



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR O
REDUCIR PROBLEMAS EMOCIONALES Y
CONDUCTUALES EN NIÑOS INMIGRANTES
LATINOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

PAOLA MARTINEZ MANRIQUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

2016



Cd. Mx.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a mis padres que siempre me han apoyado en cada etapa de mi vida, en especial a mi madre por darme ánimo de terminar esta aventura y de seguir creyendo en mí.

A mi perrita Rayita por siempre estar allí al lado mientras escribía esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco nuevamente a mis padres por su apoyo y su guía durante mi vida. A la UNAM y a todos mis profesores que con sus enseñanzas motivaron mis estudios y el terminar esta licenciatura. También agradezco a mis compañeras de la facultad que estuvieron y trabajaron a mi lado, Ana Silvia, Geraldine y Diana. Y a mis mejores amigas Maria Elena y Claudia por apoyarme en momentos difíciles.

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. Migración e inmigración	14
1.1 Contexto histórico de la inmigración latina en Estados Unidos.....	16
Capítulo 2. Relación entre inmigración y la salud mental	18
2.1 Principales situaciones relacionadas con la salud mental en población infantil inmigrante.....	21
2.1.1 Estrés asociado a migración.....	22
2.1.2 Estrés asociado a residir en situación desfavorecida en el nuevo país.....	23
2.1.3 Vinculación a la propia cultura y proceso de aculturación.....	24
Capítulo 3. Factores que pueden influir en la salud mental del inmigrante	33
3.1 Salud física.....	33
3.2 Discriminación.....	34
3.3 Pobreza.....	34
3.4 Segundas generaciones.....	36
3.5 Psicopatología de los padres.....	38
Capítulo 4. Problemas emocionales, conductuales y trastornos mentales en población infantil inmigrante	39
4.1 Depresión.....	41
4.2 Ansiedad.....	42
4.3 Estrés postraumático.....	42
4.4 Esquizofrenia y otras psicosis.....	43
Capítulo 5. Factores de protección contra trastornos psicológicos	43
5.1 Terapia cognitivo conductual.....	49
5.1.1 Terapia cognitivo conductual infantil.....	52
5.2 Intervención grupal infantil.....	54
Propuesta de intervención	58

Planteamiento del problema.....	58
Objetivo general.....	59
Justificación.....	59
Hipótesis.....	60
Variables independientes.....	60
Variables dependientes.....	60
Características de los participantes.....	60
Criterios de inclusión.....	60
Instrumentos.....	61
Procedimiento.....	61
Ficha técnica.....	62
Manual.....	70
Especificaciones y complementos.....	100
Conclusiones.....	101
Anexos.....	110
Referencias bibliográficas.....	114

Resumen

La presente tesis surge de la necesidad de ayuda que presentan los niños latinos inmigrantes que se encuentran en los Estados Unidos de América, debido a todos los factores pre y post migración por los que atraviesan los cuales están provocando problemas emocionales y conductuales cada vez más graves en este sector tan vulnerable y al que se le ha prestado poca atención. El fenómeno de la inmigración viene sobretodo acompañado de estrés, no sólo por la separación de la familia extensa y los amigos, costumbres, tierra, etc. sino porque los inmigrantes deben adaptarse a una nueva cultura, en la que pueden encontrar diferentes valores, maneras de interacción y roles sociales, apareciendo incompatibilidades entre la cultura propia y la del país de acogida. Los inmigrantes pueden llegar a sentirse diferentes y excluidos; aunado a que aparte la mayoría atraviesan por una situación de ilegalidad.

Con base en estos factores, se propone una intervención psicológica cuyo fundamento es cognitivo conductual para ayudar a la integración y desarrollo emocional del niño inmigrante en la nueva cultura; que le proporcione herramientas efectivas para su interacción en el nuevo medio en el que se desenvuelve, y reduzca sus posibilidades de generar problemas emocionales y conductuales. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una terapia muy eficaz para el tratamiento de problemas comunes que afectan la salud mental, tales como ansiedad y depresión. La TCC funciona bien en la mayoría de los pacientes en los distintos entornos culturales, pero las investigaciones han demostrado que es más efectiva en caso de adaptarse para satisfacer las necesidades de grupos específicos.

Palabras clave: inmigración, intervención grupal, cognitivo conductual

Introducción

Los Estados Unidos es un país de inmigrantes. Con la excepción de los Nativos Americanos, todos los demás descienden de un inmigrante. Los niños de la primera y segunda generación de inmigrantes son los de más rápido crecimiento del segmento de la población estadounidense. El futuro de la sociedad estadounidense está en última instancia, en relación con la adaptación de los inmigrantes y sus hijos, incluso con los esfuerzos para reducir dicha inmigración.

Flórez (2012) comenta que hay numerosas nacionalidades de hispanos en los Estados Unidos, que comprenden una amplia variedad de grupos raciales, diferentes niveles socioeconómicos y de educación, así como los diferentes patrones y motivos de inmigración. Aunque estas poblaciones se están convirtiendo en la mayoría numérica en los Estados Unidos, por desgracia todavía sufren de las desigualdades en el nivel socioeconómico, la educación, la influencia política, acceso a la salud y servicios humanos.

La vida en un país extranjero implica importantes riesgos, algunos de los cuales pueden tener un efecto perjudicial sobre la salud mental, emocional y conductual. Inmigrar produce un cambio que afecta todos los aspectos de la vida personal y familiar: perspectivas profesionales presentes y futuras, cambios sociales, culturales, políticos, legislativos y financieros, separación de la familia y de los amigos, entre otras.

Costello (1996-2003) en un estudio longitudinal en EUA, en que se analizó un cohorte de 4500 niños de 9, 11 y 13 años que fueron entrevistados anualmente durante 3 años y en otro estudio paralelo con niños indios de 9, 11 y 13 años (n=323) se encontró que los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos de ansiedad (5,7%), enuresis (5,1%), tics (2,7%), trastorno de conducta (3,3%), trastorno oposicionista desafiante (2,7%) e hiperactividad (1,9%). Costello estudió también por una parte el riesgo a lo largo del tiempo

para desarrollar trastornos psiquiátricos (entre los 9 y los 16 años) y por otra, si los diagnósticos permanecían estables o se modificaban con el trascurso del tiempo. Encontró que algunos diagnósticos (ansiedad social, depresión, angustia y abuso de sustancias) aumentaban en prevalencia con los años. Casi todos los diagnósticos excepto fobia social, en la mayoría de los casos se mantuvieron en el tiempo. Los cambios que se produjeron con mayor frecuencia fueron de Depresión a Ansiedad, de Ansiedad a Depresión, de Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) a trastorno Negativista Desafiante y de Ansiedad y Trastorno de Conducta a abuso de sustancias.

Las situaciones nuevas a las que se enfrentan los niños inmigrantes en el nuevo contexto son en extremo estresantes y estos no cuentan con las armas suficientes para manejar estos estresores y el sin número de nuevas experiencias y choque cultural que se encuentran experimentando. Este es un problema social que tiene la necesidad de ser atendido y en que poco se ha trabajado; el cuál amerita la atención necesaria.

Hay muchos conflictos a los que estos niños se tendrán que afrontar, por ejemplo los duelos, y es que esta fuente de estrés de la inmigración es la relacionada con las pérdidas asociadas con la salida del país de origen. Achotegui (2005) hace referencia a diferentes tipos de duelos: amigos y familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus, el contacto con el grupo étnico, los riesgos físicos. Otro conflicto es el choque cultural, los estresores de la aculturación son todos los relacionados con vivir en una nueva cultura. Los cambios implican que los individuos deban adoptar nuevos roles. Cualquier cambio profundo tanto de las normas culturales, como los roles puede ocasionar un importante estrés. Otra posible fuente de estrés es la discriminación percibida. La mayoría de los trabajos sobre estrés cultural estudian el impacto de la discriminación que suele provocar efectos negativos en la salud.

Actualmente los inmigrantes incluyen muchas familias con niños. En el 2008 había 1,5 millones de niños inmigrantes sin documentos en los EUA y 4 millones de niños nacidos en EUA con al menos uno de los padres en condición de inmigración ilegal. Según el grado de medidas restrictivas de cada país dichos padres pueden en ocasiones ser encarcelados. El efecto que puede provocar la pérdida de relación con los padres, se magnifica cuando la causa es la encarcelación parental, porque la inestabilidad aparece en la familia de forma brusca y sin estar prevista. Los niños son traumatizados doblemente porque se separan forzosamente de sus padres, pierden a sus cuidadores y protectores y frecuentemente el domicilio familiar.

Los niños de trabajadores que son detenidos por situación de ilegalidad sufren una serie de estresores: pobreza, vida fuera de la ley, asociación a estatus étnico minoritario. Phillips, Burns, Wagner, y Barth (2004) encontraron que uno de cada cinco niños con los padres recientemente arrestados tenían problemas clínicos significativos de problemas internalizantes (depresión, ansiedad) y uno de cada tres tenían problemas clínicos significativos externalizantes (agresión, problemas de atención, problemas de conducta) McLeigh (2010) plantea como la consideración por parte de la sociedad y de los políticos de la situación de inmigración ilegal como un delito, condiciona la salud mental de los niños en situación de irregularidad.

Hay algunas formas en que se ha tratado de intervenir en este sector de niños inmigrantes, como ejemplo está el programa AMIGO desarrollado por Garrison et al. (1999) que es un programa de salud mental basado en la escuela, que se puso en marcha en 15 centros educativos de Washington para responder al incremento de población de América Central en dicho distrito. La premisa fue no interferir con el desarrollo social, personal y académico del niño, mejorando la comunicación con la familia y facilitando el ajuste cultural tras la reciente llegada a EUA. A dicho programa podían derivar el profesor y tutor tras consultar con el

asesor de la escuela y los padres. El proceso incluía observación del niño en el aula, en lugares no estructurados (comedor, patio) y entrevista con los padres. Dichas entrevistas investigaban el proceso de separación de sus hijos durante la inmigración, la reunificación, las exposiciones a violencia o situaciones de guerra, separaciones de los padres, etc. Tras ello ofrece un servicio de intervención individual, grupal y familiar, intervención en crisis en el domicilio, consultas en la escuela, soporte a padres y profesores y coordinación entre dispositivos.

Friedberg y McClure (2005) mencionan otro tipo de programas grupales con técnicas de psicología positiva, uno de ellos es el entrenamiento en opciones positivas para adolescentes (PACT), este ha sido usado en chicos inmigrantes latinos, y es un programa innovador de prevención de la violencia diseñado específicamente para adolescentes afroamericanos, aunque también usado en latinos, de edades comprendidas entre los 12 y 15 años (Hammond y Yung, 1991). El PACT es especialmente sensible a los temas raciales, étnicos y culturales. Enseña a los niños habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas a través de la enseñanza directa y el modelado de cintas de video.

Este trabajo consiste en una propuesta cognitivo conductual de doce sesiones, que busca se intervenga en la población infantil de inmigrantes latinos, principalmente ilegales, (aunque no en específico) y pretende no solo proponer una intervención que ofrezca herramientas a los niños inmigrantes para ayudarles a mejorar y prevenir los problemas emocionales y conductuales que el fenómeno de la inmigración pueda causarles, si no que se busca también obtener más información de sus necesidades a través de mediciones y evaluaciones de resiliencia tiempo después de la intervención en el mismo grupo, con fines estadísticos y de investigación. Ya que de la experiencia del paciente como receptor de la atención del programa a nivel individual y grupal, se pueden utilizar los datos para designar servicios e intervenciones más apropiadas a nivel de la comunidad.

La idea de esta propuesta de intervención y de investigar sobre este tema surge de la experiencia personal de estar en contacto con niños y familias que acuden y militan en un refugio de inmigrantes en Nashville Tennessee, EUA; en el cuál tuve la oportunidad de colaborar con trabajo voluntario mientras radique en dicho lugar debido a circunstancias personales. Así también, viví la experiencia del fenómeno de la inmigración y algunas de sus consecuencias emocionales y culturales. Es de esta experiencia de donde pude vivenciar que las familias inmigrantes, y en especial los niños, se ven gravemente afectados por las nuevas situaciones a las que se enfrentan en el nuevo país; y que sus problemas emocionales y conductuales, son problemas latentes pero poco atendidos.

Tomando en cuenta lo anterior los objetivos generales del presente trabajo es una propuesta para dar a conocer la necesidad que existe de ayudar a reducir y prevenir complicaciones emocionales y conductuales en los niños inmigrantes, en especial los ilegales que aún sufren más complicaciones y discriminación. Y en sí proponer una intervención grupal de corte cognitivo conductual para niños inmigrantes latinos en Estados Unidos de América, y lograr una mejor calidad de vida y aculturación por medio de inculcar y enseñar estrategias de adaptación e interrelación social; así como habilidades; para resolver problemas y negociar desde su nueva situación y en su nuevo contexto.

Esta propuesta de intervención pretende ser práctica, corta y grupal; debido a que es dirigida a niños, que no tendrán mucho tiempo y recursos para tomar terapias largas o costosas. La terapia cognitivo conductual para este tipo de problemas me parece indicada, puesto que este tipo de terapia en los niños trabaja con sus habilidades cognitivas sociales, sus capacidades y nivel de desarrollo. En el tratamiento infantil los niños no suelen ser capaces de diferenciar entre pensamiento lógico y la reacción, así también les cuesta trabajo comprender sus emociones. Este tipo de terapia igualmente les ayudará a reestructurar ideas y pensamientos

y les dará herramientas de interacción social, y resolución de problemas, depresión, ansiedad y estrés.

Así mismo la terapia grupal ha demostrado que interactuar con otros niños en el grupo enseña relaciones interpersonales, habilidades sociales, sensibilidad hacia los demás, resolución de conflictos, empatía, entre otras. Promueve así la inclusión y esto ayudará a los chicos a que se sientan nuevamente integrados socialmente, ya que uno de los factores que les afectan, es que no se sientan incluidos en la nueva sociedad. Según Herrera (2003) los objetivos del terapeuta dentro de una terapia de grupo es que el individuo logre aumentar su capacidad para el trabajo productivo, que aprenda a disfrutar mejor de las relaciones interpersonales y que adquiera habilidades para enfrentar las situaciones de estrés más frecuentes de la vida.

Estos son algunos de los motivos por los que la propuesta tienen un enfoque cognitivo conductual, y por lo que se propone sea grupal. Por otra parte esta propuesta incluye algunas actividades donde se da a grandes rasgos información general del nuevo país, para ayudar a los niños a comprender un poco las diferencias de la nueva cultura y el contexto. También se recomienda tomar en conjunto o como actividades complementarias, un curso de inglés y otro de historia y costumbres de E.U.A. Esto con el afán de refirmar el comienzo de un proceso de biculturalización en los niños. Lafromboise, Coleman y Gerton (1993), Guarnaccia y López (1998) comentan que otra variable que favorecería positivamente la salud mental de los niños y adolescentes inmigrantes, es el desarrollo de mecanismos de enfrentamiento bicultural en la nueva cultura. Las investigaciones en general han llegado a afirmar que la biculturalidad permite que los sujetos logren un mejor ajuste en la nueva sociedad. Permitiendo que mantengan lazos con sus valores y cultura de origen, y desarrollar a la vez, las destrezas lingüísticas y sociales, necesarias para negociar con la nueva cultura.

El programa de intervención propuesto en esta tesis se piensa sea llevado a cabo en refugios de inmigrantes, escuelas, organizaciones e instituciones en pro de los derechos humanos, escuelas, etc. Y difundido en los mismos para así llegar al sector esperado. También se pretende sensibilizar, a dichas instituciones, escuelas y a la comunidad en general de que es necesario atender las necesidades emocionales y psicológicas de los niños inmigrantes sobre todo ilegales, sin olvidar a los legales. Esta población es sumamente vulnerable y representa el futuro de un sector importante y creciente en EUA, por lo tanto sí no es atendido representará consecuencias no solo a nivel personal y familiar, sino comunidad.

Teniendo en cuenta la problemática expuesta y la propuesta de intervención de esta tesis, el supuesto o hipótesis es que, si los niños latinos inmigrantes participan y concluyen su intervención, entonces habrán de disminuir, mejorar o prevenir, según el caso, factores de riesgo de presentar problemas emocionales y/o conductuales adquiriendo herramientas positivas en su forma de reaccionar, ver, pensar y comportarse ante situaciones nuevas problemáticas y estresantes. Por lo tanto en general se espera que mejore la posibilidad de interactuar en su nuevo contexto cultural, minimizando el choque cultural, facilitando emocionalmente su manera de enfrentar problemas de discriminación y duelos.

La forma de medir el impacto del programa en los niños será de forma cualitativa y cuantitativa por medio de dos instrumentos respectivamente. El primero es un reporte que se recaba en la primera sesión de la intervención No. 1, mismo que se volverá a aplicar en la última sesión (No. 12) El reporte consiste en grabar la actividad propuesta en las sesiones ya indicadas, que consiste en que con un teatro guiñol y marionetas, los niños harán grupos en parejas y pasaran a contar su experiencia de por qué y cómo ha sido su llegada a USA, este es el instrumento considerado cualitativo ya que se basa en las experiencias contadas y éstas son totalmente subjetivas. El segundo recurso, el cuantitativo, será el Eyberg Child Inventory

(ECBI) Inventario Eyberg del comportamiento en niños (IECN) en español, el cuál es un cuestionario breve y fácil de administrar e interpretar, respondido por padres para detectar problemas de comportamiento en niños. La información de los padres es particularmente importante en la evaluación de los problemas de comportamiento de sus hijos, ya que observan la conducta del niño en una amplia variedad de situaciones. De esta forma se piensa recabar información cuantitativa que nos indique mejorías en el ánimo, forma de resolver problemas y la conducta de los niños, comparando la información recabada con ambos instrumentos.

Debido al tema expuesto en esta tesis, desarrollaré a continuación ciertos temas que me parece necesario conocer para contextualizar el fenómeno de la inmigración en general, sobre todo la inmigración infantil, algunos problemas a los que los niños inmigrantes se enfrentan y los factores causantes de desatar ciertas complicaciones de índole emocional y conductual en esta población.

Capítulo 1

Migración e Inmigración

En sentido general, una migración es una acción de desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o mejorar en general su calidad de vida. Inmigración es la acción y efecto de inmigrar. Este término hace referencia a la persona que llega a otro país para residir en él, generalmente por motivos económicos, políticos o académicos y laborales. En otras palabras, entre los objetivos que más comúnmente persiguen quienes se marchan de su país para radicar en uno extranjero se encuentran la intención de conseguir un mejor trabajo, de escapar de la persecución en su tierra natal, violencia o de estudiar en una escuela o universidad de prestigio.

Según las teorías articulacionistas y transnacionalistas de Sao (2008) comenta que lo que induce a emigrar es la disparidad que las personas perciben entre sus oportunidades en el lugar donde viven y las expectativas que ven de fuera, las informaciones, imágenes y estímulos procedentes del mundo rico, si ya hay familiares y amigos establecidos en el extranjero, quienes ponen en marcha la cadena migratoria y las migraciones actuales no son explicables sin la existencia de campos migratorios y la conformación de redes relacionales cuyo papel es fundamental en la salida, viaje, llegada, ubicación, asentamiento y atracción del nuevo candidato a emigrar. Existen diferentes tipos de emigrantes, los extranjeros, extranjeros comunitarios, refugiados, etc.

Cuando las personas deciden cambiar de lugar para trabajar y vivir, para la otra parte del mundo, es una situación compleja por que aparecen en escena asuntos de documentación, inserción laboral, necesidades de alojamiento, separación de la familia y reagrupación, emergencia de barrios multiculturales, matrimonios mixtos, educación entre varias culturas, rechazo o aceptación social, etc. y por esas razones se dice que la migración es un fenómeno complejo, porque afecta muchos aspectos de una u otra manera.

Cuando los inmigrantes abandonan su país experimentan un sentimiento de pérdida de lazos significativos en torno a los cuales estructuran sus vidas, de signos y símbolos familiares de intercambio social y se producen cambios importantes en la rutina de la vida diaria, etc. Cuanto mayor sea la distancia cultural entre la sociedad de origen y la de acogida, mayor será el esfuerzo adaptativo que debe realizar el inmigrante y mayor la probabilidad de percibir un desbordamiento y falta de control de las demandas ambientales en relación con los recursos disponibles.

La urgencia de encontrar trabajo, el desconocimiento del idioma, del estilo de vida, del sistema de valores y creencias, los reforzadores sociales, etc. de la nueva cultura, son también

estresores o factores de riesgo significativos a los que se tienen que enfrentar de manera inmediata los inmigrantes. Durante la primera fase del proceso de asentamiento, la ausencia de estos recursos de comunicación y el desconocimiento del contexto social impide la satisfacción de necesidades esenciales y existen investigaciones que asocian este déficit con trastornos psicológicos como la depresión.

1.1 Contexto histórico de la inmigración hispana en Estados Unidos

Durante los últimos cuatro siglos, Estados Unidos ha sido un refugio y un lugar muy especial para el desarrollo de muchos grupos de inmigrantes. Entre estos grupos, los latinos no sólo tienen la tasa de inmigración más alta en estos momentos, sino que durante los próximos años ellos constituirán el grupo minoritario más grande en Estados Unidos (Pew Hispanic Center, 2009). Aunque los hispanos, ya sea solos o con sus familias, han emigrado a Estados Unidos desde el siglo XVIII, el movimiento migratorio más grande comenzó a inicios de los setenta. De acuerdo con la mayoría de los historiadores e investigadores, la historia de la inmigración a Estados Unidos durante el siglo xx se divide en tres fases, cada una con características muy distintivas.

Aunque cada autor ha usado diferentes sistemas de clasificación, el propuesto por Massey (1995) incluye a la mayoría de los demás. En su clasificación, Massey denomina a la primera etapa como la era clásica (1901-1930). Estas décadas estuvieron caracterizadas principalmente por la inmigración europea. Durante esta etapa, el porcentaje de inmigrantes europeos fue de 79.6 por ciento, mientras que el de inmigrantes latinos fue de sólo 16.2 por ciento. La segunda etapa se denomina “la gran pausa”, la cual comenzó en 1931 y concluyó en 1970. Durante este periodo, hubo un cambio muy importante en el porcentaje de inmigrantes hacia Estados Unidos. En estas décadas, el porcentaje de inmigrantes europeos (46.2 por ciento) fue descendiendo hasta equipararse con el de los inmigrantes hispanos (43.6 por

ciento) (U.S. Immigration and Naturalization Service, 1994). Este incremento en el porcentaje de inmigrantes latinos tuvo varias causas; sin embargo según Orozco (2013), el Programa Bracero es considerado un factor determinante en este auge.

Este programa comenzó en 1942 y fue el resultado de negociaciones entre los gobiernos de México y Estados Unidos, con la finalidad de contratar obreros mexicanos para trabajar en granjas y labores del campo, así como en la construcción de vías de ferrocarril durante la segunda guerra mundial. No solamente este programa trajo muchos beneficios económicos a los trabajadores y sus familias, sino que también les dio la posibilidad de residir temporal o permanentemente en el país vecino del Norte.

Massey (1995) explica que se estima que desde 1942 hasta 1964, lapso en el que estuvo vigente este programa, más de dos millones de mexicanos trabajaron legalmente en Estados Unidos. En la tercera etapa, denominada “el nuevo régimen”, se presentó la tasa más grande de inmigración hispana en la historia de Estados Unidos. Estas décadas, desde 1970 hasta el año 2000, se caracterizaron por altas concentraciones de latinos en regiones muy específicas, el número cada vez más creciente de inmigrantes indocumentados venidos principalmente de México y Centroamérica, la incapacidad de integrar al campo laboral a una cantidad excepcional de nuevos inmigrantes, la creciente segmentación del mercado laboral, así como las leyes de inmigración cada vez más restrictivas, particularmente en contra de los indocumentados; sin embargo, a pesar de estos y otros muchos obstáculos y desafíos que los hispanos deben sortear, la migración hacia Estados Unidos continúa siendo la mejor opción para ellos y sus familias.

Entre 1971 y 1993 explica Orozco (2013) que el porcentaje de inmigrantes alcanzó su índice más alto con un 49.6 por ciento, lo cual representa 25.9 millones de inmigrantes hispanos. En contraste, el porcentaje de inmigrantes europeos constituyó solamente el 13.1 por

ciento (U.S. Immigration and Naturalization Service, 1994). A su vez, durante los noventa, la población hispana pasó de 22.4 millones a 35.3 millones (U.S. Census Bureau, 2001).

Tomando las cifras del último censo realizado en Estados Unidos, al finalizar 2012, la población hispana alcanzaría los 53.8 millones (Pew Hispanic Center, 2012). De acuerdo con este censo, la población hispana tuvo un incremento de 35.3 millones en el año 2000 a 50.5 millones en 2010, lo cual indica que alrededor de una tercera parte del crecimiento total de la población hispana se dio durante esta década. Estimaciones basadas en la trayectoria de la población hispana han mostrado que al finalizar 2020 el número de hispanos habrá alcanzado los 60 millones. A su vez, se espera que en 2050, aproximadamente el 25 por ciento del total de la población en Estados Unidos tendrá un origen hispano.

Capítulo 2. Relación entre Inmigración y la Salud mental

Los estudios epidemiológicos sobre relaciones entre la inmigración y la salud mental se iniciaron en USA y en Escandinavia. En el año 1932, Odegaard comprobó que entre 1889 y 1929 los ingresos psiquiátricos fueron más frecuentes entre los noruegos inmigrados a EEUU que entre quienes permanecieron en su país natal. Este tipo de estudios, que analiza la mayor tasa de ingresos en población emigrante respecto a la autóctona, se ha repetido en diversos países con resultados similares.

Flórez (2012) habla de que algunos modelos y numerosas teorías han intentado relacionar los trastornos mentales que pueden aparecer en inmigrantes con el proceso de la inmigración. Mientras la “teoría de la selección social” (Odegaard, 1945) atribuye el que ocurran problemas de salud mental a la predisposición del individuo, la “teoría de causa social” lo relaciona únicamente con el estrés externo. De manera integradora se ha formulado el “modelo multivariado”. Flórez (2012) expone que desde que surgen investigaciones que intentan analizar la importancia de los factores premigración, características demográficas del

individuo y factores postmigración en la nueva sociedad, se hace énfasis en que a pesar de que el tema de la inmigración ha sido muy estudiado durante el último siglo, se ha escrito muy poco sobre su impacto en los niños. Las dificultades para la realización de estudios epidemiológicos de trastornos mentales en población infantil pueden ser debidas a varios factores: dificultades nosológicas, necesidad de diferentes informantes para recoger la historia (padres, profesores, niños) o falta de instrumentos que permitan diagnósticos psiquiátricos infantiles fiables. Resulta muy complicado poder comparar estudios por las diferencias en las categorías diagnósticas empleadas, en los tramos de edad estudiados, en los métodos de selección y en los instrumentos utilizados.

La mayoría de los estudios epidemiológicos centrados en la psicopatología infantil han sido desarrollados en E.U.A. Muy pocos se han hecho en Europa, Asia, África o Sudamérica. Algunos autores como Rutter (1989) situaron a Lapouse & Monk (1958) como los responsables del primer estudio epidemiológico en psiquiatría infantil. Estudios sobre prevalencia de psicopatología infantil anteriores a 1980 dieron cifras entre 6.6% y 37%, con una estimación global de un 16% según el meta análisis de Gould, Wunsch-Hitzig & Dohrenwend (1981). Los estudios más representativos lo demuestran (anexos 1 y 2).

Hay que destacar el trabajo de Costello (1996) en E.U.A. Se trata de un estudio longitudinal en que se analizó una cohorte de 4500 niños de 9, 11 y 13 años que fueron entrevistados anualmente durante 3 años. En un estudio paralelo niños indios de 9, 11 y 13 fueron reclutados (n=323). Al aplicar similares métodos para evaluar muestras de dos diferentes grupos étnicos fue uno de los primeros estudios con validez transcultural. La prevalencia de diagnóstico DSM-III-R en la muestra fue de 20.3%. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos de ansiedad (5,7%), enuresis (5,1%), tics (2,7%), trastorno de conducta (3,3%), trastorno oposicionista desafiante (2,7%) e hiperactividad (1,9%). Costello,

Mustillo, Erkanli, Keeler, y Angold (2003) estudiaron también por una parte el riesgo a lo largo del tiempo para desarrollar trastornos psiquiátricos (entre los 9 y los 16 años) y por otra si los diagnósticos permanecían estables o se modificaban con el trascurso del tiempo.

Encontró que algunos diagnósticos (ansiedad social, depresión, angustia y abuso de sustancias) aumentaban en prevalencia con los años, mientras que otros (incluyendo ansiedad de separación y TDAH) disminuían. Casi todos los diagnósticos excepto fobia social, en la mayoría de los casos se mantuvieron en el tiempo.

Los cambios que se produjeron con mayor frecuencia fueron de depresión a ansiedad, de ansiedad a depresión, de TDAH a trastorno negativista desafiante y de ansiedad y trastorno de conducta a abuso de sustancias. El estudio de Gómez-Beneyto investigó la prevalencia de trastornos mentales estimada para el municipio de Valencia en 1994 basada en una muestra aleatoria tomada del Censo de Población de 1200 niños y niñas de 8, 11 y 15 años. Para identificar probable caso psiquiátrico se les evaluó en una primera fase con la versión española del Child Behavior Checklist (CBCL) que se administró a los padres. En la segunda fase hubo 320 niños con los que se utilizó la entrevista semiestructurada Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age (K-SADS) y el Global Assessment Functioning Scale (GAF), así como un cuestionario a padres respecto a trastornos crónicos somáticos. La prevalencia global de trastornos fue de 21,7%, y si se consideraban solamente los trastornos moderados y graves (GAF<60) la prevalencia fue de 4,4%. Los resultados encontrados respecto la prevalencia de diversos trastornos mentales comparados con otros estudios se recoge en el Anexo 3

Ezpeleta (1989-1993) estudió la prevalencia de psicopatología en una población de 9 y 13 años del municipio Badía del Vallés que pertenece al cinturón que rodea Barcelona. La cohorte estuvo formada por 156 niños nacidos en 1989 y en 1993 registrados en el censo del

municipio del 200. Fueron seguidos durante tres años. Se utilizaron como instrumentos el Diagnostic Interview for Children and Adolescents IV (DICA-IV) y el CGAS para medir el funcionamiento global en el último año. Entre un 30% y 60% de los preadolescentes y entre un 30% y un 50% de los adolescentes presentaron un trastorno mental. Encontraron que la psicopatología y la afectación funcional disminuyó con la edad y que la psicopatología de los niños en dicho barrio periférico de una gran ciudad fue tres veces más frecuente que la media de la población general.

2.1 Principales situaciones relacionadas con la salud mental en población infantil inmigrante

Stevens y Vollebergh (2008) vieron que las experiencias traumáticas previas a la migración pueden afectar a la salud mental. Los desastres naturales o perpetrados por los hombres producen secuelas psicológicas que incluyen depresión, ansiedad y síntomas psicósomáticos. Los niños refugiados, muchos de los cuales han experimentado violencia pueden tener un mayor riesgo de trastorno por estrés postraumático.

Pobreza, muerte de seres queridos, separación de uno o ambos padres y asalto a la autoestima constituyen grandes riesgos para el niño. La enfermedad en muchas ocasiones no resulta únicamente de la exposición a la adversidad, sino que se debe a una interacción entre la exposición y una vulnerabilidad previa. Así por ejemplo la muerte materna antes de los 11 años se asocia a depresión en edad adulta si se combina con acontecimientos adversos o dificultades de larga duración. De este modo si al tener una madre deprimida o una familia inestable se le añade el proceso de inmigración, se va a tener una mayor vulnerabilidad.

Para intentar explicar cómo la migración influye en la salud mental se han desarrollado diversos modelos etiopatogénicos. Los factores presentes han sido

predominantemente tres: estrés asociado a la migración, estrés asociado a residir en situación desfavorecida en el nuevo país y vinculación a la propia cultura.

2.1.1 Estrés asociado a migración.

El proceso de migración causa estrés, no sólo por la separación de los amigos y familia extensa, costumbres, etc. sino porque los inmigrantes deben adaptarse a una nueva cultura, en la que pueden encontrar diferentes valores, diferentes maneras de interacción y roles sociales, apareciendo en ocasiones incompatibilidades entre la cultura propia y la del país de acogida. Pueden llegar a sentirse diferentes, discriminados y en ocasiones totalmente excluidos. Dicho estrés debe considerarse un estrés aculturativo opinan Guarnaccia y Lopez (1998) y se asocia a distintas variables, como problemas con el idioma en el niño y sus familiares, que encuentran una sociedad en la que no les entienden su idioma nativo y en la que ellos no comprenden el lenguaje del país receptor.

Percepción de discriminación de la nueva sociedad en relación a diferencias que van desde el idioma, color de piel, diferencias físicas, forma de vestir, comer, etc. Percepción de incompatibilidades culturales por diferencias entre los valores familiares, estilos de interacción y roles sociales. Conflictos entre los niños y los padres por el momento en el que los niños se adhieren a los valores culturales y normas del país acogedor y abandonan los del país de origen. Teniendo en cuenta este mecanismo etiológico del malestar, secundario al estrés, Guarnaccia (2000) propone ciertas medidas destinadas a mejorar la salud mental de los niños inmigrantes incidiendo sobre dicho estrés, propone que las escuelas que tienen poblaciones de inmigrantes necesitarían soporte especial para atender a estos estudiantes. Los profesores necesitan entrenarse para conocer las culturas y trabajar con las diversidades de los niños inmigrantes. Se necesitan programas escolares para reforzar el valor de la diversidad cultural y evitar prejuicios respecto los recién llegados. A nivel de programas de salud mental se

deberían desarrollar programas de multilingüismo y multiculturales. Proponen por una parte entrenar a los profesionales en competencia cultural y por otra formar a profesionales de grupos culturales no representados. También proponen que cada gobierno debe examinar las políticas que faciliten el ajuste de las familias inmigrantes o refugiadas para disminuir el estrés.

2.1.2 Estrés asociado a residir en situación desfavorable en el nuevo país.

Una segunda explicación del incremento de riesgo para problemas de salud mental en niños inmigrantes tiene que ver con el estrés originado en el proceso restrictivo que pueden encontrar en la sociedad receptora. En ocasiones los inmigrantes tienen una posición minoritaria en el nuevo país y no se debe tanto a una falta de fuentes personales, culturales o educacionales en sus grupos étnicos, como a las dificultades para su adaptación en la nueva sociedad. Todo ello se debería a la discriminación o a las políticas restrictivas dirigidas a los recién llegados. Puede conducir a una segregación residencial, económica, social, cultural y a un entorno que puede crear efectos adversos sobre la salud mental.

El ser refugiado es bastante desfavorecedor también, los desplazados de su país de origen que no tienen la opción del regreso se ha disparado en los últimos años. Refugiado se define como la persona que sale de su país por ser perseguido debido a motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenecer a un determinado grupo social u opinión política y que precisa protección. Dicho estatus va a implicar unas características específicas, unas dificultades añadidas al proceso de inmigración. El refugiado en general no va a poder mantener contacto con los de su país ni regresar a él. En el 2002 unas 110.000 personas solicitaron asilo político en Reino Unido, con un incremento de un 250% en los últimos 5 años. De todas formas hay otros países que reciben muchos más refugiados como es el caso de

Tanzania que en 1999 recibió más refugiados que el conjunto de países de Europa occidental juntos. La mitad de la población desplazada en el mundo son niños.

Fazel y Stein (2002) explican que los factores estresantes a los que la mayoría de refugiados están expuestos se dan en su país de origen: muchos refugiados tienen experiencias consideradas traumáticas. Ellos en muchas ocasiones se han visto forzados a abandonar su hogar por estar expuestos a la guerra o a hechos violentos, tortura o pérdida de familiares y amigos. En ocasiones no recuerdan los momentos de estabilidad cuando la inseguridad y el estrés han sido tan comunes. También la permanencia en un campo de refugiados supone una mayor vulnerabilidad. Puede durar meses y exponer a los refugiados a muchos peligros. Los niños en este tiempo pueden sufrir experiencias de separación de sus padres. Así igualmente el periodo durante el que se reside en otro país puede ser un tiempo de dificultad, en el que se tiene que adaptar una nueva sociedad. Este periodo se ha denominado como de “trauma secundario” debido a la alta frecuencia de problemas encontrados. Los factores de riesgo para problemas emocionales en los niños refugiados se recogen en el anexo 4

Estudios de niños refugiados han mostrado que la prevalencia de problemas emocionales y conductuales era muy alta, con los diagnósticos más frecuentes de trastorno por estrés postraumático, ansiedad con trastornos del sueño, y depresión. En estudios de recién llegados se llegaron a encontrar cifras de 49% a 69%, con prevalencias que se incrementaban dramáticamente si uno de los padres había sido torturado o habían sido separados de la familia. Los síntomas más frecuentemente encontrados en niños refugiados se recogen en el anexo 5.

2.1.3 Vinculación a la propia cultura y proceso de aculturación

La aculturación es un factor importante a la hora de entender el proceso de ajuste cultural y adaptación de los inmigrantes. Aculturación se refiere a la manera en que un

individuo negocia con dos o más culturas y se puede definir como el cambio resultante del contacto directo y continuo del individuo con una cultura diferente de la suya. Esto asume que una cultura es dominante mientras que la otra es percibida como que tiene menos valor. Se diferencia entre la cultura de origen que denominan “national culture” y la cultura del país nuevo, que es la “host culture”.

La particular manera de mantenerse vinculado con la cultura de origen de cada grupo migratorio puede contribuir al desarrollo en los niños de problemas mentales. En esta línea de argumentación no es el estrés de la migración ni la posición minoritaria, sino la forma de relacionarse con su propia cultura lo que influye en la salud mental. El concepto de cultura engloba una gran variedad de aspectos como roles familiares, patrón de comunicación, estilos afectivos, individualismo, colectivismo, espiritualidad, religiosidad. En relación a los niños hay dos modelos que van a intentar relacionar las características culturales con su salud mental.

Flórez (2012) sugiere que los factores culturales influyen directamente en la conducta del niño, de modo que los niños inmersos en una cultura ajena para ellos van a suprimirla y no van adoptar e internalizar las conductas aceptables de la nueva sociedad “problem-supresión model”. En el “adult-distress threshold model”, sin embargo la cultura es asumida como influencia indirecta de los padres o adultos en la conducta de los niños. Los padres a través del modelaje suprimen el desarrollo de conductas no deseadas y facilitan el desarrollo de las conductas apropiadas. De este modo si dicho proceso no se da puede verse afectada la conducta, así como también ser fuente de ansiedad.

Centrándose en un trastorno específico como es la esquizofrenia Morgan, Charalambides, Hutchinson, y Murray (2010) revisan las diferentes hipótesis etiopatogénicas que han relacionado ambos fenómenos (inmigración y psicosis). La Migración selectiva

Odegaard (1932) analiza la alta tasa de esquizofrenia que observó en noruegos inmigrantes en los Estados Unidos y postula que la predisposición o vulnerabilidad para esquizofrenia es previa a la inmigración. Cree que emigran los más vulnerables a esquizofrenia. Basa su teoría en la observación de que muchos de los inmigrantes que desarrollaron esquizofrenia tenían historia de poca adaptación social en su país natal.

Dicha teoría la cuestionan otros autores Selten, Cantor-Graae, Slaets, y Kahn (2002) que estudiaron a toda una población de Surinam de los que una tercera parte emigró a Holanda, con lo que ya eliminaron que hubiera “grupo predisponente”. Era una proporción tan alta que representaba a toda la población. Entre ellos también se halló un mayor riesgo de esquizofrenia que entre los holandeses. Pedersen, Mortensen, & Cantor-Graae (2011) compararon la predisposición a desarrollar esquizofrenia entre los daneses que habían salido de su país como emigrantes y los que habían permanecido en Dinamarca. Encontraron que mientras que una historia materna de contactos psiquiátricos puede predisponer a que uno emigre, una historia personal de trastorno mental hace que disminuya el riesgo de emigración, sobre todo si son pacientes con esquizofrenia.

Respecto al neurodesarrollo Brown (2011) ha considerado que el proceso de inmigrar puede aumentar los factores de riesgo para el neurodesarrollo a través de infecciones virales maternas, complicaciones obstétricas, o deficiencia de vitamina D. También las infecciones virales pueden influir; hay evidencias de que infecciones prenatales (especialmente rubeola, influenza y toxoplasmosis) están asociadas con incremento de riesgo de esquizofrenia en los descendientes Debido a que los inmigrantes tienen más riesgo de sufrir determinadas infecciones al no estar inmunizados, pueden sufrir más infecciones en el embarazo lo cual está asociado a su vez a mayor riesgo de esquizofrenia. En contra de dicha hipótesis se podría pensar que inmigrantes de áreas en que las infecciones fueran comunes (como en África) y por

tanto estuvieran inmunizados, se encontrarían menores tasas de psicosis en los descendientes, lo cual no ocurre.

Otra variable es la que relacionan las complicaciones obstétricas explica Hutchinson et al., (1997). con el futuro desarrollo de esquizofrenia. De esta forma se intenta asociar la mayor prevalencia de dichas complicaciones obstétricas con la mayor tasa de esquizofrenia. No obstante no parecen existir mayores tasas de complicaciones obstétricas entre las mujeres inmigrantes, sino incluso todo lo contrario, con tasas en ocasiones menores. Entre los inmigrantes pueden darse otras variables que por sí mismas también se relacionan con una mayor prevalencia de psicosis: desempleo, separación de los padres durante la infancia, vivir solo, y experiencias de racismo o discriminación.

Para poner en relación el proceso de aculturación con la salud mental se desarrolló el “modelo de estrés aculturativo” (Berry, 1989). En dicho modelo uno de las más importantes características es que el sujeto utiliza una estrategia para afrontar dicho proceso. Se describen cuatro estrategias de adaptación: asimilación, integración, separación y marginalización. La asimilación es la estrategia asociada a rechazar los valores culturales de uno a favor de las prácticas culturales del país dominante. La integración representa el mantenimiento de la propia identidad cultural mientras que se participa en los valores culturales de la cultura dominante. Separación representa la estrategia asociada a mantener las normas culturales previas y no participación en las normas culturales del país dominante. Finalmente la marginalización es una estrategia de adaptación en la que uno no participa ni de la propia cultura ni de la del país dominante.

La relación positiva con las dos culturas debería proveer al sujeto la mayor estabilidad para su salud mental, mientras que la marginación debería asociarse a problemas de salud mental. Las relaciones entre asimilación/ separación y salud mental no son claras. El estrés

derivado de la aculturación se ha asociado con ansiedad, depresión, síntomas psicossomáticos, sentimientos de alienación y marginalidad y momentos de confusión respecto la identidad. Sin embargo no siempre el proceso de aculturación es inevitablemente negativo ya que hay muchos factores que pueden influir y modular el proceso. En el estudio que hicieron Kvernmo y Heyerdahl (2003) exploraron el efecto que tenía la aculturación en la salud mental de un grupo de adolescentes minoritarios residentes en Noruega; para ello estudiaron 581 indígenas Sami y 291 Kven entre 15 y 18 años, estudiantes de secundaria.

Los Sami son indígenas del área ártica de Escandinavia, residentes en dicha zona durante al menos 2000 años. Originariamente tenían su propia cultura, lenguaje y religión, pero al ser sometidos al proceso de colonización sufrieron grandes presiones y en muchos casos fueron asimilados. De esta forma en algunas áreas han seguido manteniendo cultura y lenguaje, pero en la mayoría de las zonas han adoptado otras.

La hipótesis de que la marginalización e integración iba a estar relacionada con la salud mental fue confirmada en los hombres Sami pero no en el resto de grupos; mientras que la marginalización fue un factor de riesgo para problemas internalizantes, la integración resultó ser el modelo más saludable de aculturación. En mujeres la asimilación fue relacionada con problemas totales y externalizantes. Yeh (2003) estudió una muestra de 319 estudiantes de secundaria de origen chino, japonés y coreano, todos ellos inmigrantes en EEUU intentando conocer el grado de aculturación y relacionarlo con su salud mental general. En el grupo de estudiantes coreanos, entre los que había más dificultades para el ajuste cultural hubo mayores niveles de síntomas de salud mental que entre chinos y japoneses. También encontraron que los jóvenes más identificados con América tuvieron menos síntomas que aquellos jóvenes más identificados con Asia. Propusieron a partir de su estudio intervenciones dirigidas a las

escuelas, para que los profesores y tutores pudieran reconocer las dificultades y facilitar el ajuste cultural.

Entre los latinos hay autores que encontraron que la discrepancia entre la aculturación entre padres e hijos tenía efectos negativos en cuanto a la salud mental de los jóvenes latinos (Zayas, Kaplan, Turner, Romano, & Gonzalez-Ramos, 2000). La aculturación en ocasiones activaba cambios en las actitudes tradicionales y creaba conflictos con los padres, afectando la cohesión familiar; dicho deterioro en el funcionamiento familiar podría crear una mayor tensión ambiental (N. Gonzales, Deardorff, y Formoso, 2006) El modelo de aculturación de Berry no fue en un primer momento conceptualizado como un modelo lineal progresivo de etapas en el que una estrategia era considerada más adaptativa que otras. Según Berry la estrategia de aculturación empleada dependía no únicamente del sujeto (grado de voluntariedad y adaptación al cambio), sino que también venía dada por la sociedad acogedora, destacando en esta la tolerancia y la actitud hacia las diferencias culturales. Harwood (1994) consideró que el concepto de aculturación en la sociedad actual no estaba justificado.

Hablando específicamente de los Estados Unidos Harwood consideró que muy pocos inmigrantes se dirigían hacia EEUU sin conocimiento previo e internalización de algunos valores de la cultura americana. Los antiguos modelos de aculturación partían de que las culturas estaban separadas. Actualmente la globalización, la tecnología y la difusión de la información amplía el conocimiento de las normas culturales de los países a los que se desplaza el inmigrante. Haciendo referencia a los inmigrantes asiáticos y cómo se adaptan a su nuevo entorno, en ocasiones se recurre a la noción de biculturalismo. Según LaFromboise, Coleman, y Gerton (1993) los procedentes del continente asiático pueden vivir en dos grupos sin comprometerse con sus identidades culturales. Las diferencias en cuanto al género y su

aculturación no han sido muy estudiadas. Tang y Dion (1999) estudiaron 106 chinos universitarios residentes en EEUU y encontraron que los varones tendían a ser más tradicionales y a utilizar estrategias de asimilación con menos frecuencia que las mujeres, en consonancia con datos que apuntaban que las mujeres podían tener peor salud mental por la ansiedad derivada del conflicto con los roles de género.

Respecto a la Aculturación Asimétrica, en ocasiones los hijos adquieren la cultura y la lengua del país acogedor antes que sus padres. A este proceso se le denomina aculturación asimétrica y puede ser fuente de conflictos intergeneracionales. Al no entender los padres el idioma no pueden participar en la educación de sus hijos o ayudarlos en sus deberes. Muchas veces tienen que recurrir incluso a sus hijos para que hagan de intérpretes, lo cual puede crear tensiones y hacer que los padres pierdan autoridad. En el estudio de Cespedes y Huey (2008) se partió de la hipótesis de que la discrepancia cultural padres-hijos podía determinar la sintomatología depresiva entre los niños de inmigrantes latinos debido al funcionamiento familiar disruptivo que conllevaba. Las discrepancias se referían tanto a la disparidad de la aculturación entre latinos niños-jóvenes y sus padres, como a la disparidad entre ideologías relacionadas con el género (aspectos como por ejemplo el “machismo”).

Cespedes y Huey (2008) Estudiaron a 130 jóvenes latinos entre 13 y 18 años, estudiantes de secundaria, residentes en Los Angeles. Evaluó el grado de aculturación con el Acculturation Rating Scale for Mexican Americans-II (ARSMA-II), el rol de género con el Attitudes Toward Women Scale (AWS), y la depresión con la Reynolds Adolescent Depression Scale-2. Contrariamente a lo esperado la discrepancia entre aculturación padres e hijos no se correlacionó con depresión y disfunción familiar. Lo que sí encontró fue que la percepción de diferencias en el rol de género entre los jóvenes y sus padres sí se asociaba a

depresión en los adolescentes. También que dichas discrepancias en cuanto al rol de género fueron mayores entre las mujeres que entre los hombres.

El segundo aspecto derivado del contacto con otra cultura, aparte de la aculturación, es el estrés cultural, grado con el que el individuo siente angustia y presiones por adaptarse al nuevo país (Flórez, 2012). Los estudiosos del estrés aculturativo insisten en que lo importante no es el contacto cultural en sí, sino la experiencia estresante derivada de este contacto. La necesidad de aprender un nuevo idioma, nuevas costumbres y códigos culturales, cambiar el rol familiar y laboral y la falta de permiso de trabajo pueden provocar un estrés importante.

El estrés aculturativo tiene diferentes componentes, como el duelo que implica dejar atrás diferentes modos de vida (Achotegui, 2005), el choque cultural o proceso aculturativo (Finch y Vega, 2003) la frecuente experiencia de discriminación y el constante miedo de ser deportados. Aunque esté compuesto de diferentes factores, desde el punto de vista psicométrico el estrés de la inmigración es unitario. Los duelos están relacionados con las pérdidas asociadas a la salida del país de origen. Achotegui hace referencia a los siete duelos: amigos y familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus, el contacto con el grupo étnico, los riesgos físicos. En el choque cultural, los estresores de la aculturación son todos los relacionados con vivir en una nueva cultura. Los cambios implican que los individuos deban adoptar nuevos roles. Cualquier cambio profundo tanto de las normas culturales, como los roles puede ocasionar un importante estrés. Otra posible fuente de estrés es la discriminación percibida. La mayoría de los trabajos sobre estrés cultural estudian el impacto de la discriminación que suele provocar efecto negativo en la salud.

El modelo de estrés aculturativo toma como referente el modelo de estrés desarrollado por Lazarus (1999), en el que lo relevante es la interacción que se establece entre un estresor y unos mecanismos de afrontamiento desarrollados por el individuo. De esta forma la

aculturación no siempre provoca un deterioro de la salud mental del individuo, sino que a veces implica una oportunidad. Hay pocos estudios que analizan adecuadamente la relación entre el nivel de estrés aculturativo y el desarrollo de psicopatología. En algunos se evidencia que cuanto mayor es el grado de dicho estrés más, frecuentes son los síntomas depresivos así como la ansiedad. Un grupo en el que se ha estudiado el estrés aculturativo ha sido el de los inmigrantes jóvenes asiáticos; son de interés porque aunque los adolescentes asiáticos son percibidos por otras culturas como exitosos a nivel de trabajo, estudios y relaciones sociales, ellos tienen en muchas ocasiones dificultades sociales y emocionales. Nwadiora y McAdoo (1996) examinaron el estrés aculturativo de 200 adolescentes residentes en EEUU de origen asiático; encontraron que la habilidad para hablar inglés estaba asociada con menos estresores aculturativos, lo cual enfatizaba la importancia de la comunicación en el grado de ajuste cultural.

Debido a que el uso del lenguaje fue un importante indicador de nivel de aculturación, la relación entre aculturación y ajuste cultural fue muy fuerte; así inmigrantes que pudieron operar entre culturas, en distintos entornos, se ajustaron mejor a la novedad. Sadowsky y Lai (1997) describieron el impacto de la edad en el estrés aculturativo. La edad joven se asoció con mayor estrés aculturativo; esto puede deberse a que siendo más joven se está por una parte más fuertemente identificado con los padres y con sus creencias, y por otra todavía no se han creado vínculos fuertes con los pares que les permita soporte en el momento de mayor estrés ambiental. También se ha estudiado (Flórez, 2012) el nivel de aculturación (Cultural Life Style Inventory de Mendoza) y el grado de estrés aculturativo (Hispanic Stress Inventory de Cervantes) en una muestra de puertorriqueños residentes en Nueva York y otra muestra residente en San Juan. Los resultados se relacionaron con síntomas psiquiátricos evaluados con el DISC-IV. Llegaron a la conclusión de que la aculturación de los jóvenes no estuvo

asociada con síntomas psiquiátricos en los jóvenes, que la aculturación de los padres tanto en Nueva York como en San Juan sí estuvo asociada a síntomas de conductas antisociales en los jóvenes, y que el estrés aculturativo fue el factor más correlacionado con síntomas psiquiátricos (tanto externalizantes como internalizantes) en los jóvenes después incluso de controlar por lugar de nacimiento, educación maternal, estrés en la infancia, acontecimientos vitales o psicopatología de los padres. El estrés aculturativo de los padres también se relacionó con síntomas psiquiátricos. El estrés cultural estuvo más asociado a los síntomas psiquiátricos entre los niños puertorriqueños que la aculturación. Por ello concluyó que no era necesariamente el nivel de contacto con otra cultura lo que podría ser perjudicial sino el grado en que la inmersión con esa otra cultura era experimentada como estresante.

Capítulo 3. Factores que pueden influir en la salud mental del inmigrante

3.1 Salud física.

El proceso de aculturación en la migración puede provocar cambios en la dieta y exposición a gérmenes patógenos ante los que los inmigrantes no han desarrollado inmunidad. Así en diversos estudios se ha encontrado que mexicanos residentes en EEUU son más tardíos en inmunizar a sus hijos (Flórez, 2012), mujeres negras extranjeras embarazadas tienen menor número de visitas pre o postnatales y muchos grupos de inmigrantes utilizan menos los servicios de salud en general. Un estudio en Québec (Dussault, 1992) mostró que las mujeres en situación de aculturación tendían a tener niños de menor peso en su nacimiento; una posible explicación fue que la aculturación predisponía a las mujeres inmigrantes a malos hábitos como fumar o a tener una dieta inapropiada durante el embarazo.

3.2 Discriminación.

El tener depresión está altamente asociado a experiencias de discriminación. Esto es consistente con estudios en EEUU sobre el efecto que tiene la discriminación en la salud entre adultos afroamericanos y latinos (Finch y Vega, 2003). Los resultados de Finch tras estudiar 3012 mexicanos residentes en EEUU fueron que el grado de depresión se correlacionaba directamente con el grado de discriminación percibida; lo mismo se encontró entre adolescentes.

La experiencia de discriminación en jóvenes adolescentes mexicanos fue relacionada no únicamente con problemas de salud mental internalizantes y externalizantes, sino también con resultados académicos encontraron en sus estudios que a los niños y adolescentes no sólo les influye la discriminación que reciben por parte de sus pares, sino también la procedente de los adultos; les va a influir en su nivel de autoestima (Flórez, 2012). En el estudio de Potochnick y Perreira (2010) se añadió que la discriminación afecta a las primeras generaciones de latinos jóvenes cuando ya llevan viviendo en EEUU por un corto periodo de tiempo, con una media de 4,5 años en su muestra. Según dicho autor el soporte social en casa y en la escuela puede mejorar los efectos negativos de la discriminación.

3.3 Pobreza.

Vivir una situación de pobreza durante la infancia aumenta el riesgo de dificultades en la escuela, se asocia a una mayor frecuencia de embarazo en la adolescencia y en el futuro de trabajo no cualificado o desempleo (Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 1997). En EEUU la comunidad Latina tenía en 1991 una tasa de pobreza entre los niños de un 40% comparada con un 17% entre los blancos no latinos. Entre los latinos desde 1987 a 1993 la tasa de jóvenes con edades comprendidas entre 12 y 17 años que fueron víctimas de un crimen violento se incrementó de 89 a 123 por mil. El homicidio fue

encontrado como la segunda causa de muerte entre los jóvenes latinos, con una probabilidad 4 veces mayor de ser asesinados que los no latinos. Dicha violencia podía afectar de manera directa en la salud mental de los jóvenes. Las tasas de embarazos y nacimientos para chicas jóvenes latinas con edades entre 15 y 17 años aumentó entre 1991 y 1994 (pasó a ser de 74 por 1000), mientras que las tasas para jóvenes afroamericanas y blancas no latinas disminuyó. Las madres adolescentes en general tuvieron nivel educativo limitado y peor perspectivas de empleo; también tuvieron mayor riesgo de niños con bajo peso y una mayor mortalidad infantil, soliendo crecer en casas en las que se solía ofrecer menos soporte emocional y estimulación cognitiva. De este modo se perpetuaba el ciclo de desventaja.

Entre 1985 y 1995 los latinos tuvieron peores resultados académicos en educación secundaria que los afroamericanos o los blancos no latinos. También abandonaron la escuela en edades más tempranas. En ocasiones aunque los padres latinos aspiraron a dar a sus hijos un nivel de educación superior, un gran número de ellos fue incapaz de ayudar a sus hijos con los deberes debido a dificultades tanto en su propia lengua como en el inglés. Según los datos procedentes del National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organization (Garrison, Roy, y Azar, 1999) los adolescentes latinos fueron el grupo más propenso en EEUU a realizar tentativas de suicidio; un 12% de los adolescentes latinos tuvieron al menos una tentativa autolítica en el año previo. También tuvieron mayor tasa de suicidio consumado. Los latinos representaron un 23% de todas las muertes por abuso de drogas entre jóvenes varones entre 10 y 19 años.

Para conocer la asociación entre pobreza y salud mental Xue, Leventhal, Brooks-Gunn, y Earls (2005) analizaron un total de 2805 niños (18,1% americano blanco, 33,8% afroamericano y 48,1% latinos) entre 5 y 11 años de 80 localidades, a los que se les administró el CBCL. El porcentaje de niños cuyo CBCL puntuó de forma positiva fueron 21,5%, 18,3% y

11,5% en barrios de bajo, medio y alto nivel socioeconómico respectivamente. Entre los barrios con más problemas económicos hubo más problemas de salud mental, después de ajustar por variables demográficas, depresión materna y problemas de salud mental en la temprana infancia. El nivel económico fue una variable que influyó en los problemas de salud mental. Por otra parte también se estudió el efecto de la pobreza en la salud mental de niños inmigrantes en Canadá (Beiser, Hou, Hyman, y Tousignant, 2002). Dichos niños vivían en familias con bajo nivel económico con una frecuencia que era el doble a los niños canadienses, pero la pobreza no les afectó directamente sobre su salud mental, sino que estuvo mediada a través de la inefectiva parentalidad, depresión en los padres o disfunción familiar.

3.4 Idioma.

Cuando los niños tienen ambos padres inmigrantes, con un idioma diferente al del país en el que residen, en ocasiones están inmersos en su lengua materna hasta su entrada a la escuela. Esto ocurre sobre todo si es el primero de la fratria o el primero nacido en el extranjero. Dichos niños tienen mayor riesgo de trastornos del lenguaje: trastornos articulatorios y trastornos específicos del lenguaje; también pueden tener trastornos del aprendizaje. El hablar el mismo idioma del país en el que residen mejora el pronóstico. (Baubet, Moro, 2009)

3.5 Segundas generaciones.

El incremento de prevalencia de algunos trastornos mentales también ha sido un tema sobre el que se ha investigado en las segundas generaciones de inmigrantes. Estos son aquellos niños, ya nacidos en el país de residencia cuyos padres son inmigrantes. Goodman & Richards, (1995) estudiaron 292 niños menores de 18 años, nacidos en Gran Bretaña y con padres en Guayana o islas caribeñas, que acudieron a consulta psiquiátrica del Maudsely Hospital en Londres. Los compararon con 1311 niños británicos, con padres británicos. Los

resultados del análisis fueron que los afrocaribeños tuvieron menos tasa de trastornos de conducta y emocionales; sin embargo con mayor frecuencia tuvieron psicosis y trastornos de espectro autista. Respecto a la psicosis en el metanálisis ya citado (Cantor-Graae y Selten, 2005) también se halló una prevalencia más alta entre inmigrantes. En el estudio de Sowa et al. (2000) se encontró que los niños de segunda generación tuvieron una frecuencia de problemas de salud mental similar a la población general no inmigrante. Por otra parte (Alegria, Mulvaney-Day, Torres et al., 2007; Alegria, Shrout et al., 2007), usando datos del National Latino y Asian American Study, se estudió la prevalencia a lo largo de la vida en diferentes grupos de inmigración a EEUU. Los resultados fueron los siguientes: El riesgo para trastorno psiquiátrico fue menor para sujetos latinos que para sujetos no latinos: paradoja del inmigrante.

Hubo en la población latina una mayor prevalencia en el grupo de Puerto Rico, en la segunda y en la tercera generación de latinos.

Los latinos de segunda generación tuvieron mayores tasas para la mayoría de los trastornos psiquiátricos que los latinos inmigrantes. Sin embargo dichas diferencias disminuyeron cuando fueron ajustadas las tasas en función de las variables demográficas y socioeconómicas. La “paradoja del inmigrante”, encontrada en sujetos mexicanos respecto la ansiedad, trastorno del humor y abuso de sustancias, fue evidente solo para abuso de sustancias entre cubanos y otros latinos. No se encontraron entre segundas generaciones. Por ello se debe tener precaución al generalizar “la paradoja del inmigrante” a todos los grupos latinos y a todos los trastornos. Respecto la utilización de los servicios de salud mental se observó que también se había dado un cambio: la tasa de utilización por parte de los latinos se había incrementado sustancialmente respecto la década de los 90. También se encontró que

esta solicitud de tratamiento fue mayor entre puertorriqueños y entre latinos nacidos en USA (Flórez, 2012).

3.6 Psicopatología de los padres.

La depresión materna y paterna ha sido asociada al pronóstico en el desarrollo de los niños. Así la depresión materna y un difícil entorno social se corelaciona con menor regulación de la conducta en la infancia y más problemas conductuales en la edad escolar. Dave, Sherr, Senior, & Nazareth (2009) publicaron que niños de padres con síntomas de depresión fueron ocho veces más propensos a tener problemas del lenguaje y siete veces más propensos a tener problemas externalizantes comparados con grupos controles. Bureau, Easterbrooks, & Lyons-Ruth (2009) encontraron mayor riesgo de depresión entre los niños. Del mismo modo Ramchandani et al. (2008) mostraron que la depresión paterna, independientemente de la materna, estaba asociada con psicopatología en niños de 7 años. Estas relaciones son muy importantes porque los adultos padres que están en proceso de inmigración en muchos casos tienen unas mayores tasas de síntomas psiquiátricos y entre ellos depresión.

Appelgren & Spratt (2012) tras investigar una muestra de emigrantes trabajadores en el campo de Carolina del Sur que tuvieron mayor prevalencia de síntomas depresivos y niveles de estrés, también halló unos altos niveles de estrés en sus hijos. Debido a que había una alta prevalencia de disciplina física propuso un sistema de prevención psicoeducativa que denominó el programa “Crecemos Juntos”

En el estudio de Zwirs et al (2007) que estudiaron turcos y marroquíes residentes en Holanda, junto a holandeses, concluyeron que había asociación entre psicopatología de los padres y trastornos psiquiátricos en sus hijos entre los holandeses y el grupo de turcos, pero no entre los marroquíes Vollebergh et al (2005) encontraron también alto grado de asociación en

los adolescentes marroquíes entre psicopatología en sus padres y problemas externalizantes e internalizantes.

Capítulo 4. Problemas emocionales, conductuales y trastornos mentales en población infantil inmigrante

Stevens & Vollebergh, (2008) realizaron una revisión de la literatura que analizaba la salud mental en niños inmigrantes publicada desde 1990 hasta el 2008. De 750 artículos encontrados únicamente 24 cumplieron criterios de selección (tener grupo control, adecuada definición de inmigrante, tamaño de la muestra significativo, instrumento de medida apropiado, etc.). Los estudios incluidos no confirmaron de manera significativa que los niños inmigrantes tuvieran más problemas de salud mental. Se encontró igual prevalencia de problemas mentales con respecto a poblaciones no inmigrantes. Algunos estudios no diferenciaron entre inmigrantes y refugiados. En muchos estudios los grupos analizados fueron heterogéneos, con procedencia de diferentes países y no se pudieron comparar con grupos autóctonos de las mismas características socioeconómicas. En muchas ocasiones no se controlaba la influencia que podría tener las diferencias socioeconómicas entre los diversos grupos migratorios. Tampoco se controlaba la influencia de las características del país huésped. Existieron diferencias en los resultados sobre problemas de conducta según quien fuera el informante.

Esto puede explicarse por la diferente conducta del niño en casa o en el colegio, diferencias culturales sobre lo que es aceptable respecto a la conducta infantil por parte de los padres, de los profesores o de los mismos niños. Así es bien conocido el hecho de que los niveles de problemas de conducta en los niños dependen altamente del informante usado en la evaluación. Uno de los grupos que estudiaron este aspecto es el de Bengi-Arslan, Verhulst, van der Ende, & Erol (1997) que compararon 2081 niños holandeses con 3127 niños turcos en

Turquía y 833 turcos residentes en Holanda con edades entre 4 y 18 años. Cuando la información procedía de los adolescentes, los inmigrantes turcos emigrados a Holanda tuvieron similares niveles de problemas externalizantes respecto los niños holandeses que tuvieron más problemas internalizantes. Si la información procedía de los padres también tuvieron más problemas internalizantes y externalizantes los niños turcos en Holanda que los holandeses.

Estas diferencias fueron menores entre el grupo de turcos en Holanda y en Turquía. La hipótesis que desarrollaron es que la percepción de lo que debe ser la conducta por parte de los padres, de cómo se debe vivir, se preserva y se mantiene igual que en el país de origen. En contraste (Crijner, Bengi-Arslan, & Verhulst, 2000) los profesores holandeses no encontraron con el TRF (Teacher Checklist Report) diferencias en cuanto a problemas conductuales entre un grupo de 524 inmigrantes turcos, seleccionados de la población inmigrante en dos ciudades de Holanda, y 1625 holandeses seleccionados de población general. Sin embargo, cuando los profesores fueron turcos, sí encontraron mayores niveles de ansiedad y depresión en los niños inmigrantes, que no fueron detectados por los profesores holandeses (Flórez, 2012)

Otros autores que también investigaron las diferencias según el informante fue el grupo de Vollebergh et al. (2005). Estudiaron 2230 niños de 11 años residentes en Holanda, de los que un 10% fueron inmigrantes. Utilizaron el Youth Self-Report para los niños, el Child Behaviour CheckList para padres y Teacher Checklist Report para profesores. No hubo diferencias en los resultados de los autoinformes de los adolescentes inmigrantes y holandeses. Los padres inmigrantes encontraron mayores niveles de problemas internalizantes en sus hijas y los profesores sin embargo encontraron más problemas externalizantes y menos internalizantes entre los inmigrantes que entre los jóvenes nativos holandeses.

4.1 Depresión.

Sobre la relación entre inmigración y depresión existe mucha disparidad en los resultados. Por una parte en un estudio nacional en Estados Unidos de jóvenes con edades entre 11 y 15 años (Saluja et al., 2004) se encontró que los latinos tenían mayores tasas de síntomas depresivos (22%), que los blancos (18%), asiáticos-americanos (17%) y afro-americanos (15%). Otros estudios también encontraron de manera consistente mayores tasas de depresión entre jóvenes latinos, que entre otros grupos étnicos (Choi, Meininger, & Roberts, 2006), (Mikolajczyk, Bredehorst, Khelaifat, Maier, & Maxwell, 2007) y en el metaanálisis de Twenge&Nolen- Hoeksema (2002) en el que se analizaron los resultados de 310 estudios que emplearon el Children's Depression Inventory (CDI) con un total de 61.424 niños entre 8 y 16 años también se dieron mayores niveles de depresión entre jóvenes latinos que entre los de otros orígenes étnicos (negros y blancos no latinos) (Flórez, 2012) .

Potochnick & Perreira (2010) por otra parte estudiaron a 291 jóvenes latinos de primera generación con edades entre 12 y 19 años residentes en Carolina del Norte, correlacionando los datos con factores estresores (acontecimientos traumáticos, discriminación e indocumentación) y protectores (buen apoyo familiar y escolar). Utilizaron la escala CDI y la Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-10). El riesgo de depresión entre latinos de primera generación fue de 6,8%, cifra que estaba dentro de los valores encontrados en población general (5-10%). Las tasas de síntomas depresivos fueron menores que las estimadas para todos los latinos jóvenes, que incluían segundas y terceras generaciones. El riesgo para depresión estuvo fuertemente asociado a haber tenido experiencias de discriminación en Estados Unidos.

4.2 Ansiedad.

Aunque no hay estudios nacionales en EEUU que analicen la ansiedad de manera específica, sí existen estudios como el de R. E. Roberts, Roberts, & Xing (2006) en el que detectaron que los jóvenes latinos experimentaban de manera significativa mayores niveles de ansiedad que los blancos no latinos, pero no mayor que los afroamericanos. Aproximadamente un 8% de los jóvenes latinos entre 11 y 17 años habían experimentado ansiedad en el último año. En otras poblaciones inmigrantes como los residentes en Holanda (Zwirs et al., 2007) se encontraron prevalencias de ansiedad de 3%, con cifras similares a poblaciones no inmigrantes (Flórez, 2012).

4.3 Estrés postraumático.

El desarrollo de estrés postraumático entre niños inmigrantes puede estar asociado a una acumulación de factores de riesgo que se pueden dar tanto en el país de origen como en el acogedor y/o durante la experiencia migratoria. Para muchos inmigrantes, especialmente niños, el mismo proceso de la inmigración por sí mismo es un acontecimiento muy intenso y estresante, especialmente cuando se efectúa en condiciones de ilegalidad.

Dependiendo del grado de exposición al proceso traumático muchos inmigrantes pueden desarrollar bajos niveles de estrés postraumático o síntomas menores, que pueden llegar a constituir un TEPT cuando se dispara por otro acontecimiento o recuerdo. El rango de síntomas encontrados entre los niños incluye fallos cognitivos, dificultades escolares y dificultades de concentración (Cervantes, Salgado de Snyder, & Padilla, 1989, en Flórez, 2012) así como ansiedad, depresión y conductas regresivas (Chimienti, Nasr, & Khalifeh, 1989 en Flórez, 2012).

4.4 Esquizofrenia y otras psicosis.

Se han publicado varias revisiones sobre estudios que relacionan la migración y la incidencia de psicosis. En el metaanálisis de estudios de incidencia de esquizofrenia en inmigrantes publicados en lengua inglesa desde 1977 al 2003 (Cantor-Graae & Selten, 2005) (Selten, Cantor-Graae, & Kahn, 2007) se encontró un riesgo relativo para desarrollar esquizofrenia en la primera generación de 2,7 (95% IC: 2,3-3,2). En la segunda generación dicho riesgo fue de 4,5 (IC 95%: 1,5-13,1). Una manera de explicar la alta tasa fue considerar que era consecuencia de un error diagnóstico; dicho fallo se explicó de dos maneras: o bien se trataba de un trastorno del humor o trastorno reactivo breve o bien se trataba de expresiones culturales a las reacciones emocionales al estrés. En esta línea hay estudios (Hickling, McKenzie, Mullen, & Murray, 1999) en los que se comparan los diagnósticos hechos por psiquiatras de dos orígenes culturales distintos: psiquiatras británicos y jamaicanos en el Hospital Maudsley de Londres (Flórez, 2012).

En Flórez (2012) se menciona que entre la población negra hubo 16 acuerdos en los diagnósticos hechos por los psiquiatras jamaicanos y británicos (55%) frente a 13 desacuerdos (45%); todo ello indicó que había un índice de fiabilidad pobre (κ de 0,45). Por otra parte en el estudio de Minnis, McMillan, Gillies, & Smith (2001) se investigaron los errores en los diagnósticos psiquiátricos que se pueden dar al tener patrones estereotipados de cada cultura. Emplearon viñetas y comprobaron que no había evidencia de que se diagnosticase más esquizofrenia cuando el individuo en la viñeta era negro (Flórez, 2012).

Capítulo 5. Factores de protección contra trastornos psicológicos

Tal como han aumentado los estudios de riesgo, durante los últimos años ha crecido el interés por conocer aquellos factores que protegerían a algunos niños de desarrollar trastornos, a pesar de encontrarse bajo circunstancias de riesgo y estresantes. En los estudios con

inmigrantes – sin haber sido el objetivo de dichas investigaciones- también, es posible inferir la presencia de ciertos factores que actuarían como protectores, los que ayudaría a que no se presentaran problemas en la salud mental de los niños y adolescentes inmigrantes.

A través de los estudios de factores de riesgo, ha quedado claramente establecido que los sujetos pertenecientes a las clases más desfavorecidas, se encuentran bajo una mayor vulnerabilidad de desarrollar trastornos (Lemos 1996). Claramente los niños y adolescentes inmigrantes, frecuentemente viven en una situación de desventaja económica, generalmente con un menor acceso a los servicios sociales y de salud de la sociedad a la que se incorporan. Sin embargo, algunos artículos han señalado que al parecer los niños inmigrantes tendrían una aparente mayor “resistencia” a las secuelas de la pobreza. Esta aparente resistencia ha sido sugerida, porque a pesar de sus condiciones, algunos estudios no han observado un menor rendimiento escolar o una mayor cantidad de problemas de salud mental (Carlson, 2001).

Algunos autores como Guarnaccia y López (1998), señalan que si bien los niños son más vulnerables al proceso de inmigración, derivado de su dependencia de otros, falta de recursos económicos y la carencia de un desarrollo cognitivo que les ayude a comprender e integrar, los cambios generados por la inmigración. Estos, son más resistentes a los cambios, gracias a su mayor flexibilidad y habilidades para aprender nuevos idiomas, aspectos que actúan como protectores, ante las consecuencias negativas de la inmigración.

Sumado a lo anterior, ciertas variables ambientales actuarían también como factores protectores. En el caso de los niños inmigrantes, se espera que un alto nivel de cohesión familiar, proteja al niño y a los miembros de la familia del estrés derivado de su situación de inmigrantes. Estas características familiares, les proporcionaría una consistente red de apoyo para la socialización, soporte emocional e incluso, distribución de recursos en la transición cultural (Vega, 1990; Gil y Vega, 1996).

En el caso de los adolescentes, diversos estudios realizados en los Estados Unidos, concuerdan en que el ser un adolescente del sexo masculino, con un padre norteamericano referentemente la madre, les ayudaría a desarrollar un mejor perfil psicosocial, así como una alta autoestima y bajos índices de depresión. Aparentemente estas condiciones actuarían como factores protectores en cuanto al bienestar psicológico de los niños y adolescentes inmigrantes, no así para su rendimiento escolar.

Por otra parte, si bien la presencia de conflictos padres-hijo es un factor de riesgo para los inmigrantes adolescentes, la presencia de ciertas condiciones podría reducir la probabilidad de presentar estos conflictos, tales como: la presencia de ambos padres en el hogar, y donde los padres y hermanos están disponibles para ayudar en las tareas escolares, lo que se podrían interpretar como índices de disponibilidad de recursos familiares y de cohesión familiar (Suárez-Orozco y Suárez - Orozco, 1995).

Desde el punto de vista legal, se ha observado que la condición de ser un miembro de la sociedad con pleno derecho, tanto legalmente como subjetivamente, tendría una positiva repercusión en el adecuado logro de la identidad social y por ende, de su salud mental. Aparentemente, más que el periodo de residencia, será el estatus sociopolítico alcanzado por el sujeto, el que determinará en gran medida su identidad psicológica, y por tanto su bienestar psicosocial.

Otra variable que favorecería positivamente la salud mental de los niños y adolescentes inmigrantes, es el desarrollo de mecanismos de enfrentamiento bicultural en la nueva cultura. Un ejemplo del positivo efecto de la biculturalidad es lo encontrado en la investigación realizada por Schiller (1987), en su estudio acerca del impacto del biculturalismo, examinó el ajuste social, académico, psicológico y cultural de estudiantes Indio-Americanos que cursaban el College en E.E.U.U. Observando, que aquellos estudiantes que presentaban un manejo

bicultural, fueron mejor ajustados que sus compañeros monoculturales. Otra serie de estudios apoyan que la comprensión de los valores y prácticas de una segunda cultura, favorece positivamente la predisposición de las minorías étnicas de considerar el apoyo aportados por las instituciones educativas, como por ejemplo los servicios psicológicos de counseling.

Por último, la biculturalidad también involucra el establecimiento de redes de apoyo sociales en ambas culturas, favoreciendo las habilidades para reclutar y usar sistemas de apoyo externos. Esta habilidad elevaría la capacidad del individuo para adherirse a la segunda cultura y enfrentar las presiones derivadas de vivir en un ambiente bicultural (Lewis y Ford, 1991). Estudios como los de Baker (1987), confirman lo anteriormente mencionado. En su estudio en E.E.U.U con Afro-Americanos, observó que los sujetos que eran capaces de evitar los problemas que afectan la salud mental de su comunidad, eran aquellos que podían solicitar recursos a sus familias extensas Afro-Americanas. Presentando un menor índice de suicidios, embarazo adolescente, abuso de sustancias, entre otros trastornos. Estos resultados confirman la importancia para el individuo de sentirse respaldado cuando se encuentra sumergido entre dos culturas.

En general, la tendencia de las investigaciones actuales no es identificar factores de riesgo estáticos, sino como estos factores se afectan dentro de los procesos interactivos establecidos entre los individuos y su ambiente (Lemos, 1996). Es decir, los estudios de riesgos se han desplazado desde el estudio puntual de variables de riesgo, hacia la implicación de una serie de variables y mecanismos “mediadores”, que deberían estar presentes para que opere un determinado factor de riesgo.

Sam y Barry (1995), realizaron un estudio orientado puntualmente a estudiar los factores que mediaban la experiencia de aculturación y el estrés por aculturación. Su investigación la realizaron con una muestra de niños del tercer mundo residentes en Noruega.

Las variables mediadoras más importantes estudiadas fueron: las características multiculturales o monoculturales de la sociedad anfitriona; ser inmigrante o refugiado; identificación alcanzada con relación a su propia cultura y/o cultura anfitriona; características demográficas, sociales y psicológicas del grupo de pertenencia e individuales de los niños estudiados.

Los autores encontraron que muchas de estas variables fracasaron en explicar su relación con desordenes emocionales. Sin embargo, los resultados arrojaron una consistente relación positiva entre: desordenes emocionales, contacto afectivo negativo con los padres y un proceso de aculturación de marginalidad, entendido como rechazo o carencia de vínculos con las tradiciones de su propia cultura y las de la cultura anfitriona. Por otro lado, observaron también, que algunos de los factores que creían actuaban como mediadores lo hacían como protectores, como es la presencia de un contacto caluroso con uno de los padres, ser del género masculino, tener amigos de nacionalidad Noruega y por último, un proceso de aculturación que integrara tanto su cultura de origen, como la cultura mayor en la que se encontraban insertos (Carlson, 2001).

(Guarnaccia, 1998) propone ciertas medidas destinadas a mejorar la salud mental de los niños inmigrantes incidiendo, él opina que las escuelas que tienen poblaciones de inmigrantes necesitarían soporte especial para atender a estos estudiantes. Los profesores necesitan entrenarse para conocer las culturas y trabajar con las diversidades de los niños inmigrantes. Se necesitan programas escolares para reforzar el valor de la diversidad cultural y evitar prejuicios respecto los recién llegados. A nivel de programas de salud mental se deberían desarrollar programas de multilingüismo y multiculturales. Proponen por una parte entrenar a los profesionales en competencia cultural y por otra formar a profesionales de grupos culturales no representados. También proponen que cada gobierno debe examinar las

políticas que faciliten el ajuste de las familias inmigrantes o refugiadas para disminuir el estrés.

Respecto a la utilización de los recursos sanitarios; la alta tasa de pobreza entre los inmigrantes, junto al impacto de constituir un grupo minoritario y estar discriminados podría aumentar el riesgo de enfermedad. Sin embargo esto no se traduce en una mayor utilización de los recursos sanitarios. Los niños latinos en EEUU hacen un menor uso de cuidados preventivos, como se refleja en mayor tasa de enfermedades crónicas, embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual y abuso de sustancias, comparándolos con la población no latina (National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations, 1995). Por otra parte sigue habiendo cierto estigma de la enfermedad mental; por esto pueden no acudir a dispositivos de salud mental y en ocasiones recurren al uso de la medicina alternativa. Por ejemplo, los puertorriqueños en situación de estrés acuden con frecuencia a prácticas tradicionales antes que a profesionales de salud mental. Es importante para los profesionales conocer estos cuidados alternativos y así poder estar alerta sobre la acción que pueden ejercer estos tipos de prácticas. Para conocer diferencias entre los niños que utilizaban recursos de salud mental según su origen, N. Roberts & Cawthorpe (1995) estudiaron los niños atendidos entre 1987 y 1991 en la clínica psiquiátrica infantil de Bradford (England). Obtuvieron una muestra de 184 niños de origen pakistaní, que comparó con la de los niños caucásicos. Sus padres habían emigrado en los años 60 para trabajar en industria textil y continuaban muy adheridos a sus costumbres. Hubo diferencias en el profesional que los derivó a salud mental, ya que mientras que los caucásicos fueron derivados en un 35 % por servicios sociales (frente a 3% en pakistaníes) entre los pakistaníes predominó la derivación desde servicios hospitalarios (30%).

Además de diferencias en cuanto a diagnósticos, encontrando entre los caucásicos un predominio de trastornos de conducta (principalmente varones), frente a un predominio entre pakistaníes de trastornos de adaptación (sobre todo mujeres), hubo diferencias en la adherencia terapéutica. Pocas familias pakistaníes comparado con las caucásicas continuaron el tratamiento tras la visita inicial. Respecto a las tasas de ingreso hospitalario entre tres grupos poblaciones en Reino Unido, los niños procedentes de la India, a pesar de no tener mayor frecuencia de problemas de conducta, si tuvieron mayor tasa de admisión hospitalaria que los niños británicos (Cochrane, 1979). Desde esta posición y conociendo las dificultades para los tratamientos se han ido ofreciendo diversos servicios de atención centrados en la escuela. La utilización de dichos servicios competentes culturalmente por parte de los niños y sus familias conlleva a una mejor tasa de utilización de servicios y una mayor efectividad del tratamiento. Integran las necesidades de los niños y familias con las normas culturales, valores y grado de asimilación.

Ya expuesta la relación de las complicaciones que viven los niños inmigrantes día a día y los desordenes emocionales y de conducta que estos presentan. La necesidad de intervenir de una manera eficaz es evidente. Como ya se había mencionado anteriormente hay pocos programas que apoyen a los niños inmigrantes en la travesía de su nueva condición, procesos de aculturación, discriminación, etc. Siendo esta tesis una propuesta de intervención terapéutica de corte cognitivo conductual y grupal, destinada a ayudar y prevenir esta problemática abordada; me parece necesario hablar de la terapia cognitivo conductual y de grupo.

5.1 Terapia cognitivo conductual

En nuestros días se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las

actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar su conducta mediante técnicas sustentadas en la terapia (Clark, 1995, citado por Caro, 2002)

Así, la terapia cognitiva, es un procedimiento que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías (Beck, 2001), entre ellas la ansiedad, fobias, problemas referentes al dolor y la depresión. Esta psicoterapia se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y por consiguiente reflejada en sus actos. (Beck, Emery, Rush & Shaw, 2002)

La psicoterapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su enfoque de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona. Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas.

De esta manera, las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten ciertas características entre ellas, según Lega, Caballo & Ellis (2002), por ejemplo que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos. El aprendizaje tiene como mediador la cognición. La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta), así algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse. La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción. Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios.

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. Beck (2006) comenta que el método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes ciertas operaciones como, control de los pensamientos automáticos negativos, identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas y aprender a identificar las creencias falsas.

Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. De esta manera la TCC es como empieza a tener auge hasta nuestros días en cuanto a terapias psicológicas se trata, no solo por sus avances conceptuales que redefinen a la cognición y el estudio de las problemáticas psicológicas.

5.1.1 Terapia cognitivo conductual infantil.

La Psicoterapia Cognitivo Conductual en la clínica con niños y adolescentes ha cobrado una importante difusión en el mundo en las últimas décadas y en nuestro país se consolida progresivamente como un marco epistemológico y metodológico de suma importancia para la práctica clínica.

En el trabajo psicoterapéutico con niños, adolescentes y familiares, es importante desarrollar una fuerte alianza que permitan generar cambios que son realizados a través de juegos interactivos, dibujos, la reformulación narrativa de las intervenciones y otros recursos clínicos. Estos medios se orientan a enriquecer la relación terapéutica, proporcionando un contexto de efectividad para el diagnóstico, evaluación e intervención clínica (Weiner, 1992)

El desarrollo de las auto instrucciones dentro del enfoque cognitivo conductual ocurrió como procedimiento para el tratamiento de la hiperactividad e impulsividad infantil a partir de la teoría sobre la función reguladora del habla sobre la conducta; junto a los procedimientos de solución de problemas, las auto instrucciones son en la actualidad uno de los medios más eficaces para el tratamiento infantil.

La terapia cognitivo conductual debe adaptarse a las características de los niños, diversos principios establecidos para adultos se emplean en el tratamiento. El terapeuta estructura una sesión, tiempos, solicita tareas, registros, al igual que utiliza la retroalimentación, el empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado; se centra en los problemas, es activa y está centrada a objetivos y metas. Los niños suelen ser llevados al tratamiento debido a problemas que los mediadores notan que se generan en algún sistema; los niños no controlan el proceso.

El terapeuta debe motivar al niño a asistir a sus sesiones y debe considerar la edad, las atracciones del usuario, sus habilidades cognitivo sociales, sus capacidades y nivel de

desarrollo del infante; por lo que se debe adaptar la intervención, presentar a manera de juegos sesiones de la terapia o realizar una sesión de juego después de la misma, así como dar reforzadores durante la sesión cuando el niño logre el objetivo; utilizar poco contenido verbal en las tareas, realizar trabajos con dibujos, marionetas, juguetes, plastilina entre otros.

En el tratamiento infantil los niños no suelen ser capaces de diferenciar entre pensamiento lógico y les cuesta trabajo comprender las emociones, por lo que existen cuatro grupos de técnicas cuya aplicación a través del juego y el dibujo suele ser eficaz para la comprensión de estos, los cuáles serán presentados a continuación.

Reestructuración cognitiva: Se utilizan marionetas caracterizando autoverbalizaciones positivas ante situaciones estresantes, así como historietas con globos, con textos psicoeducativos o vacíos para que el usuario los llene. También se utiliza el cambio de roles donde el niño caracteriza el personaje en una situación temida. Se trabaja en pensamientos alternativos de una misma situación.

Modelados: Se trabaja el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, así como el role playing para resolver situaciones interpersonales estresantes y se realiza el modelado de técnicas de afrontamiento comportamental en donde el niño podrá jugar a ser un muñeco de trapo (entre otros) durante un entrenamiento en respiración profunda; caracterizar interacciones con muñecos o marionetas y crea personajes o cuentos.

Control de impulsos: resultan útiles en los trastornos externalizados, cuando logramos implicar al niño en el motivo de consulta. Se orienta al ejercicio de funciones poco desarrolladas, como lo es: pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, resolver problemas buscando alternativas, entre otras.

Cuentos e implementación de narrativas terapéuticas: Se utiliza material psicoeducativo relacionado con el problema a tratar y se usan fábulas, metáforas e imágenes,

al igual que realizar narrativas directas sobre la situación, utilizando los personajes como los síntomas.

En lo referente a la forma de reforzar en el trabajo con niños, el terapeuta requiere realizar un mayor número de reforzadores, así como que estos sean más explícitos y muy motivadores, utilizando las jerarquías establecidas. Las recompensas dadas transmiten expectativas, además de motivar la participación del niño, dirigir la atención hacia lo importante y transmitir lo que deben recordar.

Debido a estas características la implementación del plan de tratamiento requiere tanto de los procedimientos que facilitan la reestructuración cognitiva, así como de la modificación de la conducta. Es importante reconocer los procedimientos que ofrecen resultados clínicos más efectivos en la atención infantil y de acuerdo al tipo de participante con el que se realiza la intervención, algunos de los más efectivos son: la combinación de las recompensas tangibles con las sociales (verbales, elogios); tiempo fuera para disminuir comportamientos desadaptativos; utilización de economía de fichas; reestructuración cognitiva con apoyo de material literario como fábulas, cuentos, etc. (Freeman, Epstein, Lobovits, 2001)

Una parte de la psicología cognitivo conductual se enfoca en el desarrollo de emociones positivas pues estas ocupan un papel importante en la promoción de la salud infantil. Emociones como la alegría, la satisfacción personal y la serenidad participan en la creación y florecimiento de otros importantes recursos psicosociales vinculados al bienestar.

5.2 Intervención grupal infantil

Cada enfoque de psicoterapia tiene ahora su contraparte de grupo, tanto en niños, adolescentes y adultos; basados en los principios y sustento teórico de cada uno de estos; el grupo de terapia de comportamiento es una de las intervenciones utilizadas con mayor frecuencia sobre todo en el ámbito o área infantil por la eficacia y eficiencia que esta presenta.

El interés por los grupos no reside solamente en los factores de todos conocidos: posibilidad de mayor cobertura, en un país donde son escasos los terapeutas calificados, permitiendo la atención a un gran número de pacientes; y costos reducidos, que resultan de repartir los honorarios entre varios pacientes, lo que permite el acceso a sectores de la población para los cuales son prohibitivos los costos actuales de la atención individual.

Sin restar importancia a estas obvias ventajas, hay elementos mucho más significativos en la psicoterapia de grupos, en especial si es un trabajo analítico: para ciertos problemas parece ser, a juicio de los expertos, más adecuada una terapia grupal que individual.

Dentro de las intervenciones grupales infantiles el enfoque cognitivo conductual es el más utilizado por los terapeutas, ya que es un tratamiento de corta duración, aproximadamente 12 sesiones y ha resultado muy eficaz para mejorar la problemática y la calidad de vida de los usuarios. En este ámbito los sujetos que conforman el grupo que presentan problemas y síntomas similares es factible llevar a cabo dos sesiones de desensibilización, habilidades interpersonales y sociales, intervenciones de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, asertividad, entre otras y con frecuencia se asignan tareas para realizar en casa. Se utilizan diversos instrumentos de evaluación antes y después del tratamiento para poder supervisar y conocer el progreso del usuario; algunas de las problemáticas trabajadas durante la intervención grupal cognitivo conductual son: depresión, ansiedad, fobia, deficiencia en habilidades sociales, problemas externalizados entre otros (Reynoso, Seligson, 2015).

Los grupos proporcionan a los usuarios un medioambiente excelente para poder enfrentar y trabajar con sus problemas, reducir sus miedos a relacionarse con los demás, aprender métodos aceptables de expresión, aumento de autoestima y existe una enseñanza directa del terapeuta y de los integrantes; se describen metas y problemas principales del grupo

en general. Se desarrollan habilidades de colaboración en solución de problemas, honestidad, aceptación, asertividad y retroalimentación (García, 1997)

Un grupo es un conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado, en cual se produce un dinámico inter juego de roles y la construcción de un “nosotros”. Algunos de los factores que regulan la terapia de grupo son: el lugar en el cual se desarrolla, el contenido que se genera en las sesiones, la frecuencia y duración del grupo (Herrera, 2003)

En todo grupo humano se da un proceso que tiene que ver con la satisfacción de tres tipos de necesidades. Estas necesidades según García (1997) son, la necesidad de inclusión, ya que el grupo comienza a juntarse y preguntarse “qué queremos hacer” y esta es la integración del grupo dentro del espacio. Otra necesidad es la de control, ya que después de una unión se inicia una especie de lucha en el grupo y esto va a llevar al grupo a una serie de situaciones conflictivas, en donde creerán que su idea es mejor que la de los demás, querrán participar y dar ideas y comentar de las ideas de los demás; iniciando una crítica y búsqueda de liderazgo, buscando el control de la situación y el lugar. También ésta la necesidad de afecto, ya que luego de que el grupo logra satisfacer sus necesidades de inclusión y control, se provoca un periodo de gran afecto entre las personas del grupo. Esto se demuestra en el deseo de estar juntos, en no pensar en la hora de salida de la sesión y en las muestras de cariño entre los participantes.

Pasado este periodo el grupo va adquiriendo madurez y es capaz de afrontar de mejor forma los desafíos para los que se creó. Las actividades que se realizan son mejores, son capaces de ayudarse unos a otros, hay más participación y se comparten las decisiones, responsabilidad, existe un trabajo en equipo, disminuyen y desaparecen las críticas, etc. Los objetivos del terapeuta dentro de una terapia de grupo es que el individuo logre aumentar su

capacidad para el trabajo productivo, que aprenda a disfrutar mejor de las relaciones interpersonales y que adquiera habilidades para enfrentar las situaciones de estrés más frecuentes de la vida (Herrera, 2003)

De acuerdo a Yalom (2000) dentro de una terapia de grupo existen mecanismos que sirven como productores del cambio psicológico/terapéutico de los usuarios, estos factores curativos son, el aprendizaje interpersonal, que consiste en interactuar con otros en el grupo enseña relaciones interpersonales, habilidades sociales, sensibilidad hacia los demás, resolución de conflictos, empatía, entre otras. El siguiente factor sería la recapitulación correctiva de la familia primaria, que ayuda a entender y resolver problemas relacionados con los miembros de la familia, los efectos de las experiencias familiares pasadas pueden disolverse al aprender métodos de afrontamiento.

El factor cohesión del grupo se le llama así porque los integrantes llegan a ser un pequeño grupo muy unido que refuerza la autoestima por medio de la aceptación. El impartir información es otro factor, ya que los participantes pueden recibir consejo y guía tanto del terapeuta como de sus compañeros. Por otro lado el factor de la universalidad se da al escuchar a otros, uno descubre que tiene los mismos problemas, miedos y preocupaciones, es saber que uno no está solo. De esta manera se da el factor del altruismo, ya que cada uno del grupo puede ayudar a los demás, mutuamente se ayudan y con esto surge un sentimiento de gran aprecio de uno mismo y también surge la sana competencia.

En el grupo también surge el factor de infundir esperanza, puesto que observar a otros que han resuelto con éxito sus problemas ayuda a infundir esperanza hacia el problema actual y futuro. Así también surge el factor del comportamiento imitativo, que consiste en observar y escuchar a otros y que puede conducir al modelamiento de comportamientos más útiles. De esta forma se concluye en el factor de la catarsis, pues se aprende a expresar sentimientos

propios, y acerca de otros en el grupo en una forma honesta y abierta, para sí fomentar confianza y empatía.

Es por todas estas características que la terapia de grupo y de corte cognitivo conductual me parecen herramientas que son adecuadas a las necesidades del niño inmigrante para prevenir y ayudarlos en el transcurso de sus experiencias para prevenir temas problemáticos en su conducta salud mental.

Propuesta de intervención

Planteamiento del problema

Para los niños y adolescentes inmigrantes, el estrés puede ser muy intenso. Diversos problemas emocionales se pueden generar debido a abandonar el contexto familiar y social, y lidiar con un nuevo lugar, cultura, lenguaje y duras condiciones durante el viaje de transición entre un país y otro, entre otros factores, como la discriminación en el nuevo país de acogida.

Muchos niños inmigrantes tienen dificultades para establecerse en los Estados Unidos. Redefinir sus roles dentro de la familia, así como su relación con una nueva sociedad, sin el apoyo de los fuertes sistemas de parentesco o amistad que tenían en casa, y a menudo sin el cumplimiento de sus necesidades básicas. Los conflictos intergeneracionales puede ser más pesados en los niños y adolescentes, sí los padres empiezan a notar la aculturación más rápido de sus hijos y resienten lo que perciben como un rechazo de la propia cultura étnica de la familia. Estos chicos tienen que encontrar un equilibrio entre dos mundos diferentes y moverse de manera fluida entre ellos. Los expertos coinciden en que está conectado y aceptado que esto es un componente importante del desarrollo de los niños inmigrantes.

Ya fue expuesto con anterioridad que los niños que no se conectan de alguna manera significativa con sus compañeros, la familia, la sociedad, su contexto o la escuela tienen un mayor riesgo de suicidio, abuso de sustancias, el fracaso escolar y de abandono, problemas de

salud física y mental, conflictos emocionales y conductuales, y la actividad criminal. En algunos casos, las presiones añadidas del proceso de aculturación pueden exacerbar estos riesgos.

Objetivo general.

Proponer una intervención grupal cognitivo conductual para niños inmigrantes latinos en Estados Unidos de América, para prevenir o reducir problemas emocionales o de conducta en dicha población y lograr una mejor calidad de vida y aculturación por medio de inculcar y enseñar estrategias de adaptación e interrelación social; así como habilidades como: retroalimentación positiva y negativa, aceptar retroalimentación negativa, resistir presión de los iguales, resolver problemas y negociar. Dicha intervención debe poder ser implementada tanto en colegios, como en asociaciones, casas de culturas y refugios donde puedan impartirse y encontrar esta población.

Justificación.

Es necesario que existan programas específicos de intervención y prevención en salud mental como el que se propone en la presente tesis, que trabajen directamente con la migración familiar en el que el centro de atención sean los niños/as. Estos programas deben incluir la creación de espacios transnacionales que sostengan la identidad del niño/ a entre el “venir de allá y el estar aquí”, en el que se otorgue reconocimiento a la cultura de origen, intervenciones que brinden estrategias de adaptación del niño/a en cuanto al idioma, valores, creencias, cultura, leyes, etc. Así mismo un lugar que les permita la expresión del sufrimiento, la elaboración y simbolización del dolor y el trauma. Intervenciones que potencien sus recursos resilientes, y que incluya el trabajo con los referentes, asegurando competencias básicas.

Hipótesis.

Si los niños latinos inmigrantes concluyen esta intervención, entonces habrán disminuido y/o prevenido según el caso, factores de riesgo de presentar problemas emocionales y/o conductuales adquiriendo herramientas positivas en su forma de reaccionar, ver, pensar y comportarse ante situaciones nuevas problemáticas y estresantes.

Variables independientes.

Propuesta de intervención grupal cognitivo conductual para prevenir o reducir problemas emocionales y conductuales en niños inmigrantes latinos en Estados Unidos de América.

Variables dependientes.

- Reporte de la primera actividad en la sesión 2 y reporte de la primera actividad sesión 12
- Eyberg Child Inventory (ECBI)

Características de los participantes.

Niños y niñas inmigrantes en Estados Unidos, de origen latinoamericano entre edades de los 6 y 12 años de edad.

Criterios de inclusión.

Niños/as de 6 a 12 años que hayan sido canalizados por alguna institución, escuela, asociación o refugio, que presenten como principal característica el ser inmigrantes y de origen de algún país latino. Que presenten o no problemas conductuales o emocionales, o que simplemente ellos o sus padres deseen que estos adquieran herramientas para mejorar su adaptación a la nueva situación y cultura a la que se integran.

Instrumentos.

- Reporte de la primera actividad en la sesión 2 y reporte de la primera actividad en la última sesión.

- Eyberg Child Inventory (ECBI)

Procedimiento.

Los niños que vayan a formar parte del grupo deben pasar por un proceso previo de admisión que incluya los pasos de una pre consulta (que incluye una entrevista diagnóstica), y aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica. Primera fase de pre consulta, segunda fase de aplicación de instrumentos, tercera fase de mapa clínico, patogénesis, mapa de alcance de metas y mapa de fortalezas, y cuarta fase de Intervención.

Este plan de intervención está basado en psicología cognitiva conductual positiva. De esta manera se busca favorecer el bienestar físico y emocional de los niños brindándoles estrategias sociales y de manejo del estrés y situaciones problemáticas, así como dándoles conocimientos e información que les ayuden a complementar su proceso de aculturación y confrontación de la nueva situación en el país al mejorar la interacción del niño con su entorno y sus pares. La intervención es grupal y conlleva doce sesiones en las cuales cada una tiene un objeto específico y criterio de adquisición.

Ficha técnica.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINAMICA	CRITERIO DE ADQUISICIÓN
1	Presentación y bienvenida	<p>Conocer a los miembros del grupo y que entre ellos se conozcan.</p> <p>Establecer rapport, acuerdos de convivencia. Promover el buen trato y respeto.</p> <p>Conocer las historias y origen de los integrantes</p>	<p>1.- Elaborar con cartones de color gafetes con los nombres de cada integrante, cada niño debe elaborar el de otro compañero y presentarlo al grupo (20 min)</p> <p>2.- Establecer algunos acuerdos y reglas básicas (no burlas, pedir turno para hablar, etc.) (20 min)</p> <p>DESCANSO DE 10 MIN</p> <p>3.-Con un teatro guiñol y marionetas, los niños harán grupos en parejas y pasaran a contar su experiencia de por qué y cómo ha sido su llegada a USA. (30 min.)</p> <p>4.- Juego de la papá caliente</p>	<p>Los participantes comenzarán a integrarse, entenderán la inclusión y conocerán a sus compañeros</p>
2	Contando mi experiencia en un nuevo país, las nuevas cosas que hemos encontrado en el país de acogida	<p>Comenzar a crear vínculos, sentimiento de inclusión y desahogo de emociones</p> <p>Promover la inclusión en el grupo</p>	<p>1.- Cada integrante del grupo tendrá que contar dos cosas negativas y dos cosas positivas de la nueva vida que ahora llevan. Identificación y análisis de situaciones discriminadoras vividas por los niños (40 min.)</p> <p>2.- Jugar a encantados para liberar</p>	<p>Los participantes se integraran de mejor manera, tendrán la sensación de inclusión, sabrán que otros han tenido experiencias similares a ellos</p>

tensión (20 min)

DESCANSO DE 10 MIN.

3.-Hablar sobre la inclusión (20 min.)

Tarea: llevar recortes de niños de otros países

3	Culturas alrededor del mundo y la nueva cultura a la que me integro	Que los chicos entiendan la gran diversidad racial y cultural que existe alrededor del mundo	1.- reproducción del video "The Sneetches" (10 minutos) https://www.youtube.com/watch?v=vaZtQmfpoSg 2.- Elaboración de un mural con los recortes de los niños y elementos de otras culturas, hablar de los estereotipos (30 min)	Los participantes comprenderán la diversidad y se sentirán libres de estereotipos. Tendrán más conocimiento de la cultura donde se están integrando
----------	---	--	--	---

DESCANSO DE 10 MINUTOS

3.- Tradiciones y breve historia de la fundación de USA como país de inmigrantes (Anexo 1) (25 min.)

4.- Opinión de los niños acerca de la diversidad (25 min.)

4	Cambiando nuestro pensamiento	El niño debe comprender la relación entre pensamientos, conductas y emociones: Identificación de	1.- por medio de imágenes, enseñar situaciones para comprender procesos de pensamiento (Anexo 2) (20 min) 2.- Identificar qué es una creencia por medio de recreación en	Los integrantes deben aprender a identificar las creencias principales, la emociones y consecuencia que estas puede
----------	-------------------------------	--	---	---

pensamientos, creencias y consecuencias de las mismas	imágenes , pequeño cuento o teatro guiñol (Anexo 3)(25 min)	acarrear (adversidad, creencia, consecuencia)
---	---	---

DESCANSO 10 MINUTOS

3.- Dinámica con dos ejemplos de situaciones diferentes para que los chicos identifiquen la creencia, traten de cambiar el pensamiento y así mismo cambie la consecuencia y la historia del personaje del ejemplo. (Anexo 4) (25 min.)

4.- Juego de la papá caliente (10 min.)

5	Explicando las cosas de otra manera	Entender la diferencia entre ser positivo, pesimista. Reconocer pensamientos: anteojos catastróficos, oscuros y reflejantes Cambiar los pensamientos negativos por positivos	1.- Los niños harán equipos de cinco y actuaran situaciones específicas con un escenario positivo y uno negativo (Anexo 5) (40 min) DESCANSO DE 10 MIN 2.- La terapeuta con ayuda de otros dos niños actuara una situación y le dará diferente visión según los anteojos (catastróficos, oscuros y nublados) se le darán a los niños diferentes lentes que corresponderán al pensamiento que se éste manejando. Ejercicio de cambio de traer los “lentes” o quitarlos, como puede cambiar el	Que los niños identifiquen y cambien pensamientos positivos y negativos, que pongan ejemplos de cómo serían las situaciones mejores si abandonan creencias y o formas de ver las cosas de una manera negativa
----------	-------------------------------------	--	--	---

pensamiento (40 min)

6	Habilidades sociales (1ª Parte)	Que el niño adquiera habilidades para relacionarse con su entorno, familiares y otros iguales, comunicación asertiva y negociación	1.- Técnicas para tratar con los demás: Demostrar interés, hacer hablar a los otros de los que les interesa, llamarlos por su nombre, platicar de lo que a esa persona le gusta, enfatizar cualidades. Hacer equipo de tres cada integrante debe de hacer este ejercicio con los otros dos compañeros, actuando situaciones distintas (Anexo 7) (30 min)	Que todos los integrantes ejemplifiquen y expliquen en las diferentes actividades formas de verbalizar asertivamente, entablar acercamientos nuevos y negociar.
---	---------------------------------	--	---	---

DESCANSO DE 10 MINUTOS

2.- Escuchar y comunicar asertivamente: ejercicios de mirar a los ojos, saludar, sonreír, mostrar aprecio, decir cosas positivas. Se trabajará en parejas esta actividad, en la que los chicos ensayaran conocerse y comenzar una plática (lenguaje verbal y no verbal)

(Anexo 7) (30 min)

3.- Juego de carreras de costales (20 min)

7	Habilidades sociales (2ª Parte)	Se pondrán en práctica las técnicas verbales y no verbales para entablar relaciones sociales.	<p>1.- Se organizará una visita en la que los niños encuentren diversidad cultural, para llevar a cabo un lunch de convivencia y juegos.</p> <p>(1 hora y media)</p> <p>*para esta actividad se pretende acordar con otra institución la visita. Se recomienda algún hospital infantil (oncología infantil por ejemplo), asilo de ancianos, escuela para niños con capacidades especiales, etc. Cualquier tipo de grupo en el que se preste la convivencia y sea benéfica para ambos. Normalmente este tipo de sectores también necesitan el contacto humano y les es beneficioso</p>	<p>Se enfrentaran a la situación de integrarse a un nuevo grupo y conocerlos.</p> <p>Se dará que se relacionen y convivan sanamente con “extraños”</p>
---	---------------------------------	---	---	--

8	Solución de problemas 1ª Parte)	<p>Que los chicos aprendan a distinguir de un pensamiento caliente a uno frio (termómetro de las emociones), y las diferentes emociones que desencadenan . Técnicas para bajar la temperatura y solucionar problemas</p>	<p>1.- Se presentarán a los niños distintas situaciones, y en un gran termómetro de papel los niños tendrán que señalar en que parte del termómetro está su emoción, (caliente=enojado, frio=tranquilo) (Anexo 8) (25 min)</p> <p>2.- Enseñarles las señales de alarma de que están llegando a un punto muy caliente (enojo) pensamientos, cuerpo y forma de hablar (Anexo 9) (25 min)</p> <p>DESCANSO DE 10 MINUTOS</p> <p>3.- Practicar técnicas del semáforo de los problemas (paro, pienso,</p>	<p>Que los chicos logren cambiar pensamientos calientes a fríos en los ejercicios</p>
---	---------------------------------	--	---	---

actúo) (Anexo 10) (30 min)

9	Solución de problemas 2ª Parte)	Que los chicos sepan que pueden elegir de cómo quieren que termine un problema y piensen como conseguirlo. Ser conscientes de todas las opciones existentes para resolver un problema. Moldeamiento solución de problemas y retroalimentación	<p>1.- Enseñar las creencias que mantienen el enojo, moldear pensamiento y buscar soluciones. Con ejemplos enseñar estos pasos. Pedir a los niños que dibujen su propia historia para ejemplificar (Anexo 11) (30 min)</p> <p>DESCANSO DE 10 MINUTOS</p> <p>2.- Enseñar y ejemplificar formas de cómo decir las cosas que nos molestan siendo asertivos, en el juego de la guerra contra el enojo (todos usaran cascos y se vestirán como soldados para esta actividad de enfrentar el enojo. Utilizando las técnicas ya vistas. (Anexo 12) (30 min)</p> <p>3.-Técnica del monje, se practicará y enseñaran técnicas de relajación. (Anexo 13) (20 min)</p>	Que los integrantes logren dar distintas soluciones ante diversos problemas , ponerse de acuerdo para elegir que deben hacer sin peleas entre ellos
10	Autoestima	Los niños verificaran sus cualidades positivas, deberán reconocer que ellos son responsables de su felicidad,	1.- Se pedirá a los niños que le digan al chico de al lado alguna cualidad que piensen tiene su compañero. Después de escuchar lo que el otro tuvo que decirles, ellos harán una lista con sus propias cualidades. (35 min)	Que los usuarios logren identificar sus cualidades y qué los hace felices.

identificar
pensamientos
negativos
sobre si
mismos

DESCANSO DE 10 MINUTOS

2.- La siguiente actividad será atrapar pensamientos negativos. En una tina llena de peces, habran unos con cualidades positivas y negativas escritas. Los chicos trataran de pescar positivas solamente y aprender a manejar sus creencias negativas de sí mismos.

(35 min)

3.- Juego del rey dice (10 min)

11	Acoso escolar y manejo de las burlas en general	Que el niño sepa que es el acoso escolar. Las emociones que esto puede provocar y que aprenda como manejar estas situaciones. Retroalimentación y autoconciencia.	1.- Los chicos compartirán experiencias de acoso y burla que hayan tenido. (30 min)	Realizar ejercicios sobre prevención, acción y reacción ante el acoso escolar
			DESCANSO DE 10 MINUTOS	
			2.- Se ejemplificará y darán técnicas de "Aikido verbal contra "molestones" Y se pondrán en práctica actuando diferentes situaciones en parejas, sobre que puedes contestar cuando comienen a molestarte (identificar cómo funcionan las burlas, desarmar al enemigo) (Anexo 14) (35 min)	
			3.- Hacer un ejercicio rápido de relajación para despedir la sesión	

12	Post evaluación y despedida	Evaluaciones finales para medir el éxito de la intervención. Reconocimient o a los chicos y cierre	1.-Usando teatro guiñol se volverán a hacer equipos para que los chicos pasen a exponer como han cambiado sus experiencias después de estar en la intervención. (40 min)	Que se apliquen las post pruebas correctamente. Que los chicos se vayan contentos.
DESCANSO DE 10 MINUTOS				
2.- Se darán reconocimientos escritos en una pequeña “ceremonia” de cierre. (Buscar alguna actividad emotiva) (40 min)				

Manual del programa de intervención cognitivo conductual para niños inmigrantes latinos en Estados Unidos de América

Sesión 1

Material: cartulinas de colores, plumones, marionetas o títeres para teatro guiñol, escenario teatro guiñol

1. El terapeuta debe saludar al grupo y presentarse ante todos, y dará las indicaciones de la primera actividad. Previamente ya se habrán repartido cartulinas de colores y plumones con los cuales se llevará a cabo la actividad. La actividad consistirá en dividir el grupo en parejas y que cada niño elabore el Gafete del otro y lo presente al grupo. Se recomienda que para esta actividad los chicos estén sentados en el suelo formando un círculo y se paren con su pareja cuando les toque hacer la presentación. La terapeuta les explicará de forma general en que consiste el trabajo en terapia a los chicos que están allí para ayudarse entre todos y junto con ella aprender formas de vivir mejor en su nuevo entorno.

2. La terapeuta dará a conocer las reglas básicas como pedir permisos para ir al baño, pedir la palabra, no burlarse de los demás, no interrumpir, no llevar juguetes u otros objetos distractores, pedir que todos participen; así mismo hablará de qué si es posible hacer, como levantar la mano y dar opiniones, etc. Él terapeuta debe ser cordial, cuidar el tono de voz, ser sonriente. Se invitará a los niños que tomen un descanso de 10 minutos.

3. La terapeuta volverá a agrupar a los chicos en parejas. Pasará con la bolsa de los títeres a que los chicos escojan el suyo (se recomienda sean animales). El terapeuta explicará la dinámica a los chicos: Deben de pasar al escenario con su pareja y con los títeres entablar una conversación entre ellos y se cuenten cómo es que llegaron a USA y como se han sentido en el nuevo país. (Esta actividad debe ser grabada en video (previa aceptación de los

padres y niños), pues será el instrumento cualitativo de referencia para examinar condiciones de llegada al programa de los chicos) Para finalizar esta actividad el terapeuta terminará haciendo una conclusión a los chicos en la que les haga ver que todos tienen similitudes y de esta forma comiencen a crear un sentimiento de inclusión y empatía entre ellos.

4. Para despedir la sesión y liberar tensión, se promueve un juego, en este caso el de la papá caliente con un peluche, al finalizar el terapeuta se despedirá formalmente y dará por terminada la sesión con un aplauso

Sesión 2

Material: títeres y teatro guiñol

1. El terapeuta saludará a los chicos y les dará la bienvenida, después procederá a decirles que harán un juego nuevamente con el teatro guiñol y los dejará escoger su títere. Se procederá a dar las instrucciones a los chicos: Ahora pasaremos de manera individual a platicar una o dos experiencias negativas y positivas respectivamente, que hayamos vivido desde que llegamos a vivir a este nuevo país. Al finalizar el terapeuta les hará énfasis con algún comentario que les haga ver a los chicos que también ha habido cosas positivas o que les gusten del nuevo entorno.
2. Se recomienda jugar unos minutos después de la primera actividad de la sesión ya que es de un carácter catártico y merece liberar un poco de tensión. En este caso sugiero jugar encantados, o algún otro juego de correr.
3. El terapeuta para terminar dará una breve explicación de la inclusión y su importancia:

Para hablar de inclusión es necesario hacerlo de la exclusión, estos términos son diferentes pero se corresponden en la dinámica social. En este sentido, cuando se aborda la

inclusión, surgen algunas interrogantes: ¿Cómo llego a estar con el otro?, ¿cómo vivo con él o con ella siendo diferentes?, ¿cómo nos excluimos e incluimos en un espacio?, ¿estar excluido significa que me incluyo en otro grupo de personas y formo una nueva inclusión?

La exclusión hace referencia a la no pertenencia a algo o a alguien; desde la visión positivista es no pertenecer al grupo selecto de algo. Pero hay que dejarles claro a los niños que todos hemos aplicado la exclusión y de la importancia que tiene incluir a todos, y no excluir. Todos somos importantes y valiosos.

Cerrar y despedirse de los chicos y dejarles de tarea, buscar y llevar recortes de niños de diferentes nacionalidades y de lugares de otros países. Al finalizar el terapeuta se despedirá formalmente y dará por terminada la sesión con un aplauso

Sesión 3

Material: video “The Sneetches” <https://www.youtube.com/watch?v=vaZtQmfpoSg>.

Recortes de los chicos, pizarra grande forrada de papel américa y pegamento

1. El terapeuta saludará al grupo, les dará la bienvenida y hará un breve resumen de la sesión anterior. Posteriormente explicará que verán un pequeño video de caricaturas y que le tienen que poner atención, pues después les harán preguntas sobre el mismo. Al finalizar se le preguntará a los chicos qué entendieron y la terapeuta cerrará con un pequeño comentario en el que concluya que siempre hay diferencias y qué es bueno ser diferentes y no tener prejuicios de nadie ni nada.

2. El terapeuta dará las instrucciones de la nueva actividad: Se trata de que armemos un mural con los recortes que trajeron (tarea dejada en la 1ª sesión). Decirles que intenten poner a los niños de nacionalidades diferentes en un lugar que no sea de su país. Terminado el mural. Hacer una reflexión, preguntar si ellos creen que hay niños de otras

nacionalidades (orientales, europeos, etc.) que también hayan vivido lo que ellos están viviendo. También hablarles de los estereotipos y que no siempre estos son reales. Se procederá al descanso de 10 minutos.

3. Usando la presentación <http://www.usconsulate.org.hk/pas/kids/revolution.htm>

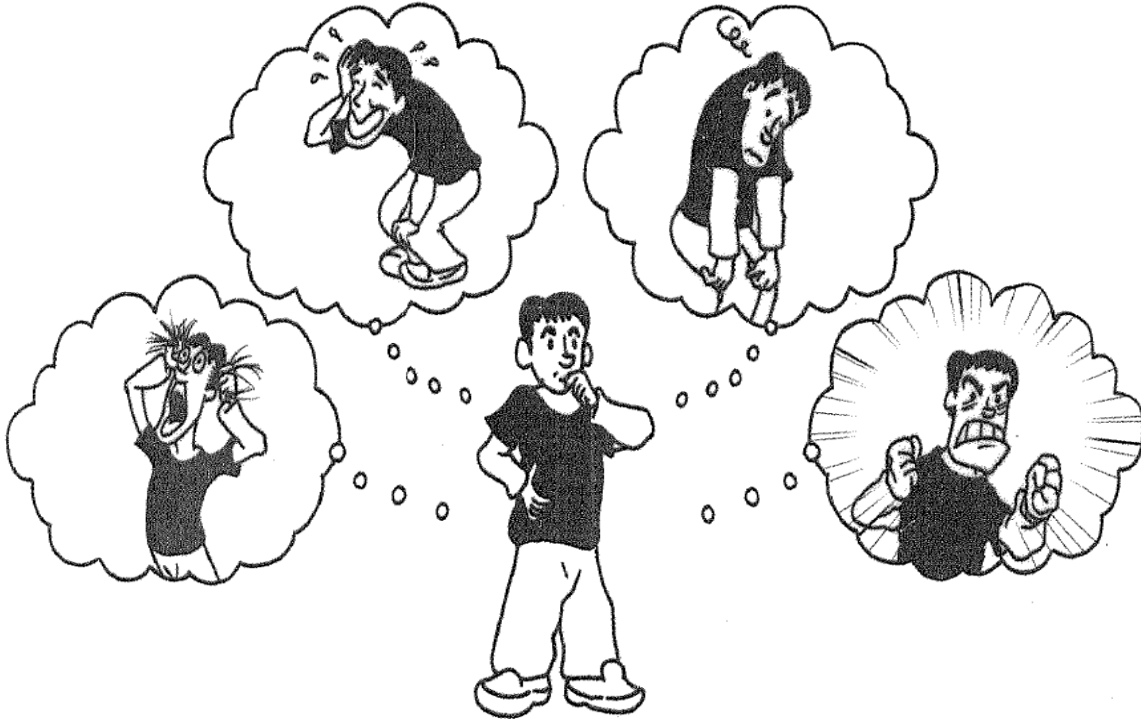
El terapeuta les explicará ya sea en español, inglés o ambos idiomas la forma en que USA se fundó, principalmente la historia de las 13 colonias y la independencia de las mismas a razón de que a los chicos les quede claro que USA es un país formado por inmigrantes.

4. El terapeuta preguntará a los chicos que piensan de las actividades del día guiándoles a hablar de la diversidad cultural en el país, haciendo énfasis en las diferencias y que esto enriquece más nuestras experiencias en el mundo. Despedida del terapeuta y se da por terminada la sesión con un aplauso.

Sesión 4

Material: imagen 1, hoja de ejercicios 1, imagen 2

Imagen 1.



(Bunge, Gomar, Mandil, 2009)


1. El terapeuta saludará al grupo, dará la bienvenida y comenzará la actividad explicando al grupo con ayuda de (imagen 1), como es que son nuestros procesos de pensamiento. Describiendo a los niños que lo que piensan pueden cambiar los hechos, influye en lo que sentimos y lo que hacemos. Estas ideas o pensamientos nos hacen sentir bien y enfrentar las situaciones o nos hacen sentir mal y nos rendimos o nos enojamos. Dejar en claro que esta manera repetitiva de pensar es casi siempre estable y difícil de cambiar pues lo

aprendimos desde chicos, pero que podemos cambiarlo. Concluyendo que una situación la podemos interpretar de diferentes maneras y eso influirá en todo lo demás y estos pensamientos pueden ser creencias arraigadas

2. El terapeuta pasará una hoja (hoja de ejercicio 1) a cada niño del grupo y les pedirá que en base a la imagen contesten las preguntas que vienen debajo de la misma.

Hoja 1

Completar el siguiente ejemplo



¿Qué le pasa a la niña?
¿Cuál es su pensamiento?
¿Qué emoción sintió?
¿Cuál fue su conducta?
¿Qué sensación física crees que tuvo?

(Bunge, 2009)

Si no se cuenta con la hoja, puede hacerse la escenificación en el teatro guiñol o mostrar la imagen en diapositiva, etc.

Hacer un cierre de actividad con el comentario de que la niña en ese momento cree que se ésta “desarmando” por lo tanto es muy probable que se angustie y no tenga una muy buena reacción, por lo tanto su creencia o forma de ver el suceso puede cambiar muchas cosas y explicar el esquema de creencias: Cuando nos acostumbramos a pensar las cosas de una

misma manera, interpretamos todo desde esa óptica, aun cuando no tenemos pruebas de que sea cierto. Muchas veces estas formas de pensar nos hacen sentir mal, y esto puede provocar actuar de formas que nos compliquen más las cosas, e interpretar a otros de forma errónea.

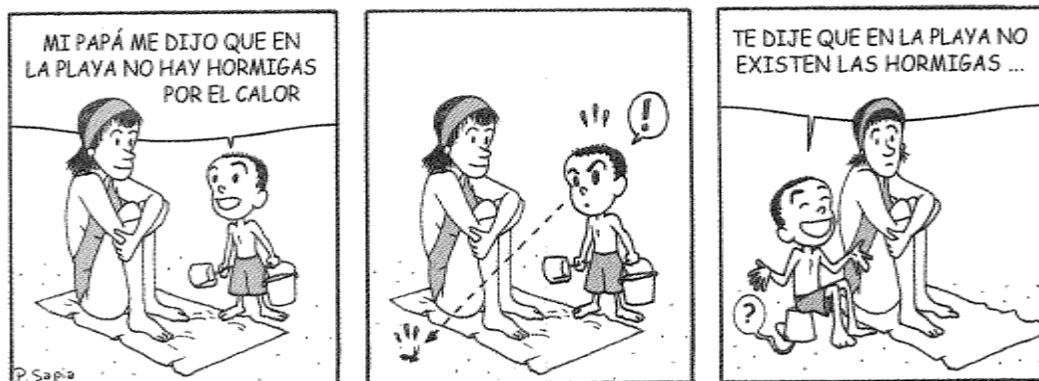
Mostrar el siguiente ejemplo en presentación con proyector o diapositiva (diapositiva 2)

Imagen 2



3. El terapeuta mostrará a los chicos las siguientes imágenes como ejemplos para identificar creencias

Imagen 3



Bunge, 2009)

El terapeuta explicará a los chicos: La mujer y el chico tienen una idea muy fuerte y no importa si es así o no. Esa idea, no la quieren cambiar por nada. Las creencias, son formas estables de ver las cosas y están determinadas en lo que creemos acerca del mundo, la gente que nos rodea y nosotros mismos. Después preguntar a los chicos de qué forma cambiar la idea allí para cambiar la situación y pasará a la siguiente imagen

Imagen 4



En esta imagen preguntar a los niños cómo podríamos cambiar las acciones que conlleva una creencia, los chicos tendrán que cambiar el pensamiento, la reacción y así la historia tendrá que tener otro desenlace. Las situaciones y ejemplos deben ir dirigidas a situaciones de discriminación, y/o problemas familiares o en la escuela, basados en las mismas anécdotas negativas que han contado los niños.

Después finalizar con una reflexión acerca de cómo puede influenciar las creencias en nuestras relaciones con los demás y todo lo que nos sucede día con día, animar a los niños a dar su opinión y conclusión en base a lo que experimentaron y sintieron en relación a sus creencias y cómo influyen en ellos. Por último organizar el juego de la papá caliente para que

los chicos se vayan divertidos y eliminar tensión. Dar por terminada la sesión y despedir con un aplauso.

Sesión 5

Material: Imagen 5, Material A

1. Después iniciará a explicando la primera actividad del día. El terapeuta por medio de la imagen 5, dará una breve explicación de lo que puede ser un escenario positivo y uno negativo en una misma situación. “A veces el como vemos un hecho o interpretamos puede cambiar las cosas. Si todo lo vemos negativamente, obtendremos resultados negativos“. En la imagen 5, se puede observar un espacio en blanco en el cuál se le pedirá su opinión a los niños de cómo piensan ellos que podría actuar ahora la niña para cambiar el desenlace de la historia. Posteriormente pedirá a los niños hacer equipos de cinco y pasen al frente a actuar una situación, (la tienen que inventar ellos) en la que haya un escenario negativo y después uno positivo. Terminar la actividad y proceder al descanso de 10 minutos,

Imagen 5



Pedir al niño que podría pensar de forma positiva para tener un final o resultado positivo ahora






(Bunge, 2009)

2. Para la siguiente actividad el terapeuta tendrá que explicar que a veces tenemos diferentes formas de ver las cosas y pondrá el siguiente ejemplo (la información debe exponerse con proyector o diapositivas frente al grupo)

Material A

Los anteojos determinan el tipo de pensamientos o imágenes que tienen las personas.

Alguien con anteojos:	Puede pensar:
<p>Catastróficos</p> 	<p>RIESGOS</p> <p>Todo es peligroso</p> <p>No me puedo defender</p> <p>No puedo resolver los problemas</p> <p>Me van a criticar</p> <p>Son débil</p> <p>Me puede pasar algo</p>
<p>Oscuros, negativos</p> 	<p>DESVALORIZACIÓN</p> <p>Soy un inútil</p> <p>Nadie me quiere</p> <p>Todo me sale mal</p>

	<p>No sirvo para nada</p> <p>Fue culpa mía</p> <p>Los chicos no me tienen en cuenta</p>
<p>Reflejantes</p> 	<p>PROYECCIÓN</p> <p>La culpa es de ellos</p> <p>Me odian</p> <p>Están todos contra mí</p> <p>Me lo hace a propósito</p> <p>Me tienen hartos</p> <p>Son todos unos idiotas</p>

(Bunge, 2009)

Si me pongo unos anteojos claros podré ver las cosas mejor y objetivamente. Por ver claramente hay que entender: ver todas las alternativas posibles frente a una situación determinada y no solo las negativas, catastróficas, así como no solo lo positivo, ser asertivos.

Anteojos claros



(Bunge, 2009)

Una vez explicado esto. El terapeuta pondrá un ejemplo de situación y ellos deberán usar diferentes tipos de lentes para describir como seria esta situación dependiendo los lentes que estén usando. Los anteojos se pueden hacer con anteojos de cartón, y poner diferentes tonos de papel para convertirlos en catastróficos (oscuros) negativos (totalmente negros), reflejantes (tono gris claro) y claros (transparentes) este es un nuevo concepto

Ejemplo:

Queja: Odio ir al colegio, me quiero quedar en casa.

Problema: me da miedo ir al colegio, no me siento a gusto, los niños no me aceptan

Consecuencia: me obligan a ir igual, me peleo en el colegio porque creo que me rechazan o los agredo, me aísló y no platico con nadie.

*Cambiar los lentes para ver la situación a través de cada tipo de lentes, los niños tienen que decir como sería con cada tipo de lentes.

Finalizar la actividad, dar por terminada la sesión, despedida con un aplauso por los logros.

Sesión 6

Material: Material B

1. El terapeuta dará un saludo de bienvenida y les comentará a los chicos que empezarán una nueva etapa de conocimiento y dirá a los niños que en las próximas dos sesiones aprenderán a relacionarse mejor y hacer más amigos. Dará a los chicos la siguiente información por medio de exposición ya sea en carteles, presentación:

Material B

Formas para tratar con los demás

Cuando se trata de convivir con los demás:

- Demuestra tu interés
- Despierta el interés del otro. Habla de lo que le pueda gustar o interesarle
- Llámalo por su nombre
- Haz que hable de él, ella
- Haz que se sienta importante.
- Decirle cosas positivas sobre él
- Devolver las preguntas, ¿Y tú?

Gestuales:

- Sonreír
- Saludar
- Mirar a los ojos
- Mostrar aprecio



Cosas que puedo decir al conocer a alguien:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Cuántos años tienes?
- ¿Por dónde vives? ¿Con quién? ¿Cerca de dónde?
- ¿Qué colegio va? ¿Cómo te va en la escuela?
- ¿Sí conoce a...?

- ¿Juegas futbol, etc.?
- ¿Qué te gusta hacer?

Para la práctica el terapeuta les pondrá los siguientes casos y le pedirá hagan equipos de dos y hagan un ensayo con su compañero recreando la situación de los ejemplos.

Caso 1: te encuentras a un chico en la calle jugando futbol.

Caso 2: te encuentras una niña en los juegos de un restaurante.

Caso 3: Ves unos niños jugando en el parque y te acercas.

Terminar la actividad y dar un descanso de 10 minutos.

2. El terapeuta explicará la siguiente actividad en la que nuevamente pedirá a los niños hacer equipo en parejas, será importante que no sea su amiguito, si no alguien con quien casi no haya convivido. La actividad consistirá en practicar ejercicios donde se presenten con el otro nuevamente y esta vez pondrán en práctica parte de lo aprendido en la actividad anterior, decir 3 cosas positivas de su compañero aún sin conocerlo, que ellos mismos deduzcan solo con verlos. Al finalizar el terapeuta hará énfasis en la importancia de ser amables y positivos al conocer a una persona, sea cuál sea el contexto.

3. Jugar carreras de costales por 20 minutos, dar por terminada la sesión y aplauso general para el grupo por el esfuerzo y lo aprendido.

Sesión 7

1. En esta sesión se pretende que los chicos pongan en práctica las habilidades sociales aprendidas en la sesión anterior. Se organizará y pactará una visitita a otro grupo de personas. Este grupo pueden ser niños de un colegio o clínica para chicos con habilidades especiales, un asilo de ancianos, sala de visitas de oncología infantil, etc. Esto porque se busca

un grupo de cierta forma no común y de población en cierta forma vulnerada, para que la convivencia sea benéfica para todos y esta se propicie por la misma necesidad de acompañamiento. A los chicos solo se les dará la instrucción de que será un buen momento para poner en práctica sus nuevas técnicas y de ayudar a otros. (se debe tener cuidado de que las personas, niños o adultos mayores del otro grupo tengan disposición a la actividad).

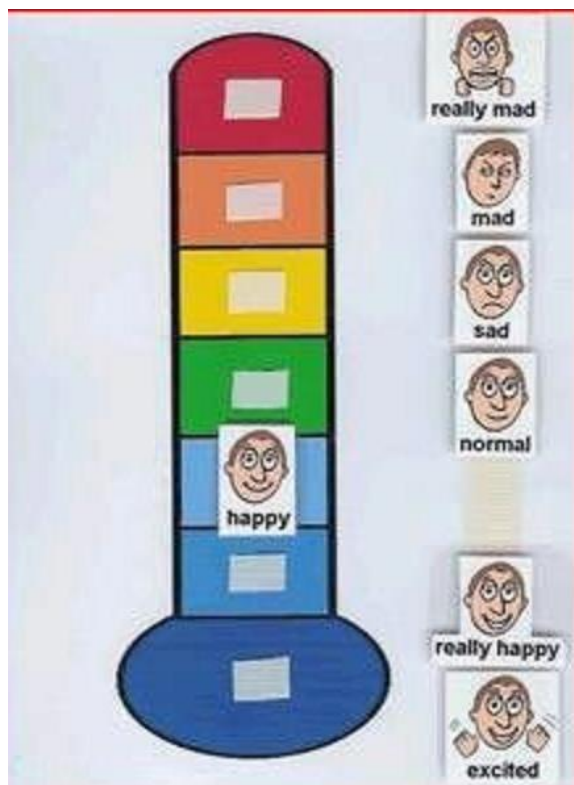
Se dará un pequeño lunch, y se organizará alguna actividad en conjunto dependiendo el espacio, reglas y condiciones del lugar (libre a elección y juicio del terapeuta, puede ser desde armar rompecabezas a algo más elaborado)

Sesión 8

Materiales: Termómetro de la emoción, Material C, Semáforo de la emoción

1. El terapeuta dará la bienvenida a los niños y les preguntará cómo se sintieron durante la visita. Después pasará a la primera actividad, esta consiste en mostrarles a los niños el termómetro de las emociones, ya sea en cartel, en proyección, etc.

El termómetro de las emociones

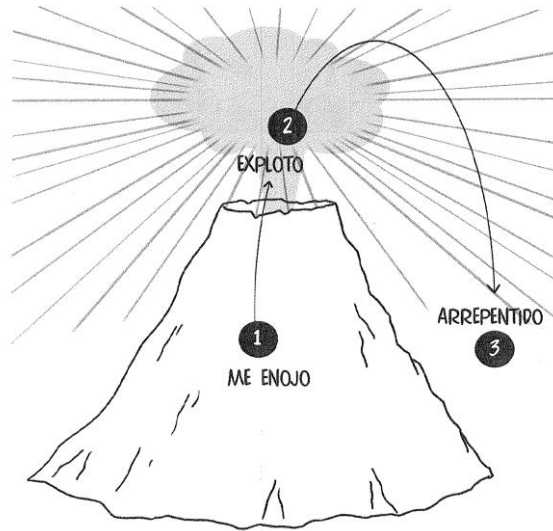


Pedir a cada chico que con la experiencia que tuvieron un día anterior pasen al termómetro a situar cómo se sintieron con respecto a la convivencia en una situación agradable y una que les haya provocado tensión. (Caliente=enojado, frío=tranquilo, feliz)

2. Terminando de comentarles cómo funciona el termómetro de las emociones, en la siguiente actividad se les enseñará a detectar sus alamar de pensamientos, sensaciones corporales y expresión verbal que serán las señales de alarma de que están subiendo mucho la “temperatura” del termómetro de las emociones, es decir se están enojando y por lo mismo perdiendo el control de la situación. Esto se logrará exponiendo a los chicos con la siguientes imágenes y de la siguiente forma

Material C

Señales de alarma



(Bunge, 2009)

El terapeuta explicará:

Cuando estamos en una situación desagradable o tensa, nos podemos sentir cada vez más enojados, hasta explotar como un volcán, y por lo general podemos hacer cosas que agraven el problema y de las que después nos arrepentiremos. Por lo que debemos saber identificar las señales de alarma:

Pensamientos: “lo mataría”, “le pego”, “lo odio”, “me toma el pelo”, “se ríe de mi”, “es un... (insulto)”, etc.



(Bunge, 2009)

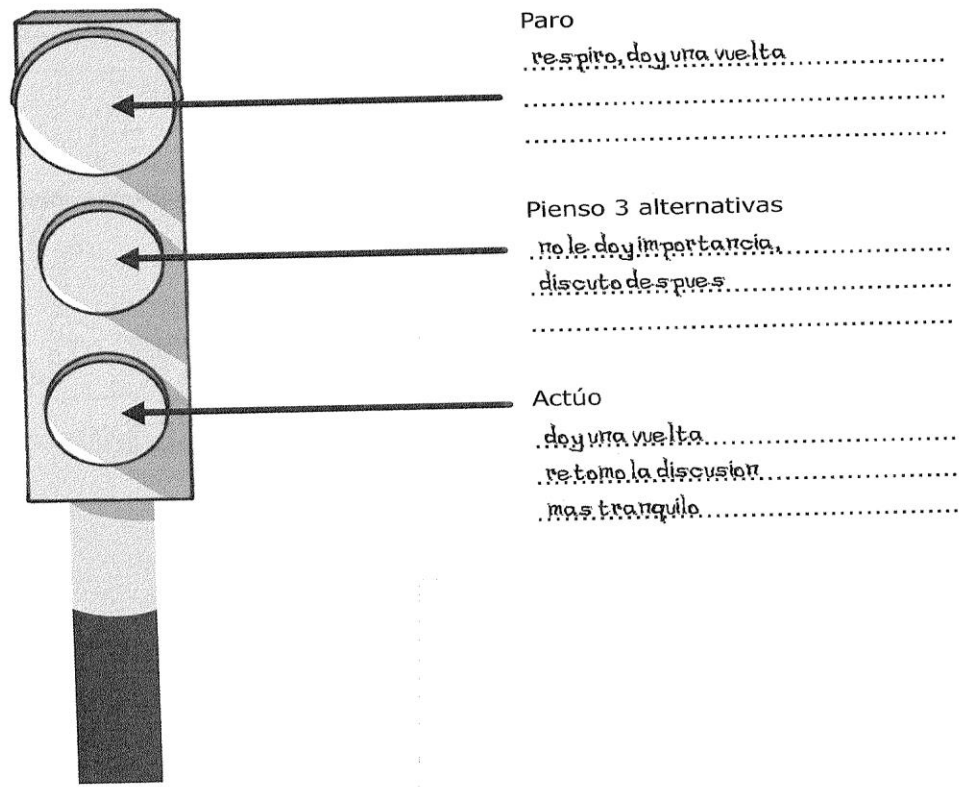
CUERPO: Sentir “una pelota en el estómago” (tensión en el estómago), o que todo el cuerpo se tensa, calor que sube desde el estómago a la garganta, mareado, boca seca, puños apretados, corazón acelerado, inquietud, etc.

FORMA DE HABLAR: levantar el volumen de la voz, hablar más rápido, usar insultos.

Concluir diciéndoles que pongan atención a estas señales la próxima vez que se encuentren en una situación desagradable o en una discusión proceder al descanso de 10 minutos.

3. Explicar a los niños la técnica del semáforo para que aprendan a parar su enojo y no llegar a malas consecuencias. Con ayuda de la siguiente imagen explicar que hay que parar y pensar varias alternativas antes de actuar, pues entre más alternativas y más tranquilo, mejor probabilidad de resolver los problemas.

Semáforo de las emociones



(Bunge, 2009)

Luz roja: estoy enojado, paro un instante y respiro dos veces

Luz amarilla: aplico retirarme un poco, o me calló y pienso en diferentes formas de reaccionar o solucionar el conflicto

Luz verde: elijo la alternativa más adecuada, el objetivo es que te entiendan, que puedas expresarte tranquilamente y no perjudicar la relación (si sigues molesto inclusive puedes decir que prefieres hablar más al rato para tranquilizarte)

Se puede exponer un caso a los chicos, ejemplo:

Pides permiso a tu mamá para ir a una fiesta, te dice que sí, pero regreses a las 5 y la fiesta comienza a las cuatro, le explicas pero no entiende... tú quieres estar más tiempo y te das cuenta de que comienzas a gritar y mamá también se ésta molestando. Una vez que se haya explorado las diferentes alternativas de los niños, se le preguntará a los chicos que ¿Qué debemos hacer?

El terapeuta da por terminada la práctica y la sesión. Se despide al grupo con un aplauso como siempre.

Sesión 9

Materiales: Material D, hojas de papel, colores, Material E, Cascos de soldado (de juguete), pintura para la cara negra, Material F

1. El terapeuta dará el saludo de bienvenida y les preguntará a los chicos como se han sentido con la intervención, después pasará a explicar cómo es que en los pensamientos se mantiene el enojo

El terapeuta explicará de forma expositiva que: Las formas en que pensamos y nos explicamos las situaciones pueden aumentar nuestro enojo y hacer que la rabia hacia una persona, grupo o situación se mantenga eternamente. En estos casos vemos nuestros problemas con malos “anteojos” y empeoramos las cosas y las relaciones cuando pueden ser de otra forma.

La terapeuta expondrá los siguientes ejemplos.

Material D

CREENCIAS PROBLEMATICAS	CREENCIAS RAZONABLES
Las reglas de mis papás son injustas y me arruinan la vida. No me entienden	No me gustan sus reglas y a veces son injustas, pero a todos los chicos les pasa esto y muchas veces es porque ellos quieren cuidarme
La profesora siempre me regaña a mi cuando algo malo pasa y a los otros no	Todos han pasado alguna vez por esto, debo explicarle la situación a la profesora. Si me regaña puedo platicar con ella de que me explique qué no estoy haciendo bien
Todos deberían aceptarme y querer estar conmigo. Si no me aceptan es porque me tienen envidia, son tontos o les caigo mal y yo no sirvo. Me molesto a propósito	Por lo general la gente no hace cosas con mala intención, muchas veces se equivocan o no se dan cuenta que algo nos puede molestar. No puedo adivinar lo que el otro piensa. Tal vez yo sin querer lo aleje con un mal gesto
Él tiene la culpa de todo	La mayoría de las veces las peleas se arman entre dos, quizá el otro estuvo mal, pero yo también puedo equivocarme

Las técnicas para buscar soluciones son:

1. Moldear pensamiento
2. Congelar el enojo (usar el semáforo de la emoción)
3. Medir la importancia

Después de explicar y dar los ejemplos, se pedirá a los chicos que en una hoja de papel dibujen una historieta y cuenten un ejemplo de creencia problemática y como lo cambiarían a creencia razonable. Pasar al descanso de 10 minutos.

2. El terapeuta dará las instrucciones de la siguiente actividad que se llamará “la guerra contra el enojo” Se escogerán los actores, ejemplificarán el caso. Los demás harán equipos de 3 y propondrán maneras de resolver los problemas de otra forma. Todos usaran

cascos y se pintaran la cara para “camuflarse” se jugará y creara un ambiente de “guerra” contra los problemas”. Las armas de los chicos, serán expuestas por el terapeuta (en proyección, láminas, carteles, etc), estas serán las siguientes:

Material E

Formas de decir las cosas para que me entiendan

Una vez que controlas tu enojo, es bueno platicar con la persona con quien tuviste o tienen el problema. Hay que buscar un momento y lugar tranquilo, hay que cuidar como decimos las cosas, no hay que ser agresivos ni defensivos, o el otro puede enojarse nuevamente y no entender tu punto de vista.

Hay que evitar:

- Acusar al otro de ser de una forma determinada “eres un” ésta prohibido
- Culpar al otro de tus reacciones: “¡Por tú culpa!” “¡Me haces gritarte!” Una situación puede que te genere hacer algo, pero eso lo decides tú.
- Hacer listas de otros asuntos pendientes y echarlas en cara: “Hace un mes...”



Podemos hacer:

Expresar los sentimientos: yo siento que... me molesto que...

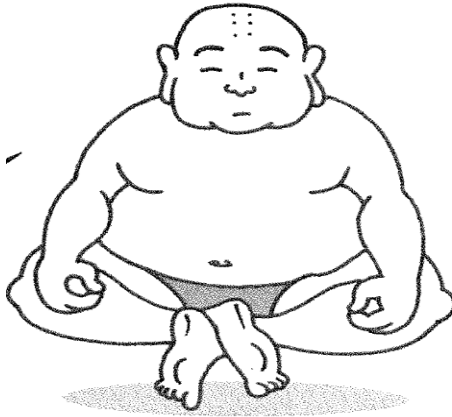
Definir las acciones o conductas concretas que te molestan: me entristece que no me contestes, me molesta que comiences a regañarme sin que me dejes explicarte... etc.

Proponer conductas alternativas: Sería bueno que antes de que te molestes me dejes explicarte... podemos hacer bromas de otras cosas y no de mi físico.



Utilizando estos “tips” o técnicas, los niños actores ejemplificarán los siguientes casos (a los actores se les dará una hojita con los ejemplos para que los actúen):

Material F



Salir a dar una vuelta y pensar en otra cosa durante unos minutos

Hablarte a ti mismo diciendote que pienses mejor y bajes tu enojo, ya pasará y no es importante

Hacer un rato cosas que te gusten y te distraigan

Respirar profundo, concentrate en tu respiración y contar hasta 20 respiraciones

(Bunge, 2009)

Después pedirá a los chicos que tomen una posición cómoda (sentados o acostados) y los inducirá a hacer una relajación dando las instrucciones básicas para realizar una relajación por medio de respiración y tensión y relajación de músculos:

- Hacer respiraciones profundas y lentas (respirar, expirar)
- Tensar brazos al respirar, relajar al expirar
- Tensar cara cuello , al respirar relajar al expirar
- Tensar espalda, hombros, estomago al respirar; relajar al expirar
- Tensar piernas al respirar, relajar al expirar

Preguntarles como se sintieron, y dar por terminada la sesión, despedir al grupo con un aplauso.

Sesion 10

Materiales: Tina con agua, palitos de madera, hilo, clips, foamy, plumón indeleble, hojas, colores, lápices

1. El terapeuta dará el saludo de bienvenida, les preguntará a los niños como se sienten. Les preguntará quien recuerda las técnicas para buscar soluciones que se vieron en la sesión anterior. Después les explicará la siguiente actividad: Sentados en círculo, se pedirá a los niños que le digan al chico de al lado alguna cualidad que piensen tiene su compañero. Después de escuchar lo que el otro tuvo que decirles, ellos harán una lista con sus propias cualidades y al lado un dibujo, pasarán al frente después a leer su lista y mostrar su dibujo. Al finalizar el terapeuta les comentará que para sentirse bien, tener menos creencias negativas, tener mejor humor y ser feliz, es bueno concentrarse en ideas positivas de los demás, y en ideas positivas de uno mismo. Dar descanso de 10 minutos.

2. Para la siguiente actividad se debe usar una tina llena de agua y unas cañas de pescar (estas se pueden improvisar con un palito, hilo y un gancho que puede ser hecho con un clip), y en pedazos de foamy de colores en forma de peces, estarán escritos conceptos negativos (soy tonto, no sirvo, no puedo, no me quieren, etc.) flotando en el agua. La actividad será explicada por el terapeuta, la cuál consiste en atrapar pensamientos negativos. En una tina llena de peces, habrán unos con cualidades positivas y negativas escritas. Los chicos trataran de pescar positivas solamente y aprender a callar creencias negativas de sí mismos.



Al terminar la actividad, la profesora les explicará que ver las cosas positivas siempre nos mantendrá más tranquilos, hay que pescar los pensamientos negativos e inmediatamente desecharlos, y dejar los positivos en su lugar.

3. Jugar con los chicos, el rey dice, despedir la sesión con un aplauso y darla por terminada.

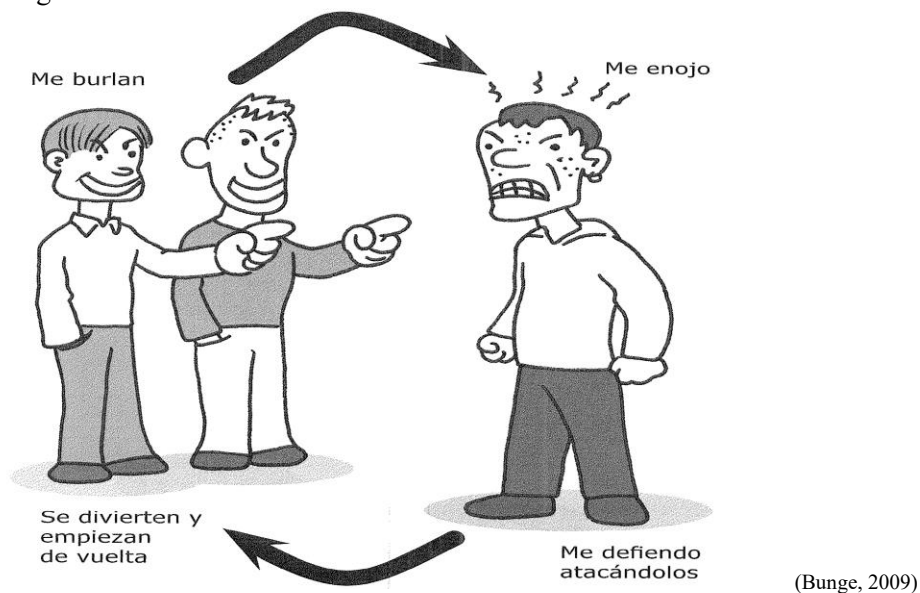
Sesión 11

Material: Imagen 6, Material H

1. El terapeuta dará la bienvenida al grupo, los saludará y les felicitará por llegar hasta ese punto del programa pues ya es la penúltima sesión. Les explicará que en la sesión aprenderán algunos trucos para safarse de los chicos que los quieran molestar. Dará las indicaciones de la siguiente actividad: El terapeuta pedirá que cuenten alguna experiencia que los niños hayan tenido de acoso o burla, si pudieron resolverlo y cómo se sintieron. Al finalizar el terapeuta debe contar una experiencia propia y hacerles notar que todos, hasta los niños que nos han molestado, han sido molestados alguna vez. Y les dirá que les mostrará como desacerse de ese tipo de situaciones. Dará el descanso de 10 minutos.

2. El terapeuta dará de forma expositiva las técnicas de “Aikido verbal contra molestos” y explicará que la característica fundamental del Aikido (técnica de pelea japonesa) es la búsqueda de la neutralización del contrario en situaciones de conflicto, dando lugar a la derrota del adversario sin dañarlo, en lugar de destruirlo o humillarlo. Con la siguiente imagen de forma expositiva el terapeuta explicará como funcionan las burlas (como se les da poder):

Imagen 6



El objetivo de la burla o de las acciones de molestar (casi siempre comienzan de forma verbal) es hacernos enojar y si lo logran lo seguirán haciendo. Pero si reaccionamos de otra forma, es muy probable que se aburran y dejen de hacerlo. Así como el aikido normal, el verbal se trata de usar las palabras usando la propia fuerza del contrincante (el que me molesta) y dejándolo desarmado y sin fuerza.

Ejemplo:

A Roberto le decían que era un cabezón, él se enojaba y les respondía que “no soy un cabezón” “y tú eres un tonto” Cuando reaccionaba así sus compañeros se reían y lo molestaban aún más. Al usar el aikido verbal, cuando le volvieron a decir cabezón, respondió: “sí muchísimo”, luego le dijeron “sí y parece un zapato” y él respondió: “sí uno super grande”: Los amigos ya extrañados le dijeron: “en realidad parece un globo terráqueo” y él respondió: “¡más! ¡Parece un sol que es más grande todavía!” Como los amigos ya no sabían que decir, se sintieron incómodos, se alejaron y lo dejaron en paz.

Otra es decirles la palabra mágica: “¿Y qué?” “¿Y?” Sí... y repetir lo que ellos estén diciendo.

Adelantarse al chiste y reírse de uno mismo también puede funcionar a veces. Recuerda que lo digas, no quiere decir que lo creas tú así, es solo usar sus mismas palabras para desarmarlos y ganar tú la batalla.



La terapeuta escogerá un chico y le pedirá que la moleste, ella pondrá un ejemplo de defenderse con Aikido verbal, luego cambiarán papeles. Pasarán solo 2 niños a hacer la

prueba. Los demás harán equipos de dos y ensayaran el aikido, (solo habrá la regla de no enojarse, ser conscientes que es solo para ensayar) y que en la vida real tampoco hay que enojarse si no tomarlo con gracia, pues ellos tienen el poder del Aikido verbal.

3. Concluir la haciendo un ejercicio de relajación (Técnica de monje) ya que algunos niños pudieron haberse tensado realmente durante la actividad anterior. En esta sesión antes de despedir a los niños recordarles que mañana será el gran día en que estarán “graduándose” del programa y estarán listos y preparados con todas las nuevas armas que adquirieron para adaptarse y relacionarse en el nuevo país donde viven ahora. Despedida y aplauso general.

Sesión 12

Material: teatro guiñol, marionetas, reconocimientos

1. El terapeuta dará la bienvenida, saludará al grupo y les preguntará cómo se sienten en su última sesión del programa, cuáles han sido sus experiencias. Se dará inicio a la primera actividad en la cual nuevamente como al principio los chicos pasarán a exponer como se sienten ahora, después de todo lo que han aprendido, en “su nuevo lugar donde viven” y sus experiencias. Para cerrar esta actividad el terapeuta, les felicitará por su esfuerzo y dedicación (esta actividad se debe video grabar, ya que con este video se contrastará el primer video). Es la última sesión del programa de intervención, y esta debe ser emotiva, pero siempre se debe dejar en claro que el trabajo no está terminado, que el trabajo apenas comienza. Igualmente se debe decir a los niños que siempre estarán bienvenidos a que si tienen algún bache, pueden regresar a consultar con el terapeuta. Proceder a un descanso de 10 minutos.

2. Para esta última parte de la sesión y el programa, se invitarán a los padres de los niños a integrarse con el grupo, se hará una pequeña convivencia (lunch o Potluck) con los

chicos, el terapeuta y personas clave del lugar donde este programa haya sido impartido. Se procederá primero a entregar reconocimientos escritos por haber terminado el programa con éxito. Nuevamente se felicitará en general a los chicos por su esfuerzo y dedicación y se le dejará en claro que siempre tendrán las puertas abiertas. Se les enfatizará y hará la invitación de tomar los otros talleres o clases alternas y/o complementarias sugeridas en esta tesis (Clases de inglés) (taller o clases de la historia de USA) (terapia para padres). Después se organizará un gran abrazo grupal y se dará comienzo al lunch de convivencia. A la hora establecida por la institución donde se imparta el programa, el terapeuta dará por terminado el programa, dará las gracias y despedirá a los asistentes y niños.

Especificaciones y complementos.

Esta intervención debe de darse de forma gratuita o en su defecto a muy bajo costo, algo representativo; ya que estamos hablando de un sector como ya se ha mencionado, marginado, de escasos recursos, al que se le dificultará ya de por si encontrar la ayuda. Puede realizarse una pequeña entrevista para determinar la situación económica de los participantes y pedir o no una cooperación por la intervención.

Se deben promover otras dos actividades que se proponen se impartan y/o organicen en el mismo lugar donde se imparte la intervención, las cuales se proponen sean, un taller interactivo para conocer más sobre la historia y costumbres, días festivos, leyes, etc. del nuevo país, este debe ser un taller pequeño de dos sesiones. La segunda actividad sería clases del idioma inglés para los niños. Esto será crucial para la integración al nuevo país. Se propone que dentro del curso, una parte sea teórica y otra práctica. Se recomienda que para la parte práctica, se haga algún tipo de convenio con algún asilo (casa de ancianos) del lugar para que los niños practiquen con personas que el idioma inglés sea su idioma nativo (visitas a los asilos). De esta manera también se promueve una actividad de labor social, ya que los

ancianos muchas veces reciben pocas visitas. Los ancianos que viven en los asilos no suelen recibir visitas diariamente y generalmente tienen una gran disposición a conversar con quien esté al frente. Ese escenario resulta ideal para que practiquen con jóvenes que quieren aprender su idioma y ambas partes logren enriquecerse cultural y emocionalmente. Esto siempre y cuando los adultos mayores también estén dispuestos y en actitud de cooperar.

Conclusiones

El fenómeno de la migración es complejo y ocupa un lugar importante en la agenda internacional. A pesar de que se ha escrito y teorizado al respecto, los discursos parecen no llegar a la acción, por ello se propone la aplicación de estrategias de intervención y prevención en temas de salud mental y emocional; en beneficio de las personas que migran y sus familias, sobre todo los niños que se encuentran aún más vulnerables.

La migración sugiere un trabajo multidisciplinario que la psicología no puede soslayar, por el contrario las intervenciones psicológicas tanto de prevención primaria como de secundaria y terciaria, deberán estar dirigidas al incremento de los recursos personales, familiares y sociales, promoviendo los procesos para modificar actitudes, creencias y conductas, todo esto, modificando los factores del medio ambiente, sobre todo el de las redes de apoyo, para que estos cambios repercutan en el individuo y su comunidad (WHO/OMS, 2006; Martínez, García y Maya, 2001; Hurrelmann, 1997).

Indudablemente la migración es un factor estresante que se asocia con múltiples problemáticas de salud, económicas, de género, políticas, sociales, familiares, y personales es por ello que cuando se reconocen y fortalecen los recursos se habilita al individuo de mejores posibilidades para manejar las situaciones estresantes que viven los individuos y las familias migrantes, por lo que su uso tiene implicaciones tanto para los programas educativos como

terapéuticos y puede ser una estrategia de intervención preventiva de gran importancia que favorezca la salud física y mental.

Al fortalecer los recursos sociales y comunitarios es posible esperar una mejora en la equidad entre los géneros a través de las políticas migratorias que favorezcan el mantenimiento de los vínculos de unión y apoyo en las nuevas configuraciones familiares de los migrantes. El reto del ejercicio terapéutico residirá en sostener una postura flexible y facilitadora de diálogos que abra posibilidades de encuentro para aquellos individuos que han visto modificar sus sistemas de creencias, familiares y sociales sin contar con modelos precedentes, donde la aceptación a la diversidad podría ser la clave de procesos resilientes (Walsh, 2004). De ahí que el énfasis en los recursos y las fortalezas de los individuos y sus familias es una línea de trabajo terapéutico que amplía las posibilidades de los consultantes y de quienes trabajan con ellos.

La literatura confirma que los niños inmigrantes sí tienen necesidades especiales mientras se adaptan a una nueva cultura. ¿Por qué algunos grupos de inmigrantes y las personas hacen el ajuste con relativa facilidad, mientras que otros luchan? ¿Por qué algunos estudiantes inmigrantes (en enorme desventaja y adversidad) superar el rendimiento de sus homólogos estadounidenses nativos académicamente, mientras que otros no son capaces de competir?, es igualmente desconcertante. La enorme variación inter e intra-grupo hace que sea difícil para los investigadores sacar conclusiones. Hallazgos recientes, sin embargo, ofrecen pistas sobre estas cuestiones desconcertantes, y representan una compleja red de factores asociados con las dos fuerzas macro y micro-nivel.

Los procesos de adaptación y aculturación de los niños inmigrantes se pueden analizar en tres niveles: el contexto más amplio socioeconómicamente y políticamente, la comunidad y el individuo, y la familia. En el nivel macro, una combinación de factores previo a la

migración y del contexto de la migración económica y política afecta la capacidad de los grupos de inmigrantes de conectar con los Estados Unidos y la sociedad en general. La recepción contexto-comunidad es también muy importante. Según muchos investigadores (Portes, 1995; Zhou, 1997a, 1997b; Zhou, y Bankston, 1997), el segmento de la sociedad norteamericana en la que los grupos de inmigrantes se fusionan determina sus patrones adaptativos.

El prejuicio, el racismo y la opresión, a nivel local como a nivel nacional, también desempeña papeles dentro del ámbito de la familia, la estructura vigente, los valores, las creencias, todo afectará el ajuste para los padres y los niños. Además, la edad y el temperamento de un niño, influye en su adaptación a una nueva cultura y el medio ambiente (McCarthy, 2003).

Nathan (1986, cit Moro, 2010) por ejemplo señala que la migración en sí misma es traumática debido a la ruptura brutal de los referentes culturales. Sin embargo otros autores como Bensalma (2004) comprenden que la migración forzada no es un estado, ni un traumatismo, ni una estructura patológica, sino una experiencia en el tiempo que compromete la totalidad del individuo en su existencia y en la relación con los significantes fundamentales.

Cuando pensamos en los niños que migran de forma voluntaria o no, pensamos en el sufrimiento que conlleva para ellos no solo las pérdidas familiares, sociales, culturales, etc. Si no que también pensamos en la fragilización de sus referentes. Barudy (2006) es enfático en señalar que el sufrimiento del niño migrante se potencia cuando sus referentes comunitarios, culturales, parentales, etc. que le daban calma a sus dolores y sentido a su sufrimiento no cuentan más con los recursos psíquicos para controlar las nuevas situaciones, por consiguiente esta situación pone en juego la integridad del niño y la vulneración de sus derechos.

Los estudios en salud mental con niños y adolescentes inmigrantes, han estado dirigidos fundamentalmente a la valoración de la presencia de trastornos depresivos, conductuales, del aprendizaje y de la autoestima en esta población (Ashworth, 1975; Aronowitz, 1984; Phinney, 1990; Rumbaut, 1995; Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 1995; Guarnaccia y López, 1998). Intentando indagar como la inmigración, con todo lo que ésta conlleva, afectarían el bienestar psicológico infantojuvenil de los inmigrantes. En la actualidad, las investigaciones en factores de riesgo han crecido considerablemente, demostrando que la exposición a ciertas circunstancias aumentarán la probabilidad de manifestar algún tipo de conducta desviada y por ende, de trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes (Lemos, 1996).

En esta ocasión es importante también subrayar, la importancia psicológica de la aculturación lingüística para los niños inmigrantes (Rumbaut, 1995). Varias de las investigaciones han dado gran importancia al papel jugado por las escuelas en la adquisición de la segunda lengua y logro escolar. Ciertamente, serían los sistemas educativos, refugios, asociaciones civiles, etc. los encargados de entregar programas de intervención que faciliten el ajuste bicultural de los niños con bajos niveles de aculturación, especialmente importante para la segunda generación de niños inmigrantes. Por tanto, es fundamental que en el ámbito escolar se fomente la capacitación de profesores, con relación a la comprensión de diversas culturas y el entrenamiento de habilidades lingüísticas que favorezcan su trabajo con inmigrantes (Guarnaccia y López, 1998). Así mismo con las instituciones que tienen alguna relación con éstos, así como las instituciones dedicadas a la salud mental, los terapeutas, etc.

Es relevante del desarrollo de destrezas individuales-biculturales en los inmigrantes, desarrollo que tendría que ser el objetivo de los programas de intervención y terapias para esta población, los que deberían ser diseñados para elevar las habilidades necesarias para

desenvolverse en ambientes tanto biculturales, como multiculturales (LaFromboise, Coleman, y Gerton, 1993).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una terapia muy eficaz para el tratamiento de problemas comunes que afectan la salud mental, tales como ansiedad y depresión. TCC funciona bien en pacientes de la mayoría de los entornos culturales, pero las investigaciones han demostrado que es más efectiva en caso de adaptarse para satisfacer las necesidades de grupos específicos. La TCC-AC (terapia cognitivo-conductual adaptada culturalmente) se creó para incrementar la accesibilidad de las intervenciones de la TCC en aquellas poblaciones a las que el sistema de salud mental no brinda soluciones adecuadas (Ballon, D. Gamble, N. Waller-Vintar, J. 2011).

Las sesiones terapéuticas grupales se recomiendan en el trabajo con migrantes como un medio por el cual ellos pueden desarrollar sistemas de mutuo apoyo, aumentar su autoestima, encontrar ejemplos de resolución de dificultades desde la experiencia de los otros del grupo, además de identificar recursos y desarrollar habilidades en la comunidad (Leon y Dziegielewski, 1999).

Considerando la importancia de la psicología positiva en la salud, la propuesta es incrementar la experiencia de emociones positivas como herramientas que permitirán el desarrollar un buen proceso de resiliencia en los niños migrantes. Ya que experimentar emociones positivas favorece el pensamiento creativo para la solución de problemas interpersonales, desarrolla la flexibilidad cognitiva, promueve respuestas de generosidad y altruismo, aumenta los recursos intelectuales y contrarresta las tendencias depresivas.

Los resultados que se esperan basados en la literatura es que una intervención grupal cognitiva conductual con bases de psicología positiva, será efectiva para prevenir y disminuir síntomas que conlleven problemas conductuales y emocionales en la población de niños

inmigrantes en USA, ayudando a mantener una buena relación del niño con el ámbito social, personal, escolar y a mejorar la calidad de su vida en todos los aspectos.

Se pretende que esta intervención aporte una visión positiva donde no solo se disminuya la problemática en general a través de diversas técnicas cognitivo conductuales, si no que utilizando las fortalezas, cualidades de los niños y enseñándoles habilidades podamos disminuir estos síntomas aunado al aumento de resiliencia, una mayor regulación emocional podamos aumentar la calidad de vida en general. También así mismo evitar problemáticas más grandes en el futuro, buscando la prevención de complicaciones futuras y trastornos mayores en esta población infantil.

Esta intervención se propone vaya acompañada de dos cursos de tipo informativo y de enseñanza crucial para adaptarse a la nueva condición y a la nueva cultura. Estos cursos, son clases del idioma inglés y un taller donde de manera general se haga una revisión de la historia, algunas leyes y costumbres más importantes del país de acogida. Es claro que el idioma y el conocer algunos datos importantes del país de acogida ayudara a los chicos a conocer su nuevo entorno y esto les facilitara sus relaciones sociales y cognitivas con este. La información y la educación siempre serán las mejores armas contra cualquier problemática y ayudarán a aumentar la autoestima.

Es importante destacar la importancia de la interacción de los padres en el proceso de sus hijos mientras estos se encuentren dentro del programa de intervención. El entorno familiar y la relación con los padres serán igualmente claves en la asimilación y resultado de dicha intervención. Igualmente se propone que los padres estén involucrados en un proceso terapéutico o programa parecido y/o que por lo menos sepan de los contenidos del programa en el que sus hijos están participando.

La labor del terapeuta será clave para el éxito de esta intervención, se recomienda que el terapeuta sea de origen hispano de preferencia para crear un mejor puente de entendimiento entre éste y los niños, así mismo esto mejorará el rapport ya que el terapeuta tendrá un mejor grado de entendimiento del contexto cultural del que provienen los niños. Es claro que muchos profesionales de la salud tratan a la gente basándose en sus propias presunciones y estereotipos, que pueden dar lugar a prejuicios que minan la provisión eficaz de servicios (McKenzie, 2003; Papps y Ramsden, 1996) y es por esto que es recomendable conozca la cultura del paciente. Será básico que sea bilingüe para poder comunicarse de manera correcta con los chicos y por cualquier pregunta que estos tengan que hacerle con respecto a temas del lenguaje.

La relación terapéutica es un ingrediente esencial para que el tratamiento redunde en una experiencia positiva. Independientemente del origen racial y étnico, los pacientes la han identificado como el elemento más beneficioso del tratamiento (Hwang, 2006; Norcross & Lambert, 2005). En el manual “TCC para individuos de origen latinoamericano en Canadá” se llevaron a cabo consultas con ocho grupos de discusión de la comunidad latinoamericana en Toronto y la retroalimentación de pacientes latinoamericanos que participaron en la prueba piloto de este manual indicaron una preferencia marcada por terapeutas que hablan español e hispanohablantes de origen latinoamericano, con competencia a nivel cultural. Estos informes también están respaldados por estadísticas que indican que el 50% de las minorías étnicas no asisten a una segunda cita con un terapeuta que no es latinoamericano; los índices de interrupción anticipada disminuyen considerablemente si el terapeuta proviene de una minoría étnica (La Roche, 2002).

Además, la similitud lingüística entre un terapeuta y los pacientes se ha relacionado con una mayor asistencia a las sesiones de terapia y a resultados de tratamientos más positivos

que en el caso de tratamiento similares facilitados por medio de un intérprete (Sue et al., 1991). Otras características valoradas en los terapeutas por parte de la comunidad latinoamericana en Toronto incluyeron, amplio conocimiento clínico y capacidad para realizar intervenciones clínicas de manera flexible y proactiva; una actitud profesional, pero cálida y acogedora, demostrada, por ejemplo, por un abrazo y un beso en la mejilla respetuosos en vez de un apretón de manos; comodidad al compartir información personal (por ejemplo, país de origen del terapeuta, si tiene o no hijos) bajo las circunstancias apropiadas, y comodidad al aceptar muestras de gratitud (por ejemplo, regalos y pequeños gestos).

Será importante medir la expectativa de que a los usuarios de los servicios (niños y padres en este caso) se les debe dar el poder de comentar sobre la provisión de servicios de salud y los programas, además de incluirlos en la realización de cambios. Esto reconoce la experiencia del paciente como receptor de la atención a nivel individual y la pericia que los miembros de la comunidad pueden aportar para designar servicios e intervenciones más apropiadas, a nivel de la comunidad. Medir el nivel de satisfacción y opinión al finalizar el programa

Se propone realizar mediciones y evaluaciones de resiliencia, tiempo después de la intervención en el mismo grupo intervenido con fines estadísticos y de investigación, ya que estos datos junto con las encuestas del nivel de satisfacción de los niños y los padres del programa; serán de ayuda para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento futuros que sigan ayudando a este sector vulnerable que evidentemente necesita atención adecuada, objetiva y de preferencia anticipada a conflictos emocionales o mentales más graves.

La importancia de este tipo de programas en USA es de gran importancia, ya que este país a pesar de los muchos conflictos y batallas que tiene en contra de la inmigración, es un país construido de inmigrantes, y como ya se ha mostrado, las cifras nos indican que la

población de inmigrantes va en crecimiento. Serán estos niños las generaciones futuras de este país y obviamente será conveniente prevalecer la salud en esta población tanto para el país como para la población misma.

Anexos

AUTORES	LUGAR	No. SUJETOS	EDAD	INFORMADOR	INSTRUMENTO 1 ^a	INSTRUMENTO 2 ^a	PREVALENCIA	DETALLES
					FASE	FASE		
Rutter (1989)	Isla Wight GB	2199 1 ^a Fase 286 2 ^a fase	10-12	Padres Niños Profesor	Rutter Questionnaire	Rutter Child and Parent Interview	5.4%	
Bird et al. (1988)	Puerto Rico. USA	777 1 ^a Fase 208 2 ^a fase	4-16	Padres Niños	CBCL	NIMH-DISC	49.5%	17.9% caso definitivo 16% probable
Velez, Johnson & Cohen (1989)	New York USA	776 en 1983 y en 1986	9 y 18 11 y 20	Padres Niños	DISC (Child and parent version)		17.7%	Predominio T. externalizantes, a los 2 años mismos resultados
Frombonne (1994)	Chartres Francia	2441 1 ^a Fase 2a fase	8-11	Padres Niños Profesores	CBCL Rutter Teacher Scale	Rutter parent interview CGAS (Children Global Assessment Scale)	12.4%	Más frecuente T. de conducta 6.5% y T. Emocionales 5.9%
Costello et al. (1996)	Great Smoky Mountains USA	4500 1 ^a Fase 1071 2 ^a Fase 323 indios	9,11 y 13	Niños	CBCL	CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment)	20.3%	Entrevistados anualmente durante 3 años
Camino et al. (2004)	Puerto Rico	1886	4-17	Padres	DISC-IV CGAS Service Assessment for Children		16.4%	Más TDAH 8% y T. Oposicionista Desafiante 5.5%
R.E. Roberts, Roberts & Xing (2007)	Houston USA	4175	11-17	Niños	DISC-IV CGAS		17.7%	Ansiedad 6.9% T. conducta 6.5% Uso de drogas 5.3%

AUTORES	LUGAR	No. SUJETOS	EDAD	INSTRUMENTO 1ª fase	INSTRUMENTO 2ª fase	PREVALENCIA
Fleitlich.Bilyk & Goodman (2004)	Brasil	1251	7-14	Development and Well-Being Assessment (DAWBA)		12.7%
Bilenberg, Petersen, Hoerder & Gillberg (2005)	Dinamarca	621	8-9	CBCL	Entrevista clínica	10.1%
Gau, Chong, Chen, 6 Cheng (2005)	Taiwan	1070	4-17	K-SADS	CBCL	20.3%
Goodman, Slobodskaya, 6 Knyazev (2005)	Rusia	48	7-14			15.3%
Eapen, al Gazai, Bin Othman & Abou-Saleh (1998)	Emiratos Árabes	3278	6-15	Rutter questionnaire	Entrevista clínica	10.4%
Mullick & Goodman	Bangladesh	922	5-10	DAWBA		15%
Srinath et al. (2005)	India	204	0-16	CBCL		12.5%

Anexo 2

AUTOR	PREVALENCIA TOTAL	DEPRESION MAYOR	DEPRESION	ANSIEDAD POR SEPARACION	TOC	ANSIEDAD SOCIAL	ANSIEDAD GENERALIZADA	FOBIA	ANSIEDAD	TDAH	T CONDUCTA	TND
Costello 1996	20.3%		1.45%	3.49%	0.17 %	0.58%	1.67%	0.27%	5.7%	1.9 4%	3.32%	2.75 %
Camino 2004	16.4%	1.4 %	1.7%	1.5%		1.55%	1%		2.9%	3.7 %	1.3%	3.4%
Roberts 2007	17.7%	1.7 %	2.99%			1.64%	0.41%		6.89%	2.0 6%	3.32%	2,77 %
Gómez Beneyto 1994	21.7% si GAF <60:40%											
	8 años		0.7%	1.7%	0.03 %	0.7%			1.7%	14.4%	1.7%	
	11 años		0.9%	1.2%	0.03 %	2.5%			4.1%	5.3 %	4.1%	
	15 años		2.5%			1.9%			6.7%	3%	6.9%	

Anexo 3

FACTORES DEL NIÑO	FACTORES PARENTALES	FACTORES DEL ENTORNO
Número de acontecimientos traumáticos	TEPT en padres	Pobreza
Dificultades de expresión en su lenguaje	Depresión materna	Tiempo de regularización de la situación
TEPT	Tortura, especialmente en madres	Aislamiento cultural
Problemas físicos de salud	Muerte o separación de los padres	Periodo de tiempo en el campo de refugiados
Edad mayor	Observación de la tortura de los padres	
	Infraestimación del estrés de los niños por parte de los padres	
	Desempleo de los padres	

Anexo 4

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	OTROS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	DEPRESIÓN	TRASTORNOS DE CONDUCTA
Recuerdo recurrente del acontecimiento	Marcada ansiedad y preocupación - Problemas de sueño	Animo bajo	Trastornos de conducta en general
Estado de hiper alerta	Síntomas somáticos incluyendo dolores de cabeza y abdominal	Pérdida de la capacidad de disfrutar	Desobediencia
Re experimentación aspectos del trauma: pesadillas e imágenes visuales		Disminución resultados académicos	

Anexo 5

Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2005). *Emigration in hard conditions: The immigrant syndrome with chronic and multiple stress (ulysses' syndrome)*. [Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)] *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 16(60), 105-113
- Baker, F. M. (1987). *The Afro-American life cycle: Success, failure, and mental health*. *Journal of the National Medical Association*, 79, 625-633. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625537/>
- Ballon, D. Gamble, N. Waller-Vintar, J. edit. (2011) *Terapia cognitivo-conductual para individuos de origen latinoamericano: Manual para aumentar la eficacia de la TCC para individuos de origen latinoamericano en Canadá*. Centro para Adicciones y Salud Mental (CAMH).
- Barra, E. (2003) *Psicología de la Salud*. Santiago. Mediterráneo. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80537111.pdf>
- Barudy, J. Marquebreucq, A-P. (2006) *Hijos e Hijas de madres resilientes*. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio. Ed. Paidós
- Baubet, T., Moro.R.M. (2009) *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulinaux :Elservier Masson. Disponible en: file:///C:/Users/pmartinez/Downloads/unige_34320_attachment01.pdf
- Beck, A., Rusch, J., Shaw, B & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Descleé de Brouwer.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B.F. & Emery G. (1982) *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Beiser, M., Zilber, N., Simich, L., Youngmann, R., Zohar, A. H., Taa, B., & Hou, F. (2011). Regional effects on the mental health of immigrant children: Results from the new canadian children and youth study (NCCYS). *Health & Place*, 17(3), 822-829. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21463966>
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Erol, N. (1997). Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: Comparison of problem behaviors and competencies in turkish immigrant, turkish and dutch children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 477-484. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F00789143#page-1>
- Benslama, F. (2004). *Antropología y Psiquiatría. Qué es una clínica del exilio*. Review L'évolution psychiatrique. No 69, p.23-30
- Bunge, E. Gomar, M. Mandil J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes aportes técnicos*. Argentina. Libreria Akadia Editorial.
- Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21(2), 519-537. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000105&pid=S1413-294X201300030000300013&lng=en
- Carlson, J. (2001) *Salud mental infantojuvenil en inmigrantes*. *Psiquiatría.com* 5 (4). Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/viewFile/415/397/>
- Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Paidós. Disponible en: <http://www.libreriapaidos.com/DI3P9788433033260/Manual+te%C3%B3rico-pr%C3%A1ctico+de+Psicoterapias+Cognitivas/>

- Caro, I.C. (1997) *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*.
Barcelona. Paidós
- Cespedes, Y. M., & Huey, S. J., Jr. (2008). Depression in latino adolescents: A cultural discrepancy perspective. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 168-172. Disponible en:
<http://www-bcf.usc.edu/~hueyjr/CespedesHuey2008.pdf>
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Erkanli, A., Stangl, D. K., & Tweed, D. L. (1996). The great smoky mountains study of youth. functional impairment and serious emotional disturbance. *Archives of General Psychiatry, 53*(12), 1137-1143. Disponible en:
<https://scholars.duke.edu/display/pub704722>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity. Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: HarperCollins Publishers.
- Dave, S., Sherr, L., Senior, R., & Nazareth, I. (2009). Major paternal depression and child consultation for developmental and behavioural problems. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 59*(560), 180-185. Disponible en:
<http://bjgp.org/content/59/560/180>
- Dion, K.K. & Dion, K.L. (2001). Gender and cultural adaptation in immigrant families. *Journal of Social Issues, 57*, 511-521.
- Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood, 87*(5), 366-370.

- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among latinos in california. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-117. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1023987717921#page-1>
- Flórez, M. I. (2012) *Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca*. Tesis Doctoral. Universitat de les Illes Balears
- Fredrickson, B. Mancuso, R. Branigan, C & Tugade, M. (2000) *The Undoing Effect of Positive Emotions*. *Motivation and Emotion*. 4 (4), 237-258.
- Fredrickson, BL. y Tugade, MM. (2003). *What Good are Positive Emotions in Crises? A prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27.
- Freeman, J, Epston D. & Lobovits, D. (2001) *Terapia Narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. D. McClure, J. M. (2005) *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Barcelona. Editorial Paidós.
- García, D. (1997) *El grupo: métodos y técnicas participativas*. Buenos Aires. Espacio.
- Garrison, E. G., Roy, I. S., & Azar, V. (1999). Responding to the mental health needs of latino children and families through school-based services. *Clinical Psychology Review*, 19(2), 199-219.
- Gil, A.G., Vega, W. A. y Dima, J. M. (1994). *Acculturative stress and personal adjustment among Hispanic adolescent boys*. *Journal Community Psychology*, 22, 43-54.
- Gomez-Beneyto, M., Bonet, A., Catala, M. A., Puche, E., & Vila, V. (1994). Prevalence of mental disorders among children in valencia, spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(5), 352-357. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01528.x/abstract>

- Gould, M. S., Wunsch-Hitzig, R., & Dohrenwend, B. (1981). Estimating the prevalence of childhood psychopathology. A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(3), 462-476. Disponible en: [http://www.jaacap.com/article/S0002-7138\(09\)61640-X/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0002-7138(09)61640-X/abstract)
- Guarnaccia, P. J. y Lopez, S. (1998). *The mental health and adjustment of immigrant and refugee children*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 7(3), 537-553.
- Harwood, A. (1994). Acculturation in the post modern world: Implications for mental health research. In R. G. Malgady, & O. Rodriguez (Eds.), *Theoretical and conceptual issues in hispanic mental health* (pp. 3-18) Malabar.
- Hernández, N & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivoconductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Red. Disponible en: <file:///C:/Users/pmartinez/Downloads/4f722c7d0b931.pdf>
- Herrera, P. (2003) *Bases para la elaboración de talleres psicoeducativo: Una oportunidad para la prevención de la salud mental*. Universidad Académica de Humanismo Cristiano
- Kvernmo, S., & Heyerdahl, S. (2003). Acculturation strategies and ethnic identity as predictors of behavior problems in arctic minority adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 57-65.
- LaFromboise, T., Coleman, H. L. K. y Gerton, J. (1993). *Psychological impact of biculturalism: Evidence and Theory*. *Psychology Bulletin*, 114 (3), 395 - 412.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lega, L., Caballo, V & Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.

- Lemos, S. (1996). *Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes*. En J. Buendía. *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 25-54). Madrid: Piramides.
- Leon, A. y Dziegielewski, S. (1999). *The psychological impact of migration: practice considerations in working with Hispanic women*. *Journal of Social Work Practice*. 13:1, 69- 82. Recuperado el 30 de Mayo del 2009 de:
<http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?ArticleID=EVL78AG7VYMAHCPXPM2C>
- Lewis, E. A., Ford, B. (1991). *The network utilization project: Incorporating traditional strengths of African-American families into group work practice*. *Social Work With Groups*, 13, 7-22
- Massey, D. (1995) “*The New Immigration and Ethnicity in the United States*”, *Population and Development Review*, vol. 21, no. 3, pp. 631-652.
- McCarthy, K. (2003) *Adaptation of immigrant children to the United States: a review of the literature*. Center for Research on Child Wellbeing , Working Paper.
- McLeigh, J. D. (2010). How do immigration and customs enforcement (ICE) practices affect the mental health of children? *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 96-100.
Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1939-0025.2010.01011.x/abstract>
- Miranda, M. (2013) *Reflexiones sobre la intervención psicológica en niños que han vivido la migración y el exilio*. Ignire. Centro de estudios de política pública
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M., eds., (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Nwadiora, E., & McAdoo, H. (1996). Acculturative stress among amerasian refugees: Gender and racial differences. *Adolescence*, 31(122), 477-487. Disponible en.:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8726905>

- Oppedal, B. & Roysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national back-ground. *The Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 131-144.
- Orozco, A. E. (2013) *Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos*. NORTEAMÉRICA, Año 8, número 1
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Wagner, H. R., & Barth, R. P. (2004). Parental arrest and children involved with child welfare services agencies. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 174-186. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15113246>
- Potochnick, S. R., & Perreira, K. M. (2010). Depression and anxiety among first-generation immigrant latino youth: Key correlates and implications for future research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 470-477. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139460/>
- Psicología clínica y psiquiatría Papeles del Psicólogo*, vol. 24, núm. 85, mayo-agosto, 2003, pp. 1- 10 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005) *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Roberts, N., & Cawthorpe, D. (1995). Immigrant child and adolescent psychiatric referrals: A five-year retrospective study of asian and caucasian families. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 40(5), 252-256. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/7553544>

- Rodrigues, S (2008) *Inmigración e integración de inmigrantes al país de acogida*. Psicología sin fronteras, Vol. 3, No 1, pp. 4-10
- Rumbaut, R. G. (1995). *The Crucible Within: Ethnic identity, Self- Esteem, and Segmented Assimilation Among Children of Immigrants*. International Migration Review, 28 (4), 748-794
- Rutter, M. (1989). Isle of wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 633-653:
Disponible en: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)65059-0/references](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)65059-0/references)
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/55/1/5/>
- Sodowsky, G. R., & Lai, R. W. (1997). Asian immigrant variables and structural models of cross-cultural distress. In A. Booth (Ed.), *International migration and family change: The experience of U.S. immigrants* (pp. 211-237). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stevens, G. W., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A.M. & Crijnen, A.A.M. (2003). Parental, teacher and self-reported problem behavior in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 576-585. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14569425>
- Suárez-Orozco, M. M y Suárez-Orozco, C. (1995). *Transformation: Migration, family Life, and Achievement Motivation among Latino Adolescents*. Stanford: Stanford University Press.
- Tang, T. N., & Dion, K. L. (1999). Gender and acculturation in relation to traditionalism: Perceptions of self and parents among chinese students. *Sex Roles*, 41, 17-29. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1018881523745#page-1>

- Tomas-Sabado, J., Qureshi, A., Antonin, M., & Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the barcelona immigration stress scale. *Psychological Reports, 100*(3 Pt 1), 1013-1023.
- Trianes M. (2003) *Estrés en la infancia: Su prevención y tratamiento*. España: Madrid: Narcea.
- Vera, B. (2006) *Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Papeles del Psicólogo, Vol. 27(1), pp. 3-8 recuperado en: <http://www.cop.es/papeles>
- Vollebergh, W. A., ten Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(6), 489-496. doi: 10.1007/s00127-005-0906-1
- Weiner, I. B. (1992) *Métodos en psicología clínica*. México: Limusa
- Winnicott, D. (1989). *La crainte de léffondrement et autres situations cliniques*. Ed. Gallimard.
- Yalom, I.D. (2000) *Psicoterapia existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yeh, C. J. (2003). Age, acculturation, cultural adjustment, and mental health symptoms of chinese, korean, and japanese immigrant youths. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 9*(1), 34-48. Disponible en: <https://www.ualberta.ca/~jenny/00125528-200302000-00003.pdf>
- Zayas, L. H., Kaplan, C., Turner, S., Romano, K., & Gonzalez-Ramos, G. (2000). Understanding suicide attempts by adolescent hispanic females. *Social Work, 45*(1), 53-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10634086>
- Zwirs, B.W., Burger,H. ,Buitelaar,J.K. & Schulpen, T.W.J. (2006) Ethnic differences in parental detection of externalizing disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 418-426. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-006-0550-7#/page-1>

