyo a quienes se encuentran angustiados (Casas y Keefe, 1978; Chávez y Torres, 1994). Sin embargo, investigaciones recientes indican que el uso de recursos alternativos no les impide el uso de los servicios establecidos de salud mental, aunque las barreras estructurales son más prominentes para conseguir el acceso a los servicios y al sistema de servicios (Treviño y Rendón, 1994). Trabajos etnográficos sugieren que aquellos que utilizan recursos múltiples, son probablemente aquellos que buscan más activamente el servicio (Chávez & Torres, 1994).

Puertorriqueños

Los Puertorriqueños representan un 10% del total de los Hispanos en los Estados Unidos y suman 3.4 millones de individuos. En el Estado de Nueva Jersey, forman el grupo más extenso de Hispanos, más de 350,000 equivalente a un 33% de la población total Hispana de Nueva Jersey (Censo del 2000). La Ciudad de Nueva York (PMSA) es la “Ciudad Puertorriqueña” más extensa en los Estados Unidos con 800,000 Borinqueños (Censo del año 2000). Sin embargo, actualmente se cuenta con menos de la tercera parte de ellos en esta área metropolitana. Nueva York fue en algún tiempo la ciudad con más Puertorriqueños pero debido a los índices de emigrantes que retornan y los índices de crecimiento del área metropolitana, hacen de San Juan, Bayamón (PMSA) la ciudad que alberga el mayor número de ellos: 1.8 millones de habitantes. En ciudades como Chicago (IL), Filadelfia (PA), Newark (NJ) y Hartford (CT) así como en un número menor de ciudades industriales a través de New Jersey, Connecticut, Massachussets y el este de Pensilvania, hay comunidades grandes de los nativos de Borinquen.

Los Puertorriqueños tienen el estatus socio-económico más bajo de los grupos mayoritarios de Hispanos. Son ciudadanos Americanos, esto les da la libertad para ir y venir de la isla de Puerto Rico a cualquier parte de los Estados Unidos. El gobierno Norteamericano juega un papel predominante en el control de la economía y la vida social de la isla, sin olvidar los mayúsculos esfuerzos que se han hecho desde 1947 para industrializar la isla y para lograr que el Inglés sea el idioma que se utilice en las escuelas públicas y en la vida cotidiana. En ciudades como Nueva York, por lo menos una generación de Puertorriqueños ha vivido allí toda su vida, por lo que muchos de ellos hablan Inglés como su lengua principal. A pesar de que a los Puertorriqueños se les facilita más el seguir teniendo vínculos sociales con la isla, sus lazos con la cultura autóctona son más endeble que para cualquier otro grupo Hispano, debido a que la cultura Puertorriqueña ha sido más drásticamente transformada por más de un siglo de dominación Americana.

Uno de los motivos más importantes que empuja a los Puertorriqueños a emigrar es la falta de empleo en la isla, como consecuencia de las políticas económicas a largo plazo que han destruido la pequeña escala de la agricultura y ha motivado el desarrollo de alta tecnología industrial, lo que ha creado pocos empleos de los llamados “a nivel de ingreso” para trabajadores que no están calificados. Por muchos años, la mayoría de los que dejaron Puerto Rico fue la gente más pobre, mucha de la cual emigró de la zona metropolitana de San Juan. Fue por los años de 1970 y 1980 en que se incrementó el éxodo de profesionales que buscaban en los Estados Unidos, mejores oportunidades de trabajo y salarios más favorables, ellos llegaron particularmente a la zona urbana del noroeste, como también a Florida y Texas.

Los Puertorriqueños se han concentrado en el área urbana del Noroeste de la Ciudad de Nueva York y en pequeños centros urbanos que la rodean. Uno de los factores más estresantes con los que se enfrentan los Puertorriqueños viviendo en los Estados Unidos, es el declive en la oferta de empleo por la gran desindustrialización en la zona del Noreste y el incremento de trabajos mal remunerados y con beneficios limitados en el sector de servicios. A pesar de que existen grandes comunidades de Puertorriqueños en muchas ciudades del Noroeste, ellos aún experimentan niveles muy elevados de discriminación. Los procesos de renovación urbana, han seguido perturbando a esta comunidad por lo que han tenido que reconstruir sus redes sociales y sus organizaciones comunitarias. Estas transformaciones sociales los ha desplazado a barrios menos deseados de la Ciudad de Nueva York y a otros centros urbanos en decadencia como Bridgeport, CT y Reading, PA.

Al mismo tiempo, en un estudio reciente de Rivera-Batiz y Santiago (1994) se señala que los Puertorriqueños nacidos en Estados Unidos están mejorando su estatus económico, a pesar de que una cantidad significativa (30%) de ellos se encuentra en la pobreza. No es sorprendente que el grupo que tiene los índices más altos de problemas psicológicos, corresponda a los segmentos más pobres de la población, sin tomar en cuenta cuál es su lugar de residencia (Vera y col., 1991), ya que ellos están expuestos a los mismos sistemas político-económicos, tanto en Estados Unidos como en la Isla. Los Puertorriqueños que tienen más estudios han obtenido mejores logros en Estados Unidos y en su patria, por ende el perfil de su salud mental se asemeja más a los perfiles de la población en general de los Estados Unidos. (Camino col. 1987).

El haber perdido su identidad cultural es un factor que está relacionado con la salud mental de los Puertorriqueños (Flores, 1993). Los Norteamericanos se han esforzado por décadas para tratar de Americanizar a los Puertorriqueños, esfuerzos que han cobrado su cuota ya que estos conservan cierta autonomía cultural comparada con la de otros grupos Hispánicos que se nutren de la cultura, relativamente intacta de sus países de origen. El desarrollo de una cultura Neoyorquina, si bien constituye una influencia muy poderosa en el continente, ha desencadenado discriminación cuando los de Borinquen regresan a vivir a su Puerto Rico. (Flores, 1993). Los altos índices de migración en círculo, han formado una sub-población que resulta no ser “ni de aquí, ni de allá”. A pesar de que las implicaciones de estos temas son muy difíciles de documentar en términos de los resultados de salud mental específicos, nos aportan un contexto muy importante para poder entender mejor las experiencias de los inmigrantes Puertorriqueños en comparación con otros inmigrantes Hispánicos.

Los Puertorriqueños utilizan con más frecuencia los servicios de salud mental, particularmente los servicios médicos generales. El acceso al sistema generalizado de salud pública en Puerto Rico, hasta hace poco y el derecho a tener beneficios de salud y a programas federales de salud en Estados Unidos, hacen que el factor financiero represente para ellos una barrera menos que para otros grupos Hispánicos. Debido al alto índice en el uso del sector médico, tanto en Puerto Rico como en Estados Unidos (Treviño y Rendón, 1994, Vera y col., 1991) es importante que los proveedores de cuidados primarios puedan reconocer los problemas de salud mental de los Puertorriqueños. El estar familiarizado con las expresiones como “*nervios*” y “*ataque de nervios*” que son signos claves de problemas emocionales entre ellos, primordialmente aquellos de la clase trabajadora y de origen humilde, puede contribuir al reconocimiento de problemas psicológicos durante la atención primaria. Al mismo tiempo, no

existen traducciones exactas para estas expresiones idiomáticas de conflicto en el diagnóstico psiquiátrico; pero trascienden en los niveles de estrés y desórdenes que requiere una valoración más cuidadosa, tanto de los síntomas como del contexto de las experiencias (American Psychiatric Association, 1994; Guarnaccia, y col. 1993). El *Espiritismo* y la *Santería* continúan floreciendo en los barrios Hispanos de la ciudad de Nueva York; sin embargo su presencia varía en las pequeñas ciudades del noroeste en donde se han diseminado los Puertorriqueños. En estudios Epidemiológicos, el uso del sector popular es limitado para los problemas de salud mental; aún así, en el largo historial de abundantes reportes etnograficos sobre el uso de estas fuentes, se discute la reiterada importancia que tienen estos sectores en el apoyo y búsqueda de salud mental. (Garrison,1977; Harwood,1977; Koss-Chioino,1992). Menos estudiado, pero potencialmente de la misma importancia, es el papel que juegan tanto la iglesia Católica, como las nuevas iglesias Protestantes, sus clérigos y las organizaciones laicas que dan apoyo a la gente con problemas psicológicos.

IV. Estado de la Salud Mental de los Hispanos

En Estados Unidos se han llevado a cabo varios estudios de gran importancia sobre la salud mental de los Hispanos. Estos incluyen: La Encuesta sobre el Examen de Salud y Nutrición Hispana [HHANES] (National Center for Health Statistics, 1985; Moscicki, Rae, Regier & Locke, 1987); el Programa de Captación Epidemiológica por Area (ECA) del NIMH (National Institute for Mental Health) con sede en los Angeles (Regier, Meyer, Kramer, Robins, Blazer, Hough, Eaton & Locke, 1984; Karno, Hough, Burnham, Escobar, Timbers, Santana & Boyd, 1987); estudios en Puerto Rico sobre salud mental y utilización de estos servicios (Canino, Bird, Shrout, Rubio-Stipec, Bravo, Martínez, Sesman & Guevara, 1987, 1990; Vera, Alegría, Freeman, Robles, Ríos, & Ríos, 1991); y el estudio sobre prevalencia y Servicios para México-americanos [Estudio MAPPS] (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalano y Caraveo-Anduaga, 1998). Los principales instrumentos en estos estudios fueron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) del NIMH (National Institute for Mental Health), la Rutina de Entrevista Diagnóstica (DIS) del NIHM y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Todos estos estudios incluyeron extensos muestreos de México-americanos. El estudio HHANES incluyó muestras de México-americanos, Puertorriqueños y Cubano-americanos. No han sido incluidos en estudios extensos de salud mental, ni los Dominicanos, ni otros grupos Hispanos de rápido crecimiento como los Colombianos y los Ecuatorianos. El estudio Nacional Latino y Asiático Americano (NLAAS) sobre la salud mental de estos grupos étnicos de rápido crecimiento nos proporcionará a nivel nacional, datos sobre la salud mental de la población Hispana. Mientras que una vez más, la atención se centrará en los tres grupos más grandes, se tendrán muestras de “Otros Latinos” que deberá contener una representación importante de los Dominicanos.

Encuesta sobre el Examen de Salud y Nutrición Hispana

La encuesta sobre el examen de Salud y Nutrición Hispana (HHANES), estudio de gran importancia nacional, y que fue creado para evaluar las condiciones y necesidades en la salud de la población Hispana en los Estados Unidos, incluyó el estudio de CES-D y la sección de depresión del estudio DIS. El estudio Hispano HANES, conducido entre 1982 y 1984, consistió en la historia médica, el examen físico y dos mediciones de depresión que fueron diseñadas para identificar la patología importante en grupos Hispanos. Basándose en el origen étnico con que los inmigrantes se auto-identificaron, los investigadores tomaron muestras de 7,462 México-americanos en los cinco estados del Suroeste; 2,834 Puertorriqueños, en el área Metropolitana de Nueva York; y 1,357 Cubanos en Miami,

Florida. La edad promedio de las personas que se incluyeron en el estudio abarcó desde los 6 meses hasta los 74 años de edad. Estos datos representan actualmente, la mejor información que se tiene sobre salud mental y física obtenida de muestras representativas de un gran número de Hispanos en los Estados Unidos, sin embargo, el estudio NLAAS finalmente proporcionará un cuadro actualizado de la salud mental de éstos.

Cuando se les compara con los Cubanos y México-americanos, los Puertorriqueños presentan índices más altos, tanto de síntomas como de “casos” de depresión usando el CES-D, y cuando se utilizó el DIS, mostraron una mayor prevalencia de Episodios Depresivos Mayores. En la Tabla 1 se representa un estimado de las prevalencias de cada uno de estos grupos (Moscicki y col., 1987).

Tabla 1 Incidencia de Casos de no Depresión y Encuesta sobre Salud y Nutrición Hispana			
<u>Diagnóstico</u>	<u>Puertorriqueños</u>	<u>Mexicanos</u>	<u>Cubanos</u>
No Depresión	13.2	9.5	27.9
Depresiones Mayores	4.2	3.9	8.9

[Fuente: Moscicki y col., 1987]

Los índices más elevados en los registros del CES-D necesitan ser interpretados con cierta cautela. Análisis llevados a cabo del estudio Hispano HANES por Angel y Guarnaccia indican consistentes diferencias en la forma como los Hispanos conceptualizan la depresión, como queda reflejado en la combinación de una salud física pobre con el conflicto psicológico (Angel y Guarnaccia, 1989) y diferenciando los factores estructurales del CES-D, de los encontrados en otros estudios que utilizan estas mediciones. (Guarnaccia, Angel y Worobey, 1989).

El Estudio ECA de Los Angeles

En el Programa de Captación Epidemiológica por Area, del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) con sede en Los Angeles (Estudio LA-ECA), se realizó un estudio con un extenso número de México-americanos para comparar el estado de su salud mental con la de los Anglo-americanos de Los Angeles y de otras 4 localidades del estudio nacional. Los investigadores tradujeron al Español, en forma minuciosa, el estudio DIS (Karno y col., 1987) y recopilaron información sobre el historial migratorio con el objeto de comparar la salud mental de inmigrantes que habían llegado recientemente de México, con la salud mental de residentes que tenían períodos de residencia más prolongados, así como con residentes que nacieron y crecieron en los Estados Unidos. Los índices generales de desórdenes psiquiátricos de los México-americanos fueron sorprendentemente similares a los presentados por blancos no Hispanos en Los Angeles, así como a los índices que presentaron las personas entrevistadas en la encuesta en otras zonas del estudio ECA.

Por ejemplo, solamente el 3% de México-americanos llenan los criterios de Depresión Mayor. Esta cifra es ligeramente menor a la encontrada en el estudio Hispano HANES, y aún más baja en los índices que se presentan en los Puertorriqueños. Los investigadores han puesto lo anterior en tela de juicio, ya que contradicen los estudios anteriores, en donde se mostraron cifras más elevadas de los niveles de tensión en los México-americanos, y en donde se utilizaron escalas de valores de los síntomas en lugar de recurrir a entrevistas de diagnóstico. Al mismo tiempo, se concluye que el estudio LA-ECA sugiere que el factor cultural y los problemas de migración jugaron un papel importante en el estudio DIS.

Comparando a los nativos Hispanoamericanos nacidos en Estados Unidos con los inmigrantes de México, la población nativa presentó cifras superiores de desórdenes mentales (Burnham, Hough, Karno, Escobar y Téllez, 1987). Era de esperarse que los inmigrantes tuviesen mayor estrés debido a la migración, y a que sus niveles económicos y de preparación académica eran más bajos. Los autores de este estudio han argumentado que estos resultados apoyan una hipótesis de selección social en los niveles de patología entre inmigrantes Mexicanos. Así mismo, se discute que los inmigrantes recientes, son con frecuencia los miembros más resistentes de sus comunidades y los que mejoran en una forma notoria sus condiciones de vida cuando se les compara con las que tenían en sus comunidades en México. Con el tiempo, los México-americanos que tienen períodos de residencia más prolongados y los que han nacido en E.U. responden con cierta actitud de despojo después de que comparan su estatus con el estándar de vida que tienen en los Estados Unidos, lo cual se ajusta al enfoque de estrés social de esta investigación. Al comparar los niveles de desórdenes con blancos no Hispanos, tanto la hipótesis de selección social de inmigrantes de recién ingreso como la hipótesis del estrés social, que está relacionada con las aspiraciones frustradas de los nativos, recibieron cierto apoyo. Así mismo, se encontró que el adaptarse a la sociedad de los Estados Unidos aumenta el riesgo de que los inmigrantes manifiesten desórdenes por el abuso y/o dependencia, tanto a las drogas como al alcohol, problemas que se presentaron más en la población de blancos no Hispanos. Estos hallazgos despiertan intensas polémicas con relación a estudios anteriores en donde a los Hispanos en sus lugares de origen, se les compara con los Hispanos de Estados Unidos, y en donde no se analizó cuidadosamente el estatus migratorio y las interacciones en el proceso de culturización. El estudio muestra los diversos impactos que se originan en el proceso de inmigración y de culturización, los cuales causan diferentes desórdenes psiquiátricos, por lo que se sugiere la creación de modelos más complejos y heterogéneos sobre el origen étnico y sobre la relación que tiene la inmigración en la salud mental. Estos hallazgos fueron más firmemente apoyados por las investigaciones de Vega y colaboradores (1998) y por el estudio MAAPS al cual nos referimos a continuación.

Otros estudios en México-americanos

Varios estudios sobre la salud mental de la población de origen Mexicano en los Estados Unidos, han comparado a estos, por su estatus migratorio y proceso de culturización, con otras poblaciones étnicas en los Estados Unidos.

Muchos de estos estudios han utilizado la CES-D como la medida principal de salud mental (Burnham, Timbers y Hough, 1984; Frerichs, Aneshensel y Clark, 1981; Roberts, 1980, 1981; Roberts y Vernon, 1983; Vega, Verheit, Buhl-Auth y Meinhardt, 1984; Vega, Kolody, Valle y Hough, 1986; Vega, Kolody y Valle, 1987; Vernon y Roberts, 1982; véase también Angel y Thoits, 1987 para revisión).

Estos estudios revelan que las mujeres de mayor edad, que están menos culturizadas y que han llegado más recientemente, así como aquellas que están separadas o divorciadas, tienen antecedentes más altos de síntomas de depresión. Algunos de estos estudios señalan también a la población de inmigrantes que trabajan en granjas, en las cuales de hecho, resultan los Mexicanos el grupo étnico más extenso, como los que sufren mayores riesgos de padecer

problemas psicológicos (Vega, Scutchfield, Karno y Meinhardt, 1985; Vega, Warheit y Palacio, 1985). Sin embargo, cuando se controlan los factores socio-demográficos en estos estudios, las diferencias entre los subgrupos se atenúan o desaparecen, argumentando que la desventaja en el estatus social de los México-americanos al ser comparados con poblaciones de otros grupos étnicos, los sitúa por debajo de los altos índices de síntomas de depresión.

Estudios en Puerto Rico

Canino y colaboradores prepararon e implementaron el estudio: “La Isla de Puerto Rico”, al mismo tiempo que se preparaba el estudio LA- ECA, utilizando una metodología paralela. En este estudio se utilizó una selección estratégica al azar de muestras en todo Puerto Rico. Los investigadores hicieron una traducción del estudio DIS específicamente para Puerto Rico (Bravo, Canino y Bird, 1987). En el estudio “La Isla de Puerto Rico”, el cual es similar al estudio LA-ECA, se encontró que no existen grandes diferencias entre los índices de desorden mental encontrados en la isla al compararlos con los cinco estudios de Captación Epidemiológica por Área, que se llevaron a cabo en territorio de los E.U. (Regier y col., 1984). Se encontró que los Puertorriqueños residentes en la isla, no mostraron señales de sufrir más desórdenes de salud mental que otras personas con diferente origen étnico y condición social en el territorio de los Estados Unidos.

De manera similar al estudio LA-ECA, se encontró que el 3% de los Puertorriqueños en Puerto Rico se ajustaban a los mismos criterios de Depresión Mayor. Las diferencias que existen entre los Puertorriqueños y otros Hispanos, reportadas anteriormente en el HHANE y que utilizaron el programa de depresión del DIS y el CES-D, indicaron que es más frecuente, que se presenten desórdenes en los Puertorriqueños que están viviendo en el área metropolitana de Nueva York, que en aquellos que viven en Puerto Rico. Estos hallazgos sugieren la combinación de una explicación de la causalidad social, con la selección social. La desventaja tan significativa que experimentan los Puertorriqueños en Nueva York, comparada con la de los Puertorriqueños en la isla y con la de otros grupos Hispanos, indica que el factor social juega un papel muy importante en sus conflictos psicológicos. Al mismo tiempo, muchos de los Puertorriqueños que emigran de Puerto Rico a Manhattan, carecen de relaciones sociales y humanas para poder triunfar en la Isla, por estas mismas razones ellos también se enfrentan con muchos problemas en Nueva York. Los argumentos que se tienen sobre la selección social enfocan la falta de estos recursos sociales como consecuencias claves de su problema psicológicos. En un análisis social mucho más extenso se discute que los Puertorriqueños, tanto los que viven en la

Isla como en Estados Unidos, sufren por la misma presión económica que margina a los trabajadores con pocas aptitudes y a quienes la idea de emigrar les ofrece una de las pocas opciones económicas que tienen. A este punto, los mismos factores de estrés social, son la causa de los conflictos psicológicos de este grupo sin tomar en cuenta en donde vivan.

En investigaciones realizadas por Alegría y colaboradores (Alegría y col., 1991) sobre la utilización de los servicios de salud mental de los Puertorriqueños de bajos recursos económicos en la Isla, se nos proporciona un medio más de comparación. Estos investigadores utilizaron en sus estudios los programas de depresión CES-D y DIS permitiendo una comparación con el estudio Hispano HANES . Al comparar en forma estándar a la población de bajos recursos económicos, tanto en Puerto Rico como en Nueva York, se encontró que tienen niveles similares en los síntomas de depresión y de diagnóstico (Vera, y col. 1998). Estos descubrimientos fortalecen el argumento de que la pobreza tiene un impacto directo en los conflictos psicológicos.

Estudio de los Refugiados Cubanos

Un estudio epidemiológico que compara a los Cubanos de Mariel con los refugiados Haitianos de principios del año de 1980, nos da una visión muy clara de los efectos en su salud mental y la utilización de los servicios, las diferentes características de los inmigrantes, su experiencia migratoria, y lo que implica el ser personas “enviadas y recibidas” (Eaton y Garrison, 1992; Portes, Kyle e Eaton, 1992). Estos investigadores discuten que la comparación entre estos dos grupos de refugiados, que llegaron en gran número a Miami durante el mismo período, nos proporciona un contraste muy valioso en el contexto de sociedades “enviadas” y “recibidas” así como se nos dan las características de los mismos refugiados. Los investigadores utilizaron un programa similar al estudio Epidemiológico de Captación por Area para estudiar las consecuencias que trae la inmigración en la salud mental, así mismo utilizaron una versión modificada del DIS para medir Desórdenes Mayores de Depresión, Ansiedad, Alcoholismo y un tamiz psicótico. Su muestra incluyó 452 Cubanos de Mariel y 500 Haitianos que ingresaron a los Estados Unidos en la misma época. Los Cubanos tuvieron más desórdenes mentales que los Haitianos o que otros grupos Hispanos. En el estudio Hispano HANES, aproximadamente el 4% de los cubanos coincidieron en tener Depresiones Mayores. Los Cubanos de Mariel tuvieron los índices más altos en desórdenes psicológicos que cualquier otro de los grupos comparativos, con un 8.3% que presentaron el mismo criterio en Depresiones mayores, esto resulta ser paralelo a los índices en Depresiones Mayores entre los Puertorriqueños en Nueva York y los Puertorriqueños pobres en la Isla.

Estudios de Prevalencia y servicios para México-americanos (MAPPs)

El MAPPs fue un estudio extenso (3,000) que se hizo con personas de origen Mexicano en Fresno, California (Vega y col. 1998). En él se utilizó una metodología similar a la del Estudio Nacional de Co-Morbilidad. También se utilizó una versión traducida y adaptada a la cultura de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Se examinaron primordialmente, los índices de enfermedades mentales de los México-americanos por estatus migratorio y residencia rural/urbana en Fresno, California. El hallazgo más importante fue que a medida que los inmigrantes Mexicanos se fueron adaptando a la sociedad Estadounidense su salud mental empeoró. Los inmigrantes Mexicanos recientes (aquellos que estaban viviendo en Estados Unidos por 13 años o menos) alcanzaron casi la mitad de los índices de enfermedades mentales, que tienen los México-americanos nacidos en los Estados Unidos. Los índices de los recién llegados son similares a los de los Mexicanos nacionales, mientras que los índices de los que llevan más tiempo viviendo acá son similares a los que se muestran en el Estudio Nacional de Co-Morbilidad. Estos hallazgos resultan ser verdaderamente ciertos en los casos de desórdenes mentales por el uso de alcohol y de sustancias, a pesar de presentar un sesgo sobre todas las principales enfermedades, tales como la depresión, la ansiedad y los desórdenes por abuso de sustancias. De modo que, en lugar de suponer que los Mexicanos que viven en los Estados Unidos por más tiempo están más sanos, este estudio indica que entre más prolongada es su estancia en este país, más enfermos se tornan.

Tabla 2
Incidencia de Desórdenes Psiquiátricos en los Principales Estudios sobre Salud Mental Hispana

Diagnóstico	LA-ECA México- americanos (1243)	Estudio Isla de Puerto Rico Puertorriqueños (1513)	Mariel Cubanos (452)	MAAPS México- americanos (3012)
Depresión Mayor	3.0 %	3.0 %	8.3 %	9.0 %
Pánico	1.0	1.1	4.3	1.7
Fobias	7.3	6.3	15.6	7.4
Desórdenes por Alcohol	5.3	2.7	6.0	3.3

[Fuentes: Camino y col. 1987; Karno y col., 1987; Portes y col., 1992; Vega y col., 1998]

Estudio Nacional Sobre Latinos y Asiático-americanos (NLAAS)

El Estudio NLAAS que se llevó a cabo en el 2003, es el primero de representación a nivel nacional, sobre la salud mental de los Latinos y Asiático-americanos en los Estados Unidos. En é se incluyó un muestreo más amplio de Puertorriqueños, Mexicanos, Cubanos y de un significativo grupo de Hispanos. El NLAAS utilizó el CIDI, el cual está adaptado tanto cultural como lingüísticamente, para los diferentes grupos Hispanos. Está diseñado como paralelo a otros dos estudios nacionales de salud mental: 1) El seguimiento al Estudio de Morbilidad Nacional de la población Estadounidense en general y 2) El estudio nacional de salud mental de los Afro-americanos.

V. Utilización de los servicios de Salud Mental por los Hispanos

Los Hispanos, particularmente los México-americanos, tienen muy bajos índices en la utilización de los servicios de Salud Mental (Briones y col., 1990; Hough y col., 1987, Wells y col., 1987; Pescosolido y col., 1988; Vega y col., 1999; Peifer y col., 2000; Vega y Alegría, 2001; vega y col., 2001; Departamento Estadounidense de Servicios Humanos y de Salud [USDHHS], 2001). Los problemas más comunes que tienen los Hispanos para el uso de los servicios de salud mental son: el idioma y la falta de seguros médicos. Los inmigrantes usan mucho menos estos servicios con relación a los Hispanos nacidos en los Estados Unidos. Cuando aquellos buscan ayuda para sus problemas de salud mental, generalmente son más propensos a buscarla en los servicios generales de salud, que en los servicios especializados.

Los hallazgos más sólidos sobre la no utilización de los servicios de salud mental por parte de los México-americanos aparecen en el Estudio Epidemiológico de Captación por Area y en el Estudio MAPPS, con sede en Los Angeles, Ca. En el estudio LA-ECA, los blancos no Hispánicos utilizaron 7 veces más los servicios externos de salud mental, que los Mexicanos que hablaban básicamente Español. En los Mexicanos con menos preparación académica, el uso de cualquier servicio que pueda estar relacionado con problemas de salud mental es muy bajo, ya sea en los sectores especializados en salud mental o en los servicios de salud general. Los índices de hospitalización tuvieron más similitud en estos grupos, debido probablemente a que la hospitalización implica el tener problemas más serios y por haber terceras personas implicadas. Los México-americanos que fueron diagnosticados con desórdenes mentales en estudio LA-ECA, tenían la mitad de probabilidades que los blancos no hispanos, de hacer una visita a los servicios por problemas de salud mental.

El Estudio MAPPS también encontró que los México-americanos utilizaban muy poco los servicios de salud mental de consulta externa e identificó aún diferencias más sorprendentes entre la gente de origen Mexicano nacida en los Estados Unidos y de los que nacieron en México. En general, solamente un cuarto de las personas que fueron diagnosticadas con desórdenes DSM (Manual de Diagnósticos y Estadísticas sobre Desórdenes Mentales), usaron los servicios de salud mental. Quienes necesitaron los servicios de cuidados de salud mental, fueron los inmigrantes quienes usaron el 40% de los servicios que utilizaron los Mexicanos nacidos en Estados Unidos.

Cuando los Hispánicos buscan ayuda para sus problemas de salud mental, ellos son más propensos a buscarla en los lugares donde proveen servicios de salud médica general, que en los sitios especializados para brindar servicios de salud mental. Este hallazgo es particularmente notorio en el Estudio MAAPS para los México-americanos y corroboró lo que se encontró con anterioridad en el estudio LA-ECA.

Por alguna u otra razón, los estudios efectuados con los Puertorriqueños en la isla y con los Cubanos en Miami, nos proporcionan un cuadro diferente (Vega y Alegría, 2001; Burnette y Mui, 1999). Los índices en el uso de los servicios de salud mental de consulta externa en Puerto Rico son similares a los encontrados entre la población general en los Estados Unidos. Parece ser que una vez que las barreras del idioma y culturales son rebasadas y hasta cierto punto las barreras de los seguros médicos, los Puertorriqueños en la isla, utilizan en la misma medida los servicios de salud mental que los Europeo-americanos en los Estados Unidos. Los Cubanos en Miami también tienen índices más altos en el uso de estos servicios que los México-americanos en California. Los pronósticos de este uso entre los Cubano-americanos parecen incluir a los que tienen un nivel socio-económico más alto, a los que tienen programas de apoyo del gobierno que les proporcionan seguros médicos; a un gran número de profesionales Cubanos y a las réplicas del sistema Cubano de clínicas en Miami. Estos estudios indican que cuando las barreras de la cultura, del idioma y las financieras son eliminadas o por lo menos disminuídas, los índices en el uso de los servicios de salud mental de consulta externa se incrementan de una manera considerable.

VI. Barreras para los Hispanos obtener servicios de Salud Mental

Existe un rango muy amplio de barreras para buscar cuidados de salud que han sido señalados en la literatura de salud mental (Hough y col., 1987; Pescosolido y col., 1998; Vega y col., 1999; Vega y Alegría, 2001; Vega y col., 2001; Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos [USDHHS], 2001). Están relacionadas con los proveedores, el sistema de servicios, a nivel comunitario, en la red social en las comunidades y barreras personales. Las barreras más importantes a nivel del sistema de servicios, incluyen la falta de un seguro de salud, barreras del idioma, la discriminación por parte del sistema y la falta de información acerca de los servicios (especialmente en Español). Las barreras que se centran en la comunidad incluyen el estigma de enfermedad mental, la densidad de la familia y de otras redes de apoyo. Las barreras personales son la falta de conocimiento de los problemas de salud mental, el estigma de enfermedad mental y la actitud de autosuficiencia.

Los mayores obstáculos para poder hacer uso de los servicios de salud mental entre los Hispanos, son: la falta de seguros médicos, el idioma y estatus migratorio (USDHHS, 2001; Vega y Alegría, 2001). El 37% de los Hispanoamericanos no están asegurados; esta cifra es el doble del nivel que tienen los Euro-americanos.

En parte, la razón de que estos niveles en la falta de seguro médico sean tan elevados se debe a los bajos índices de seguros que proporcionan los empleadores de Hispanos. Solamente un 43% de quienes trabajan reciben seguro médico por parte de sus empleadores, esta cifra es comparada con el 73% de los Euro-americanos.

La barrera del idioma figura en una forma predominante en los estudios sobre el uso que hacen los Hispanos de los servicios de salud mental (Vega y Alegría, 2001; Prieto y col., 2001; USDHHS, 2001). Gran parte de la población Hispana en los Estados Unidos habla Español como primera lengua, sin embargo este dato difiere de otros grupos mayoritarios de Hispanos y a través de otros estudios (en parte, esto depende de qué tanto se incluya a los individuos indocumentados). Mientras que algunos programas de salud mental, particularmente en el Sureste y Noroeste, han desarrollado actividades específicas enfocadas hacia los Hispanos y cuentan con personal profesional en salud mental, bilingüe y bicultural, la realidad es que no tenemos suficientes agencias que tengan este tipo de recurso humano y menos aún con profesionales que posean maestrías o doctorados. De alguna manera el área de Miami es la excepción a la regla, dado que un gran número de Cubanos son profesionales en el ramo de medicina y salud mental. Sin embargo, la barrera más grande para los Hispanos, es la falta de proveedores de servicios de salud mental en el idioma Español.

Otro obstáculo es la discriminación que sufren los Hispanos en los servicios de salud mental. Esta resulta tanto, por los prejuicios raciales como culturales en contra de ellos. Si existe evidencia de discriminación en el acceso a los servicios de salud médica (Instituto de Medicina, 2002), es muy posible que también suceda lo mismo con la salud mental. Una vez más, este tema difiere para los distintos grupos de Hispanos. En California, los Mexicanos han sido el blanco de leyes y propuestas "Inglés únicamente", con el objeto de limitar su acceso a los servicios sociales y de salud. Los Cubanos que viven en Miami, están menos expuestos a la discriminación debido al dominio político que ellos ejercen en la ciudad, entonces los refugiados del puerto de Mariel fueron más estigmatizados, que los que vinieron en las primeras olas de refugiados. A pesar que a los Puertorriqueños se les ha considerado como ciudadanos desde principios del siglo, todavía se malinterpreta su estatus. Algunos Hispanos del Caribe están expuestos a ser doblemente discriminados por ser negros y de habla hispana.

La falta de información sobre dónde poder encontrar los servicios de salud mental, llega a ser otra barrera, particularmente cuando esta información no se les brinda en Español. Debido a que la mayoría de estos servicios son ofrecidos en diferentes instalaciones a la de los servicios generales de salud, no siempre es muy claro para los usuarios, en dónde pueden ellos encontrar estos servicios.

El estigma de enfermedad mental es una de las barreras particularmente más poderosas que les impide buscar estos servicios. En general, la etiqueta de locura tiene muchas connotaciones negativas. A alguien que está loco se le considera un enfermo mental severo, una persona extremadamente violenta e incurable.

Etiquetar a un miembro de la familia que tenga una enfermedad mental con el término “sufre de nervios”, contribuye a desestigmatizar la experiencia de este miembro de familia, tanto en la familia misma como en la comunidad (Jenkins, 1988 a y b).

Los Hispánicos tienden a tener grandes redes familiares que son fuentes muy importantes de apoyo social y un medio para resolver problemas en tiempos de crisis. El punto clave en la vida social de las familias Hispánicas se manifiesta muy claramente con el concepto de Familismo. Sin embargo, es importante aceptar que muchos de los inmigrantes recientes, han fracturado el sistema familiar como resultado del proceso de inmigración. Aquellos miembros de familia que están en los Estados Unidos, generalmente trabajan largas jornadas y tienen recursos financieros muy limitados. Por lo tanto, en la realidad el apoyo familiar puede que no sea el ideal, el esperado. Una fuente potencial de estrés es el trecho que existe entre lo que los Hispánicos esperan en términos de apoyo familiar y lo que en realidad ellos pueden recibir. En la segunda generación, las familias están fracturadas por las presiones causadas en el proceso de culturización y por el bajo estatus socio-económico en el que se encuentran. Muchos investigadores han discutido que el ampliar los sistemas de apoyo familiar entre los Hispánicos, podría actuar como barrera para buscar los cuidados de salud mental, porque los recursos están disponibles para tratar los problemas dentro de la comunidad y porque las enfermedades mentales son tratadas de una forma privada dentro de la familia. Pescosolido y colaboradores en Puerto Rico (1998), encontraron que las grandes redes de apoyo conllevaron a senderos de cuidados más largos y complejos. Los Puertorriqueños en la isla consultaron a varios consejeros informales para que los guiaran sobre qué hacer y recibieron apoyo de miembros de la familia, que los tenían alejados de los sistemas de salud mental, a no ser que el problema fuera mucho más severo. En los Estados Unidos se ha trabajado menos en estos factores. Para aquellos que no tienen ningún apoyo, terceras partes, como puede ser la policía o empleados de emergencia, son las que pueden influir para que los Hispánicos sean referidos a los servicios de salud.

Investigadores en Puerto Rico han resaltado la actitud de auto-suficiencia como una barrera para buscar cuidados (Ortega y Alegría, 202). La gente que se sentía capaz para enfrentar sola sus problemas, fue la que menos buscaba estos cuidados, sin importarles que muchas veces se les presentaban síntomas que indicaban algún padecimiento de enfermedad mental. Esta actitud de autosuficiencia fue recientemente expresada en Español por personas de un grupo seleccionado de Hispánicos, como “ponerse de su parte” (contributing one’s part). Esta actitud refleja la creencia de que uno debe ser lo suficientemente fuerte como para poder soportar solo y con la familia, los problemas de la vida diaria y no tener que depender del sistema de salud.

VII. Mejores Prácticas de la Salud Mental para los Hispanos

Existe una falta muy seria de investigaciones acerca de las buenas prácticas para el tratamiento de la salud mental de los Hispanos (García y Zea, 1997; Rosenthal, 2000; USDHHS, 2001). La literatura contiene muchas sugerencias sobre las expresiones que usan los Latinos (como son, respeto, personalismo, familismo), expresiones que deberían ser integradas en el tratamiento. Los artículos también sugieren que las Psicoterapias sean orientadas en forma más directa, que de una forma introspectiva y ser más familiares en lugar de individuales, lo que daría resultados más positivos. Sin embargo, no se tienen bases firmes para poder afirmarlo, sólo con estos estudios.

La práctica Clínica con los Hispanos es una labor importante que demanda muchos esfuerzos para poder asegurar qué tratamientos son relevantes y efectivos y determinar qué áreas quedan por ser exploradas, esto en virtud de los siguientes factores: La importante extensión de la población Hispana que hay en E.U., la labor de unir y dar forma a los fragmentos de información confusa y estereotipada con la que se cuenta y por la falta de resultados confiables de investigación. (Rosenthal 2000:219).

En esta sección se hará un seguimiento de las etapas para proporcionar los servicios de cuidados y resumir cuales son las mejores prácticas para servir a los Hispanos (Para tener un marco de Investigaciones en Salud Mental Hispana, ver Rogler, Malgady y Rodríguez, 1989). Estas etapas incluyen la de comprometer al cliente con sus cuidados de salud mental, efectuar la valoración y diagnóstico, y la de proporcionar un tratamiento, tanto al individuo como a la familia. Organista (2000) y López y colaboradores (2002) señalan la fase adquirir el compromiso para dar el tratamiento. Es en esta etapa, donde resultan ser particularmente importantes, los términos *respeto* y *personalismo*, que son empleados por los Hispanos. La combinación de respeto para el cliente (como evidencia de la forma en que debe uno dirigirse a ellos, tanto por su edad, como por su sexo), con calor humano y de interés personal (esta actitud facilita el poder involucrarse mucho más con el cliente Hispano, en lugar de seguir con la actitud de la psicoterapia tradicional que se les da a los clientes Anglo-americanos) son actitudes de fundamental importancia para poder establecer una relación terapeuta-cliente efectiva. La importancia que tienen estos términos para atraer a los pacientes Hispanos a los cuidados de salud mental y que constantemente son mencionados conllevan una validez muy significativa. Ya que no se cuenta con pruebas empíricas específicas del impacto que tienen los términos de *respeto* y *personalismo* para comprometer al cliente en la Psicoterapia, la literatura que más se apega a la cultura étnica (tema que a continuación se discutirá en forma más detallada) nos proporciona una evidencia más concreta de esta afirmación. Los clientes Hispanos que se encuentran a otros pacientes Hispanos en la consulta, son los que tienden más a regresar para seguir un tratamiento, permanecen bajo los cuidados por más tiempo y quedan mucho más satisfechos con el servicio que reciben. Otro factor importante en el compromiso que adquieren, es el hecho de poder comunicarse en una forma efectiva con el terapeuta en el idioma que el/ella prefieran o combinar el idioma Español con el Inglés. El uso del idioma también afecta el diagnóstico. Investigaciones anteriores (1973 a,b, 1976) indican que los Hispanos bilingües aparentan estar más enfermos cuando se les entrevista en Inglés, que cuando se les entrevista en Español.

En términos de valoración y diagnóstico, hay temas a nivel de reconocimiento de síntomas y síndromes y temas relacionados con la valoración clínica en general. Existe una gran preocupación, que va en aumento, sobre el tema de los diagnósticos equivocados emitidos a los Hispanos. En el sistema de salud mental hay experiencias particulares con Hispanos que frecuentemente conducen a cometer errores diagnósticos. Estos tienden a ser muy expresivos al referirse a sus dolores físicos y problemas emocionales, y utilizan frecuentemente un lenguaje somático bastante enriquecido. Esta “somatización” de conflicto es mal interpretada, identificándose como hipocondriasis o como una falta de habilidad para expresar las dimensiones psicológicas de su conflicto emocional, que en ningún caso es acertado (Angel y Guarnaccia, 1989; Escobar, y col., 1987, 1989). Más bien se podría decir que los Hispanos expresan su depresión y ansiedad combinando sus molestias físicas con las emocionales. Las experiencias de apariciones espirituales y religiosas (Guarnaccia, y col., 1992) en el sentido de que escuchan que los llaman por su nombre (con frecuencia parientes que fallecieron recientemente) y la experiencia de sentir presencias extrañas (en muchas ocasiones en forma de *celajes*) son relativamente comunes y no son experiencias patológicas para algunos Hispanos. Estos mismos síntomas resultan ser malinterpretados por los profesionales de salud mental como signos de psicosis. Para los Hispanos del Caribe, el síndrome, de índole cultural, *ataque de nervios*, es una expresión conmovedora de profunda tristeza y conflicto. Algunos de los *ataques* que les dan en lugares culturalmente apropiados como puede ser un funeral, son manifestaciones de cultura que expresan una profunda tristeza; otro tipo de *ataques* pueden estar señalando la presencia de desórdenes de ansiedad o depresión (Guarnaccia y col., 1989, 1993, 1996; Lewis-Fernández, 1996; Liebowitz y col., 1994). *El DSM IV* (APA, 1994) incluye un Glosario de Síndromes ligados a la Cultura, el cual proporciona más detalles de estas experiencias.

El Manual de Diagnósticos y Estadísticas sobre Desórdenes Mentales *DSM IV* también incluye un “Resumen para un Formulario Cultural” (APA, 1994) que proporciona un marco para valorar el impacto de la cultura en la psicopatología del cliente, así como un contexto social y cultural de la persona. Este formulario incluye preguntas para valorar lo siguiente: identidad cultural del cliente; sus explicaciones culturales de la enfermedad; factores culturales que estén relacionados con el ambiente psicológico-social y sus niveles de funcionamiento; factores culturales en la relación que hay entre el cliente y el clínico; y una valoración cultural completa para el diagnóstico y tratamiento. A pesar de que este Formulario es presentado en forma general y no se tiene todavía una investigación sistemática de su uso, existense tiene una serie de reportes de casos que se presentaron en la revista *Cultura, Medicina y Psiquiatría* (desde 1996) en donde se ilustra el uso de este Formulario con clientes de diferentes antecedentes étnicos y se discuten las implicaciones de la información adicional sobre diagnóstico y tratamiento, que fue recopilada de esta manera. Guarnaccia, (Guarnaccia y Rodríguez, 1996) elaboraron un juego de preguntas más detallado para valorar las preguntas de los inmigrantes Hispanos para utilizarlas en programas bilingües & biculturales con pacientes psiquiátricos hospitalizados (Estas preguntas están incluidas como apéndice de la presente Revisión.

La adaptación y el muestreo sistemático de tratamientos para los Hispanos se encuentran en su fase inicial.

La mayor parte del trabajo se realizó para la adaptación de la Terapia Cognoscitiva Conductista para los Hispanos (Organista, 2000; Miranda y Muñoz, 1994; Wells y col., 2000), especialmente para los problemas de depresión. Los

Manuales CBT (Terapia Cognoscitiva Conductista) han sido exitosamente traducidos y adaptados para esta población y los tratamientos han mostrado ser muy efectivos. Organista (2000) proporciona los pormenores de un debate sobre los problemas culturales que se encontraron al adaptar la CBT para los Hispanos en San Francisco y nos da detalles de cómo llevaron a cabo dicha adaptación. Organista señala que hablar de la familia, juega un papel muy predominante en el tipo de problemas que los Hispanos exponen en el tratamiento de salud mental. En suma, los temas de estrés y culturización, particularmente la diferencia en el ritmo de culturización que existe entre padres e hijos, son áreas muy importantes con las que se tiene que trabajar en la psicoterapia. Los programas de actividades, especialmente los que se reconocen como programas de actividades placenteras, que son accesibles para la gente de bajos ingresos, necesitan ser modificados de los protocolos estándares de la CBT. Los aspectos de entrenamientos sobre seguridad del paciente del CBT, necesitan ser adaptados a la cultura al igual que los temas de género femenino/masculino, que son tan destacados en los Hispanos. Organista también proporciona estrategias útiles para el manejo de las tareas de reestructuración cognoscitiva con ellos. Se ha demostrado que el CBT da buenos resultados con esta población. Un tema de vital importancia es el de asegurar que a los Hispanos se les ofrezca intervenciones terapéuticas en forma conjunta con medicamentos.

Las intervenciones familiares han demostrado ser particularmente efectivas por los resultados que se tienen con los Hispanos, por el arraigo a los valores que tienen de los lazos familiares, que con frecuencia es un término barnizado en su lenguaje, como familismo. Mucho del trabajo en valorar la efectividad de la intervención familiar, se ha llevado a cabo por Szapocznik y colaboradores (1997) en Miami con familias Cubano-americanas. El propósito fundamental de estos trabajos ha sido ayudar a la familias a sobrellevar los conflictos intergeneracionales y a disminuir el estrés que les causa el proceso de culturización con el que se enfrentan los adolescentes y que ha resultado ser bastante efectivo.

En otra área de trabajo familiar se llevó a cabo un estudio con familias México-americanas, que tenían un familiar con esquizofrenia menor (López, y col. 2002). Gran parte de este trabajo se ha obtenido de la investigación sobre el papel que juega un familiar al expresar sus emociones durante la re-hospitalización de un pariente con esquizofrenia y sobre la adaptación multi-familiar de los enfoques psicoeducacionales. Jenkins (1988 a,b) encontró, que las familias México-americanas que notaron esquizofrenia en un miembro de su familia y lo calificaron como una forma de “*ataque de nervios*”, aceptaban más la enfermedad del familiar y tenían menos tendencia a tener actitudes negativas que las familias Euro-americanas, quienes identifican el problema como enfermedad mental. López y colaboradores (2002) encontraron que entre los Mexicanos resultaba ser más protector el tener una actitud cálida con algún familiar con problemas de esquizofrenia, mientras que, para los Europeo-americanos, resulte ser más protector, el no hacer comentarios críticos cuando se trataba a los miembros de sus familias.

López y colaboradores (2002), recomiendan hacer una serie de modificaciones para desarrollar intervenciones familiares que sean culturalmente más congruentes para las familias Hispanas que tengan un familiar con esquizofrenia. Estas recomendaciones incluyen material educativo para las familias, traducido en forma apropiada, tanto en términos de lenguaje como a nivel de lectura; comprometer a la familia a dar el apoyo necesario para lograr el reestablecimiento de su pariente enfermo; empezar a impartir educación sobre salud mental para ayudar a la familia a comprender el problema de su pariente, en lugar de impartir conferencias sobre

modelos médicos de salud mental; integrar las dimensiones biológicas y sociales de la enfermedad mental; crear formas de apoyo para familias y para sus familiares enfermos, utilizando sistemas comunes de apoyo existentes en las comunidades Hispánicas en lugar de crear sistemas de apoyo entre familias que son extrañas entre ellas, pero que comparten el problema de la enfermedad mental.

La compatibilidad étnica, o sea, que clientes Hispánicos sean tratados por psicoterapeutas Hispánicos, ha demostrado en algunos aspectos, tener resultados efectivos en los tratamientos de salud mental y para algunos grupos Hispánicos. El trabajo más exhaustivo ha sido realizado por Sue y colaboradores (1991). En su trabajo ellos demuestran que cuando los pacientes Hispánicos son tratados por terapeutas Hispánicos que hablan su idioma, ellos tienden a regresar para continuar con sus tratamientos y a permanecer en estos por largos períodos de tiempo. Estos efectos han sido estudiados más con México-americanos en los Angeles y tuvieron más peso en los clientes de habla hispana. Mientras que en estos estudios los impactos de retención de casos de tratamiento son muy claros, los efectos de igualar los resultados tienen menos peso, por lo que parte del problema radica en encontrar medidas de desempeño apropiadas y confiables.

Existen un sinnúmero de temas relacionados con la provisión de medicamentos para los Hispánicos que tienen problemas de salud mental. Un motivo de gran preocupación es el hecho de que cuando estos acuden a los servicios no reciben los medicamentos más recientes en el mercado a niveles terapéuticos (Marin y Escobar, 2001; IOM, 2002). Parece que tienen muchos temores acerca de los medicamentos psiquiátricos, tanto por lo potentes que estos pueden ser, como por el riesgo a la dependencia. Al mismo tiempo, ellos pueden conseguir más fácilmente medicamentos psiquiátricos en sus países de origen. Aquellos inmigrantes que han estado bajo tratamiento por enfermedad mental en sus países, pueden seguir consiguiendo estos medicamentos a través de sus familiares allá; ésta es un área de valoración muy importante durante las visitas iniciales de los clientes. Se cuenta con muy poca información sobre si los Hispánicos responden a los medicamentos psiquiátricos, particularmente cuando se trata de anti-psicóticos, en diferente forma a como lo hacen los Europeo-americanos (Marin y Escobar, 2001; USDHHS, 2001). Los Hispánicos pueden metabolizar algunos medicamentos en forma diferente y ser más propensos a tener efectos colaterales que los Europeo-americanos.

Las limitadas publicaciones de los resultados de las investigaciones (Rosenthal, 2001; USDHHS, 2001; Wells y colaboradores., 2001) nos demuestran que una vez que los Hispánicos están en tratamiento, ellos salen muy beneficiados, tanto por el efecto de los medicamentos, como por la psicoterapia que reciben. El limitado número de estudios disponibles demuestra, que los beneficios se adquieren de diferentes maneras, tanto aquellos que se obtienen de las adaptaciones en salud mental específicamente desarrolladas para los Latinos, como los que provienen de las formas de acceso más comunes. Los puntos claves son, cómo atraerlos y mantenerlos en tratamientos de salud mental. El conseguir que ellos lo acepten significa el tener que traspasar las barreras de las que hablamos anteriormente. El proporcionar terapeutas bilingües & biculturales nos dará como resultado el mantener a los Hispánicos en tratamiento por períodos más largos y que de esta forma puedan ellos beneficiarse de las opciones disponibles.

VIII. Apéndices

Valoración Social y Cultural de los Inmigrantes Hispánicos

Capacidades y preferencias del Idioma.

1. Conocimientos básicos del Idioma Inglés y Español: Hablo, Entiendo, Leo, Escribo
[Con Fluidez = 1; Muy bien = 2; Bien = 3; Poco = 4; Nada = 5]
2. ¿En qué idioma(s) fue Usted criado desde pequeño?
3. ¿Qué idioma(s) habló y aprendió Usted en la escuela?
4. ¿Qué idioma(s) habla Usted actualmente con sus familiares; amigos; relaciones de trabajo; comerciantes?
5. Nivel de habilidades en el idioma.
 - A.- Idiomas que el cliente entiende.
 - B.- Idiomas en que el paciente se desenvuelve en sus actividades diarias.
 - C.- Idiomas en los cuales el cliente expresa sus emociones/sentimientos.
 - D.- Idioma en que el cliente se siente más cómodo en su trato con el doctor.

Conexiones Sociales

ESTRUCTURA FAMILIAR

1. ¿Quién encabeza el núcleo familiar?- Nuclear (Padres e Hijos), extendida (Abuelos, nietos, Primos y Tíos), familia original (De sangre) o familia política (Parientes de su pareja)
2. ¿Dónde viven todos?- Está su familia separada entre E.U. y su país de origen?
3. ¿Hace cuánto tiempo ha estado separada su familia? ¿Tienen planes para que su familia se reúna? ¿Cuándo?
4. ¿Qué tan seguido esta Usted en contacto con su familia? ¿Personalmente, por teléfono, por correspondencia?
5. ¿Qué tan difícil es mantenerse en contacto con su familia?
6. ¿Tiene Usted compadres? ¿Que tan seguido está Usted en contacto con ellos?

APOYOS SOCIALES

1. Si usted necesitara _____, (Un favor, véase lista)
¿Tiene a alguna persona a quien recurrir? ¿A quien(es) recurriría?
¿Le ha(n) ayudado esta(s) persona(s) en el pasado?

Favor

Transportación al doctor/hospital

Préstamo de dinero

Cuidar a los niños

Alguien con quien hablar

Lugar para vivir

Uso del teléfono

Ayuda en traducción

2. ¿Quién le ayudó a moverse de un lugar a otro cuando llegó por primera vez a E.U.?
3. ¿A quién recurre para pedir un consejo, por ejemplo dónde comprar, donde acudir a recibir atención médica, cómo tener estos servicios?
4. ¿A quién recurre cuando Usted necesita hablar con alguna persona?
5. ¿Con quién(es) celebra los días de fiesta?
6. ¿A quién debemos contactar si se le presentara a Usted una emergencia?

Experiencia de Migración

1. ¿Dónde nació Usted? ¿Dónde nacieron sus padres?
2. ¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo en E.U.? ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en donde vive usted actualmente?
3. ¿Porqué dejó su país de origen?
4. ¿Cuál fue la razón por la que vino a los Estados Unidos? ¿Porqué vino a la ciudad donde usted vive ahora?
5. Describa su viaje a Estados Unidos.
 - A. ¿Cómo efectuó el viaje?
 - B. ¿A través de que países viajó?
 - C. ¿Quién le ayudó a usted en su viaje?
 - D. ¿Qué problemas encontró?
 - E. ¿Dónde durmió, comió, se aseó?
6. ¿Viajó usted solo o con otras personas? ¿Quién vino con usted?
7. ¿Ha regresado usted a su país? ¿porqué o porqué no?
8. ¿Aún tiene usted familia o parientes en su país? ¿Quién? ¿Planean ellos venir a los Estados Unidos? ¿Está usted preocupado por la salud o seguridad de ellos?
9. ¿Planea usted quedarse en los Estados Unidos o piensa regresar a su país de origen?

Creencias y Prácticas Religiosas

1. ¿Qué religión profesa usted?
2. ¿Se considera usted una persona religiosa?
3. ¿Cada cuando va usted a los servicios y a las reuniones de grupos religiosos?
4. ¿Qué tan seguido reza? ¿Tiene Usted un altar en casa?
5. Creencias en *curaciones* espirituales.
 - A. ¿Ha escuchado usted sobre personas que se han curado a través de espíritus o santos?
 - B. ¿Creé usted que la gente puede curarse con la ayuda de espíritus o santos?
 - C. ¿Ha consultado alguna vez a tales personas como espiritistas, curanderos o santeros?
 - D. ¿En alguna ocasión le han servido este tipo de tratamientos?
 - E. ¿Esta usted consultando a esa persona ahora?
6. ¿Usted o alguna persona de su familia a consultado a algún ministro religioso para tratar problemas de salud? ¿A algún curandero?
7. ¿Existen algunas creencias en su religión que pudieran obstaculizar su tratamiento (por ejemplo prohibirle el consumo de ciertas medicinas, no permitirle que le hagan transfusiones de sangre)?

Utilización de Servicios para Atención a la Salud

1. ¿Cuando se enfermaba usted en su país, que hacía? ¿Quién atendió sus partos? ¿Adónde acudía para recibir tratamiento médico? ¿Con quién hablaba para saber qué hacer?
2. ¿Desde que llegó Usted a los Estados Unidos qué problemas de salud ha tenido? ¿Adónde acudió para recibir tratamiento?
3. ¿Cómo podría usted explicar o llamarle a su problema?
4. ¿Desde que empezó el problema de salud que sufre ahora, qué tipo de cuidados ha recibido usted?
 - A. ¿Ha hecho usted algo solo(a)? [Remedios caseros, té o infusiones,

medicinas de mostrador]

- B. ¿Con quién habló usted para pedir consejo?
- C. ¿Qué lo presiono a venir aquí? ¿Quién le recomendó que viniera aquí?
- D. ¿Qué espera usted del tratamiento?
- E. ¿Está usted buscando cualquier otro tratamiento por medio de otra persona?
- F. ¿Ha platicado con el sacerdote o ministro de sus problemas de salud?
- G. ¿Ya Había usted sufrido de este problema con anterioridad? ¿Qué hizo usted para atenderse? ¿ El problema era diferente en su país?

[De Guarnaccia, P. J. y O. Rodríguez, 1996. *Concepts of Culture and their Role in the Development of Culturally-Competent Mental Health Services*. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 18:419-443.]

IX. Referencias:

- Aguirre-Molina, M. & Molina, C. (1994). Latino populations: Who are they? In C. W. Molina & M. Aguirre-Molina (Eds.), Latino health in the U.S.: A growing challenge (pp. 3-22). Washington, DC: American Public Health Association.
- Aguirre-Molina, M., Molina, C. & Zambrana, R., eds. (2001). Health Issues in the Latino Community. San Francisco: Jossey-Bass.
- Alegría, M., et al. (1991). Patterns of mental health utilization among island Puerto Rican poor. American Journal of Public Health, 81, 875-879.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angel, R. & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. Culture, Medicine and Psychiatry, 11, 465-494.
- Angel, R. & Guarnaccia, P.J. (1989). Mind, body and culture: Somatization among Hispanics. Social Science and Medicine, 28, 1229-1238.
- Bean, F.D. & Tienda, M. (1987). The Hispanic Population of the United States. New York: Russell Sage Foundation.
- Bravo, M., Canino, G.J. & Bird H. (1987). El DIS en Español: su traducción y adaptación en Puerto Rico. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 33, 27-42.
- Briones, D.F., Heller, P.L., Chalfant, H.P., Roberts, A.E.; et al. (1990). Socioeconomic status, ethnicity, psychological distress, and readiness to utilize a mental health facility. American Journal of Psychiatry, 147, 1333-1340.

- Bureau of the Census. (2000). U.S. Census 2000. Washington, DC: Department of Commerce.
- Burnette, D., & Mui, A.C. (1999). Physician utilization by Hispanic elderly persons: National perspective. Medical Care, *37*, 362-374.
- Burnham, M.A., Timbers, D.M. & Hough, R.L. (1984). Two measures of psychological distress among Mexican Americans, Mexicans and Anglos. Journal of Health and Social Behavior, *25*, 24-33.
- Burnham, M.A., Hough, R.L., Karno, M., Escobar, J.J. & Telles, C.A. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. Journal of Health and Social Behavior, *28*, 89-102.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M. & Guevara, L.J. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, *44*, 727-735.
- Canino, G.J., Bravo, M., Rubio-Stipec, M., Woodbury, M. (1990). The impact of disaster on mental health: Prospective and retrospective analyses. International Journal of Mental Health, *19*, 51-69.
- Casas, J.M. & Keefe, S.E. (1978). Family and mental health in the Mexican American community. Monograph number seven. Los Angeles: Spanish Speaking Mental Health Research Center.
- Cervantes, R.C., Salgado de Snyder, V.N., Padilla, A.M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. Hospital and Community Psychiatry, *40*, 615-619.
- Chavez, L.R. (1992). Shadowed lives: Undocumented immigrants in American society. Fort Worth, TX: Holt, Rhinehart and Winston.
- Chavez, L.R. & Torres, V.M. (1994). The political economy of Latino health. In T. Weaver (Ed.), Handbook of Hispanic cultures in the United States: Anthropology. (pp. 226-243). Houston: Arte Público Press.
- Conover, T. (1987). Coyotes: A journey through the secret world of America's illegal aliens. New York: Vintage Books.
- Eaton, W.W. & Garrison, R. (1992). Mental health in Mariel Cubans and Haitian boat people. International Migration Review, *26*, 1395-1415.
- Escobar, J.I., Burnham, M.A., Karno, M., Forsythe, A. & Goulding, J.M. (1987). Somatization in the community. Archives of General Psychiatry, *44*, 713-718.
- Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, C. & Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct. Journal of Nervous and Mental Disease, *177*, 140-146.

- Flores, J. (1993). Divided borders: Essays on Puerto Rican identity. Houston, TX: Arte Publico Press.
- Frerichs, R., Aneshensel, C. & Clark, V. (1981). Prevalence of depression in Los Angeles County. American Journal of Epidemiology, *113*, 691-699.
- Garcia, J.G. & Zea, M.C. (Eds.). (1997). Psychological Interventions and Research with Latino Latino Populations. Boston: Allyn & Bacon.
- Garrison, V. (1977). Doctor, espiritista or psychiatrist?: Health-seeking behavior in a Puerto Rican neighborhood of New York City. Medical Anthropology, *1*, 65-180.
- Garrison, V. & Weiss, C.I. (1987). Dominican family networks and United States immigration policy: A case study. In C.R. Sutton & E.M. Chaney (Eds.), Caribbean life in New York City: Sociocultural dimensions (pp. 236-254). New York: Center for Migration Studies of New York, Inc.
- Grasmuck, S. & Pessar, D.P. (1991). Between two islands: Dominican international migration. Berkeley: University of California Press.
- Grenier, G.J. & Stepick, A. (1992). Miami now! Immigration, ethnicity and social change. Gainesville, FL: University Press of Florida.
- Guarnaccia, P.J., Angel, R. & Worobey, J.L. (1989a). The factor structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The influences of ethnicity, gender, and language. Social Science and Medicine, *29*, 85-94.
- Guarnaccia, P.J., DeLaCancela, V. & Carrillo, E. (1989b). The multiple meanings of ataques de nervios in the Latino community. Medical Anthropology, *11*, 47-62.
- Guarnaccia, P.J., Guevara-Ramos, L.M., Gonzales, G., Canino G.J., & Bird, H. (1992). Cross-cultural aspects of psychotic symptoms in Puerto Rico. Research in Community and Mental Health, *7*, 99-110.
- Guarnaccia, P.J. Canino, G. Rubio-Stipec, M. & Bravo, M. (1993). The prevalence of ataque de nervios in Puerto Rico: The role of culture in psychiatric epidemiology. Journal of Nervous and Mental Disease, *181*, 157-165.
- Guarnaccia, P.J., Rivera, M., Franco, F. & Neighbors, C. (1996). The experiences of ataques de nervios: Towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. Culture, Medicine and Psychiatry *20*: 343-367.
- Guarnaccia, P.J. & Rodriguez, O. (1996). Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, *18*, 419-443.

- Harwood, A. (1977). Rx: Spiritist as needed. New York: John Wiley & Sons.
- Hough, R.L., Landsverk, J.A., Karno, M., Burnam, M.A.; et al. (1987). Utilization of health and mental health services by Los Angeles Mexican Americans and non-Hispanic Whites. Archives of General Psychiatry, 44, 702-709.
- Institute of Medicine. (2002). Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in treatment. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jenkins, J.H. (1988a). Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: A cross-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. Social Science and Medicine, 26, 1233-1244.
- Jenkins, J.H. (1988b). Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: the problem of *nervios* within Mexican-American families. Culture, Medicine and Psychiatry, 12, 303-331.
- Karno, M., Hough, R.L., Burnham, M.A., Escobar, J.I., Timbers, D.M., Santana, F. & Boyd, J.H. (1987). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in Los Angeles. Archives of General Psychiatry, 44, 695-701.
- Koss-Chioino, J. (1992). Women as healers, women as clients. Boulder: Westview Press.
- Lewis-Fernández, R. (1996). Diagnosis and treatment of *nervios* and *ataques* in a female Puerto Rican migrant. Culture, Medicine and Psychiatry 20(2): 155-163.
- Liebowitz, M.R., et al., (1994). Ataque de nervios and Panic Disorder. American Journal of Psychiatry 151(6): 871-875.
- López, A.G. & Carrillo, E. (Eds.). (2001). The Latino Psychiatric Patient: Assessment and Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- López, S.R., Kopelowicz, A., & Canive, J.M. (2002). Strategies in developing culturally congruent family interventions for schizophrenia: The case of Hispanics. In H.P. Lefley & D.L. Johnson (Eds.), Family interventions in mental illness: International perspectives, (pp. 61-90). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc.
- Marcos, L.R., Alpert, M., Urcuyo, L., & Kesselman, M. (1973a). The effect of interview language on the evaluation of psychopathology in Spanish-American schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry, 130, 549-553.
- Marcos, L.R., Urcuyo, L., Kesselman, M., & Alpert, M. (1973b). The language barrier in evaluating Spanish-American patients. Archives of General Psychiatry, 29, 655-659.

- Marcos, L.R. (1976). Bilinguals in psychotherapy: Language as an emotional barrier. American Journal of Psychotherapy, 30, 552-560.
- Marin, H. & Escobar, J.I. (2001). Special issues in the psychopharmacologic management of Hispanic Americans. General Psychopharmacology, 35, 197-222.
- Massey, D., Alarion, R., Durand, J. & Gonzalez, H. (1987). Return to Aztlan. Berkeley: University of California Press.
- Melville, M. (1994). "Hispanic" ethnicity, race and class. In T. Weaver (Ed.), Handbook of Hispanic cultures in the United States: Anthropology. (pp. 85-106). Houston: Arte Público Press.
- Moscicki, E.K., Rae D., Regier D.A. & Locke, B.Z. (1987). The Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: Depression among Mexican-Americans, Cuban-Americans, Puerto Ricans. In M. Gaviria & J.D. Arana (Eds.). Health and Behavior: Research Agenda for Hispanics. Chicago: University of Chicago at Illinois.
- National Center for Health Statistics. (1985). Plan and operation of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey 1982-1984. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Organista, K.C. (2000). Latinos. In J.R. White & A.S. Freeman (Eds.), Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations, (pp. 281-303). Washington, D.C., US: American Psychological Association.
- Ortega, A. & Alegria, M. (2002). Self-reliance, mental health need and use of mental healthcare among island Puerto Ricans. Mental Health Services Research, 4, 131-140.
- Pedraza-Bailey, S. (1985). Political and economic migrants in American: Cubans and Mexicans. Austin: University of Texas Press.
- Peifer, K., Hu, T., & Vega, W. (2000). Help seeking by persons of Mexican origin with functional impairments. Psychiatric Services, 51, 1293-1298.
- Pescosolido, B.A., Wright, ER., Alegria, M., & Vera, M. (1998). Social networks and patterns of use among the poor with mental health problems in Puerto Rico. Medical Care, 36, 1057-1072.
- Portes, A. & Bach, R.L. (1985). Latin journey: Cuban and Mexican immigrants in the United States. Berkeley: University of California Press.
- Portes, A. & Rumbaut, R.G. (1990). Immigrant America. Los Angeles: University of California Press.

- Portes, A., Kyle, D. & Eaton, W.W. (1992). Mental illness and help-seeking behavior among Mariel Cuban and Haitian refugees in South Florida. Journal of Health and Social Behavior, 33, 283-298.
- Portes, A. & Stepick, A. (1993). City on the edge: The transformation of Miami. Berkeley:University of California.
- Prieto, L., McNeill, B.W., Walls, R.G., & Gomez, S.P. (2001). Chicanas/os and mental health services: An overview of utilization, counselor preference, and assessment issues. Counseling Psychologist, 29, 18-54.
- Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Blazer, D.G., Hough, R.L., Eaton, W.W., & Locke, B.Z. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program Archives of General Psychiatry, 41, 934-941.
- Rivera-Batiz, F.L. & Santiago, C. (1994). Puerto Ricans in the United States: A changing reality. Washington, DC: The National Puerto Rican Coalition.
- Roberts, R.E. (1980). Reliability of the CES-D in different contexts. Psychiatric Research, 2, 125-133.
- Roberts, R.E. (1981). Prevalence of depressive symptoms among Mexican Americans. Journal of Nervous and Mental Disease, 169, 213-219.
- Roberts, R.E. & Vernon, S.W. (1983). The Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Its use in a community sample. American Journal of Psychiatry, 140, 41-46.
- Rogler, L.H. (1994). International migrations: A framework for directing research. American Psychologist, 49, 701-708.
- Rogler, L.H., Malgady, R.G. & Rodríguez, O. (1989). Hispanics and mental health: A framework for research. Malabar: Robert E. Krieger Publishing Company.
- Rosenthal, C. (2000). Latino practice outcome research: A review of the literature. Smith College Studies in Social Work, 70, 217-238.
- Sue, S. et al., (1991). Community Mental Health Services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 533-540.
- Shapocznik, J., & Kurtines, W. (1980). Acculturation, biculturalism, and adjustment among Cuban Americans. In A.M. Padilla, (Ed.), Acculturation: Theory, models and some new findings (pp. 139-159). Boulder: Westview Press.

- Treviño, F. & Rendón, M. (1994). Mental illness/mental health issues. In C. W. Molina & M. Aguirre-Molina (Eds.), Latino health in the U.S.: A growing challenge (pp. 447-475). Washington, DC: American Public Health Association.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity – A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General.
- Vega, W., Warheit, G., Buhl-Auth, J. & Meinhardt, K. (1984). The prevalence of depressive symptoms among Mexican Americans and Anglos. American Journal of Epidemiology, 120, 592-607.
- Vega, W.A., Scutchfield, F.D., Karno, M. & Meinhardt, K. (1985). The mental health needs of Mexican-American agricultural workers. American Journal of Preventive Medicine, 1, 47-55.
- Vega, W., Warheit, G. & Palacio, R. (1985). Psychiatric symptomatology among Mexican American farmworkers. Social Science and Medicine, 20, 39-45.
- Vega, W.A., Kolody, B., Valle, R. & Hough, R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. Social Science and Medicine, 22, 645-652.
- Vega, W.A., Kolody, B. & Valle, J.R. (1987). Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. International Migration Review, 21, 512-529.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderate, E., Catalano, R. & Carveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. Archives of General Psychiatry, 55, 771-778.
- Vega, W. A., Kolody B., Aguilar-Gaxiola, S., & Catalano, R. (1999). Gaps in service utilization by Mexican Americans with mental health problems. American Journal of Psychiatry, 156, 928-934.
- Vega, W.A., Kolody, B. & Aguilar-Gaxiola, S. (1991). Help-seeking for mental health problems among Mexican Americans. Journal of Immigrant Health, 3, 133-140.
- Vega, W.A. & Alegria, M. (2001). Latino Mental Health and Treatment in the United States. In: Aguirre-Molina, M., Molina C. & Zambrana, R., eds. Health Issues in the Latino Community. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 179-208.

- Vera, M., Alegriá, M., Freeman, D., Robles, R., Rios, R., Rios, C. (1991). Depressive symptoms among Puerto Ricans: Island poor compared with residents of the New York City area. American Journal of Epidemiology, 134, 502-510.
- Vernon, S. & Roberts, R. (1982). Prevalence of treated and untreated psychiatric disorders in three ethnic groups. Social Science and Medicine, 16, 1575-1582.
- Wells, K.B., Hough, R.L., Golding, J.M., Burnam, M.A.; et al. (1987). Which Mexican-Americans underutilize health services? American Journal of Psychiatry, 144, 918-922.

Solicitud para Reimpresiones

Todas las solicitudes se deben someter en escrito a:

Henry Acosta, MA, MSW, LSW, Director del Proyecto
Cambiando Mentes, Avanzando la Salud Mental para los Hispanos
New Jersey Mental Health Institute, Inc.
3575 Quakerbridge Road, Suite 102, Mercerville, New Jersey 08619

(609)838-5488
(609)838-5480 Fax
www.njmhi.org

Si quiere usar esta revisión con objetivos diferentes a los Autor,
Contacte a Henry Acosta para solicitar su permiso.

© 2003, New Jersey Mental Health Institute, Inc.

Traducido por:

Jorge L. Castro y Yolanda Sánchez