

Servicios de Salud Mental para los Inmigrantes Latinos en los Estados Unidos y la Lucha por una Igualdad en Salud Global

Jorge I. Ramírez García, Oregon Research Institute, USA

Ésta es un versión traducida al español del original en inglés Mental Health Care for Latino Immigrants in the U.S.A. and the Quest for Global Health Equities.

Para referenciar, citar el original como: Jorge I. Ramírez García (2012). Mental Health Care for Latino Immigrants in the U.S.A. and the Quest for Global Health Equities. *Psychosocial Intervention*, 21, 305-318. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a27>

Resumen. En la actualidad, aproximadamente 190 millones de inmigrantes de todo el mundo viven en sociedades de acogida situadas en países con mayores recursos económicos y mayor poder político que los países de origen de los inmigrantes. En este artículo utilizo las teorías ecológicas y de sistemas (ecosistemas) para analizar la relación entre los inmigrantes latinos y la sociedad de acogida en los EEUU. El enfoque de ecosistemas pone de relieve que las políticas e iniciativas para abordar la asistencia sanitaria de los inmigrantes latinos deben sopesar dilemas como: (a) la contención de costes sanitarios al tiempo que se proporciona una atención de alta calidad (eficaz), y (b) la desigualdad de poder entre los inmigrantes y su sociedad de acogida. Postulo que el marco de la Justicia Social/Salud Pública es necesario para abordar estos dilemas, porque toma en consideración las necesidades de la comunidad receptora, así como de los inmigrantes y de otras poblaciones marginadas. Dicho marco concuerda con el enfoque propuesto basado en la *Igualdad Sanitaria* del sistema de salud de los EEUU (Braveman et al., 2011) y es relevante para el fenómeno global de la inmigración.

Palabras clave: ecológico, inmigración, justicia social, latinos, salud pública.

Sin duda, la inmigración es un fenómeno global y de enormes proporciones en el sector público dado que es un estresor vital muy importante que con probabilidad afecta al bienestar de los inmigrantes y perturba la vida de los que viven en el país de acogida. Se calcula que, durante la última década, 190 millones de personas (el 3% de la población mundial) eran inmigrantes (Hossain, 2007). La mayor parte de los movimientos migratorios están motivados por el deseo de los inmigrantes de mejorar sus condiciones de vida. Por ello, los principales flujos de migración se dan desde Latinoamérica a los EEUU, y desde África a Europa (Hossain, 2007), es decir, de países con algún tipo de precariedad económica hacia países que experimentan unas mejores condiciones económicas y/o estabilidad política. Dado que las turbulencias políticas y los desequilibrios mundiales de poder económico no parece que vayan a desaparecer en un futuro cercano, las poblaciones inmigrantes probablemente crezcan en lugar de disminuir. Así pues, las naciones de acogida que reciben inmigrantes con toda probabilidad seguirán conviviendo con una significativa presencia de inmigrantes.

En este artículo se analizan los aspectos clave de la población inmigrante latina en los EEUU empleando un marco eco-sistémico. El objetivo de estos análisis es debatir vías de acción de salud mental (por ejemplo, intervenciones e investigación) que puedan ser efectivas y sostenibles teniendo en cuenta las realidades de la relación entre los inmigrantes latinos y la sociedad de acogida. Concluyo con las implicaciones para la política a seguir en la atención de la salud mental en contextos globales.

Inmigrantes latinos en comunidades de los EEUU

La población total de latinos en los EEUU es de más de 50 millones, lo cual convierte a los EEUU en el segundo punto de concentración de latinos más grande del mundo, siendo tan sólo superado por la población de México de 112 millones (U.S. Census Bureau, 2011). Se calcula que los inmigrantes latinos (nacidos en el

extranjero) constituyen casi la mitad de la población total de latinos (47%). El término latino se refiere a un grupo etnocultural que con frecuencia es definido por individuos que viven o poseen fuertes vínculos (familia, historia) con la lengua latina (principalmente el español y en menor medida el portugués) en el continente americano. Estos países se extienden desde el extremo inferior de Sudamérica (Argentina y Chile) hasta México, el país que hace frontera con los EEUU, e incluye islas caribeñas como Cuba, Puerto Rico y la República Dominicana. Además de la localización geográfica y del idioma, los países latinos comparten una historia de conquistas por parte de potencias europeas como España, Francia y Gran Bretaña. Las poblaciones de los países de Latinoamérica incluyen poblaciones nativas que habitaban estas tierras antes de la llegada de las potencias europeas, y un gran número de mestizos, es decir, individuos con sangre nativa americana y europea. En las islas caribeñas existe también una importante representación de grupos de ascendencia africana. Así pues, los latinos incluyen manifestaciones fenotípicas de piel blanca, negra y mulata. Una gran parte de inmigrantes son nativos hispanohablantes y, por ello, puede que tengan un pobre dominio del inglés, el idioma predominante, y/o que hablen inglés con un fuerte acento extranjero. En 2009 se calculó que el 76% de latinos de cinco años de edad o mayores hablaban español en sus hogares (U.S. Census Bureau, 2011).

Muchos inmigrantes latinos se dedican a labores que demandan esfuerzo físico y reciben salarios bajos. Un cuarto (25.3%) de latinos posee unos ingresos que los sitúa en la “pobreza” y casi un tercio (32.4%) carece de seguro sanitario (U.S. Census Bureau, 2011). Una gran parte de los latinos vive en entornos de bajos ingresos económicos y, en muchos casos, en “enclaves étnico-inmigrantes”, es decir, en vecindarios con altas concentraciones de inmigrantes de una etnia específica.

El índice de crecimiento de latinos en los EEUU ha ido gradualmente en aumento. La población latina ha aumentado del 12.5% en 2000, hasta el 15.5% en 2010, y se calcula que será del 17.8% en 2020 (Ennis, Ríos-Vargas, y Albert, 2011). En 25 de los 52 estados, los latinos constituyen la minoría étnica más numerosa. En 82 de los 3.143 condados, los latinos conforman el mayor porcentaje de la población. En las últimas dos décadas ha habido un repunte de las poblaciones latinas en las comunidades y los estados. Por ejemplo, el estado de Carolina del Sur experimentó un crecimiento del 145% de la población latina entre 2000 y 2010 (U.S. Census Bureau, 2011). Aunque el número total de inmigrantes latinos en algunas comunidades es bajo en comparación con otros grupos (por ejemplo, menos de 20.000), la notoriedad de esta población latina es grande debido a los pronunciados aumentos de la porción de población local (por ejemplo, de menos del 1% hasta el 10% o más). Dichos aumentos repentinos ponen a prueba la infraestructura de los servicios sociales públicos locales debido a la falta de experiencia previa en la convivencia y el trabajo con latinos.

Inmigrantes latinos y disparidades sanitarias

A pesar del relativamente amplio consenso entre los legisladores acerca de las *disparidades sanitarias* que experimentan los latinos y las minorías étnicas en los EEUU, la atención a inmigrantes latinos *per se* resulta sin lugar a dudas controvertida. Junto a los afro-norteamericanos y los asiáticos estadounidenses, los latinos y nativos estadounidenses muestran unos resultados más pobres en salud mental y uso de los servicios de atención mental, especialmente en comparación con los norteamericanos de ingresos medios y altos y ascendencia europea (blancos) (es decir, *Health Disparities*, U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2001). Los inmigrantes latinos, por cuestión de etnicidad, pueden ser un grupo meta de los servicios especiales de salud dadas las disparidades documentadas que experimentan en la sanidad.

Por otro lado, las políticas e iniciativas que pretenden eliminar las disparidades sanitarias podrían no estar llegando a los inmigrantes latinos. Es crucial que se tenga en cuenta que el estatus *inmigrante* hace que la atención sanitaria y otros servicios públicos para inmigrantes latinos resulten polémicos. Algunos segmentos de la sociedad en los EEUU apoyan discursos y políticas contra la inmigración (National Immigration Law Center, 2012). Otros estados, especialmente aquellos con un largo historial de grandes concentraciones de inmigrantes latinos, presentan una mayor tendencia a adoptar políticas de acogida (por ejemplo, Pallares y Flores-Gonzales, 2010). Dada la naturaleza dinámica de las características demográficas de los latinos (por ejemplo, heterogeneidad, población en crecimiento y dispersión) así como los polémicos discursos y políticas públicas pro y anti-inmigración que existen en todas las comunidades, es esencial que las iniciativas de aten-

ción sanitaria mental (incluyendo aquellas que se derivan de las agendas de *Disparidades Sanitarias*) tengan en cuenta los contextos en los que se da la relación entre el inmigrante latino y la sociedad de acogida.

Marco eco-sistémico del inmigrante latino y los EEUU como sociedad de acogida

Postulo que es útil analizar la relación entre los grupos de inmigrantes, como el de latinos, y la sociedad de acogida mediante un enfoque *eco-sistémico* por: (a) la utilidad

del marco para mejorar las relaciones en grupos de composición e historia complejas, y (b) la utilidad de las implicaciones que se derivan para el contexto global de las relaciones entre el grupo inmigrante y la sociedad de acogida. Los investigadores de la salud mental de poblaciones latinas han empleado teorías ecológicas y sus variantes para estudiar y entender la salud mental de los jóvenes latinos (por ejemplo, Kral et al., 2011; Szapocznik y Coatsworth, 1999; Gonzales et al., 2011). Los modelos provienen del modelo ecológico de desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979) que se centra en el arraigo a los contextos sociales micro (por ejemplo, familia, iguales), y macro (por ejemplo, instituciones, vecindarios, políticas), y su interrelación.

Los investigadores de la salud mental de poblaciones latinas también sitúan las normas culturales por delante y en el centro de los modelos ecológicos. Por ejemplo, se ha descubierto que los latinos tienden a otorgar un alto valor al familismo. es decir, expectativas de aportar y recibir de la familia y unos valores jerárquicos en las relaciones familiares que refuerzan y respetan la autoridad de los padres (véase Gonzales et al., 2011; Szapocznik y Kurtines, 1993; Vega, Ang, Rodriguez, y Finch, 2011). Los investigadores de la salud mental de los latinos están descubriendo cómo los valores culturales y las tradiciones de las familias inmigrantes latinas afectan a las relaciones familia-adolescente. Además, los entornos donde las familias viven afectan tanto a los jóvenes como a sus familias de formas sutiles pero cada vez más evidentes gracias al uso de modelos ecológicos (por ejemplo, Gonzalez et al., 2011; Manongdo y Ramírez García, 2007; Vega et al., 2011; Cruz-Santiago y Ramírez García, 2011).

Debido a que los marcos ecológicos en esencia analizan la relación entre los individuos y su contexto, estos son aplicables a otras ciencias de la vida. Los ecologistas biológicos también estudian contextos locales (por ejemplo, Jiggins, 2004 citado en Kelly, 2006) y usan *eco-sistemas* para referirse a características de un hábitat local tales como el clima, la orografía, y las especies existentes que lo habitan y que se han adaptado a sus condiciones. Por ejemplo, en un eco-sistema forestal con una alta pluviosidad, las condiciones son las ideales para especies específicas que prosperan en estas condiciones y que probablemente no lo harían en un entorno desértico. La presencia del *grupo* concreto de especies produce un entorno local único constituido por la relación inter-especies que les permite sobrevivir a todas ellas, siempre que las condiciones ambientales se mantengan relativamente constantes. Cualquier perturbación en el ambiente, como la introducción de nuevas especies que se reproducen a un ritmo rápido y que consumen recursos también a un ritmo rápido, supone una alta amenaza para el eco-sistema local. Por otro lado, una nueva especie que prospera en el eco-sistema sin sobrecargar sus recursos tiene con toda probabilidad unas expectativas positivas a largo plazo en el nuevo eco-sistema.

Los ejemplos de la aplicación de marcos ecológicos a hábitats biológicos y a sociedades de acogida refuerzan la importancia de las relaciones significativas entre los distintos sub-grupos y sub-unidades. Tales interacciones relacionales son centrales en la *Teoría de Sistemas* usada para estudiar las relaciones humanas, incluyendo familias (por ejemplo, Cleek et al., 2012; Boyd-Franklin, 2003; Szapocznik y Kurtines, 1989), organizaciones (por ejemplo, Fuqua y Newman, 2005), y otros entornos sociales más amplios (por ejemplo, Tseng y Seidman, 2007). La Teoría de Sistemas define un grupo por: (a) sus patrones repetidos de interacción, y (b) su organización, incluyendo tipos de grupos y una estructura jerárquica. Los patrones de interacción incluyen patrones de comunicación, qué hace el grupo para organizarse y lograr objetivos, y el grado de cercanía entre los miembros como, por ejemplo, el expresado en el tiempo que pasan juntos, así como la naturaleza de sus relaciones (por ejemplo, de crianza, distantes). Los subgrupos se forman a partir de características comunes, intereses comunes, y/o la cantidad de tiempo que las personas comparten.

Otro de los aspectos clave señalados por la ecología biológica es la importancia de los entornos locales. Los autores interesados en los aspectos ecológicos de la conducta humana también han resaltado la importancia de las *ecologías locales*. Dado el amplio espectro que los ambientes y entornos pueden cubrir, es impor-

tante centrar la atención en el entorno local inmediato. Por ejemplo, la salud mental y las intervenciones con poblaciones de origen latino han resaltado la importancia de los eco-sistemas locales (Díaz-Guerrero, 1989) o nichos ecológicos (Roosa et al., 2002) y “lo que está en juego” en las comunidades locales (Lakes, López, y Garro, 2006). En resumen, las perspectivas ecológicas son esenciales para entender los procesos vitales de los individuos que interactúan con entornos en un contexto cultural que difiere hasta cierto punto de los suyos, como es el caso de los inmigrantes.

Dilemas de la relación entre la sociedad de acogida-grupo inmigrante

El ejemplo de los eco-sistemas biológicos posee implicaciones en el análisis de la co-existencia de diferentes grupos culturales, incluyendo los inmigrantes. Las comunidades (eco-sistemas locales) incluyen grupos relevantes de individuos, tales como grupos étnicos que han vivido en esos entornos y han desarrollado un conjunto de estrategias y relaciones para hacer uso de los recursos de los que disponen. La historia vital particular de los grupos, sus relaciones, así como los recursos ambientales que impulsan la sostenibilidad de la comunidad, varía de un escenario a otro y produce diferentes contextos locales.

Cuando llegan los inmigrantes, a los miembros de la comunidad local les puede suponer un reto aceptar a los nuevos miembros debido al impacto que estos puedan tener en su entorno. El índice de flujo de inmigrantes, el uso que hacen de los recursos locales, y el tipo y cantidad de sus contribuciones influenciará su relación a corto y largo plazo con la nueva comunidad. Igualmente, es un rasgo común en las distintas políticas de inmigración intentar: (a) restringir la cantidad y tipo de flujo de inmigrantes, y (b) maximizar los beneficios de la inmigración. En otras palabras, maximizar los beneficios y restringir los costes.

Equilibrando costes/beneficios de los inmigrantes

A nivel federal, los EEUU han aprobado leyes que restringen el flujo de todos los inmigrantes, incluyendo los latinos. Las leyes prohíben que los ciudadanos latinos no-estadounidenses entren y permanezcan en el país a menos que tramiten la pertinente vía legal, tal como el permiso temporal, o la residencia de larga duración para vivir y trabajar en los EEUU. Estas leyes contienen el flujo de inmigrantes al tiempo que permiten cierta inmigración bajo circunstancias específicas. Así pues, las leyes definen dos tipos principales de inmigrantes latinos: (a) aquellos que viven en el país de forma legal, y (b) aquellos que han entrado en el país ilegalmente. Ninguno de estos grupos es homogéneo. Por ejemplo, hay inmigrantes que entran en el país legalmente para un corto periodo de tiempo, como trabajadores temporales o estudiantes con visa escolar, también hay “visitantes” que pueden entrar en los EEUU pero no se les permite permanecer más de 36 horas o viajar al interior alejándose de la frontera. También hay inmigrantes que han adquirido el estatus de residentes y que pueden vivir y trabajar en los EEUU. Una gran parte de los inmigrantes ilegales cruzaron la frontera en busca de trabajo en los EEUU donde, aunque suponga bajos sueldos y duro trabajo (por ejemplo, recolectar productos agrícolas, lavar platos en restaurantes, limpiar casas y hoteles) es mucho mejor opción que estar desempleado o con un sueldo precario en su país de origen, o en otras circunstancias aún menos deseables.

Basándonos en una estructura de ecosistemas, podemos predecir que en tiempos de escasez de recursos y/o caídas de tales indicadores, aumentará la amenaza percibida en los inmigrantes. La amenaza también podría aumentar por factores como la cifra total de inmigrantes y el ritmo de crecimiento en relación a los cifras totales de la sociedad de acogida, así como las contribuciones relativas de los inmigrantes. Los inmigrantes percibidos como una alta amenaza tienden a ser rechazados, mientras aquellos vistos como beneficiosos para la sociedad de acogida tienden a ser rechazados en menor medida. Sin embargo, los grandes flujos migratorios están constituidos por inmigrantes muy necesitados que buscan integrarse en sociedades prósperas o, al menos, en mejor situación que sus sociedades de origen. Por lo tanto, la sociedad de acogida ve a los inmigrantes como individuos con múltiples necesidades y es particularmente perceptiva a cualquier señal de desequilibrio que estos puedan causar en los recursos disponibles en relación a sus contribuciones a la sociedad de acogida.

Si nos basamos en la perspectiva descrita arriba, las políticas e investigación en el campo de la salud men-

tal se encuentran en desventaja desde el primer momento. Es decir, abordar las necesidades de los inmigrantes representa un uso de los recursos locales de la sociedad de acogida; tal pérdida de recursos podría ser evitada eliminando o restringiendo la presencia de inmigrantes. Además, una gran porción de inmigrantes vive en entornos socialmente desfavorecidos y, por ello, son vulnerables. Es decir, las condiciones de vida con un alto estrés y los estresores de inmigración per sé tienden a generar condiciones que propician enfermedades (Fuligni y Perreira, 2009). Así mismo, el riesgo de problemas de salud/salud mental es alto, pero la necesidad de contención en los costes sanitarios es incluso más crucial que en la población general, porque probablemente se cuestione la presencia de los inmigrantes.

Desequilibrio de poder en la relación entre inmigrantes y sociedad de acogida

El poder en las relaciones entre los miembros del grupo es uno de los conceptos clave de la teoría de sistemas (por ejemplo, Szapocznik y Kurtines, 1989). Las acciones de un grupo están gobernadas por una estructura de poder. Por ejemplo, el poder puede ser detentado por un individuo o subgrupo concreto (por ejemplo, los padres en una familia con hijos). Como alternativa, puede estar distribuido de forma lo más igualitaria posible entre todos los miembros del grupo o una gran parte de sus miembros. Además de la cuestión de quién detenta el poder, otra dimensión importante del poder es el estilo o forma en el que se ejerce el poder. Aunque un subgrupo detente el poder puede ser autoritario (que los otros se enteren sin tener opción a acceder a la información) o, por el contrario, aquellos que detentan el poder pueden involucrar a otros en la toma de decisiones de forma que no socave su autoridad pero tratando a los otros con dignidad. Una implicación relevante para aquellos que aplican la teoría de sistemas es que es más probable que se produzca un cambio efectivo y sostenible si se implica a aquellos que detentan el poder en los procesos de cambio.

La sociedad de acogida detenta prácticamente todo el poder e influencia en su relación con los inmigrantes. En otras palabras, los inmigrantes son en su mayoría la parte vulnerable, especialmente aquellos que han entrado en el país ilegalmente, y/o aquellos con un bajo nivel socioeconómico. Debido a la combinación de diferencias culturales y sociales que experimentan en relación a la sociedad en general, los inmigrantes se encuentran en una posición difícil para participar plenamente en las principales instituciones de la nueva sociedad de acogida. Por lo tanto, es de esperar que el inmigrante medio tarde un tiempo en ascender en la escala de poder económico-político; un proceso que puede durar varias generaciones. Así pues, el desequilibrio de poder es un elemento crucial en el contexto de las iniciativas llevadas a cabo por la sociedad de acogida para abordar las necesidades de los inmigrantes, incluyendo las políticas e intervenciones sanitarias y de salud mental.

Implicaciones para la Política, la Intervención y la Investigación: Argumentos a favor de los enfoques de Justicia Social/Sanidad Pública

Teniendo en cuenta que la atención de salud mental a los inmigrantes se enfrenta a los dilemas de cuadrar los costes de la atención y de los desequilibrios de poder, postulo que el uso de las perspectivas de Justicia Social/Sanidad Pública es esencial en la atención de la salud mental de los inmigrantes. Presento ejemplos de iniciativas para abordar estos dos dilemas clave en la relación sociedad de acogida-grupo de inmigrantes mediante enfoques de Justicia Social/Sanidad Pública (véase la Tabla 1). Ni los dilemas ni los ejemplos que se presentan agotan todos los casos posibles. Sin embargo, consiguen ilustrar las formas de abordar estos dilemas clave.

Equilibrando los Costes/Contribuciones de los inmigrantes

El uso del Sistema de Salud Pública y Principios para Planificar y Suministrar la Atención de Salud Mental

La inclusión de los inmigrantes en el grupo de colectivos vulnerables que merecen atención por parte del sector de la *Sanidad Pública* presenta, al menos, dos ventajas. En primer lugar, en una situación ideal, los

Tabla 1. Dilemas que plantea la relación entre la Sociedad de Acogida y los grupos de Inmigrantes, Principios de Sanidad Pública y ejemplos ilustrativo

Dilemas de la Sociedad de Acogida y los Inmigrantes	Principios del enfoque de Justicia Social/Sanidad Pública	Ejemplos ilustrativos
Equilibrio entre costes y beneficios de acoger inmigrantes al tiempo que se proporcionan servicios públicos	Uso del control epidemiológico, la evaluación de necesidades y tratamientos empíricamente validados como medio de maximizar los beneficios por la inversión e integrar la atención sanitaria en una agenda pública de salud mental para la sociedad en su conjunto.	<ul style="list-style-type: none"> • Promocionar las iniciativas basadas en la investigación (OMS, 2011). <ul style="list-style-type: none"> – investigación epidemiológica (Alegría, et al., 2008; Vega et al., 1999), y – investigación de intervenciones y servicios de salud mental con inmigrantes (por ejemplo, Szapocznik et al., 1997).
	Uso de <i>iniciativas intersectoriales</i> para promover la prevención, la detección temprana y el tratamiento integrado para minimizar costes y maximizar la eficacia y calidad de la atención sanitaria (OMS, 2001).	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar los servicios de salud mental en la atención sanitaria primaria • Recavar apoyo para iniciativas de salud mental e integración de los servicios de salud mental con otros sectores de la comunidad tales como la educación, el sistema de justicia y las organizaciones sin ánimo de lucro.
Gestión del desequilibrio de poder entre la sociedad de acogida y los inmigrantes	Uso de <i>los axiomas de justicia con los otros (justicia social) y derechos humanos</i> para justificar las políticas de salud y salud mental para los inmigrantes (por ejemplo, Vasquez, 2012; World Health Organization [WHO], 2001).	<ul style="list-style-type: none"> • Las políticas de salud mental para la población general deben prestar una atención especial a poblaciones vulnerables, incluyendo a los inmigrantes. <ul style="list-style-type: none"> – Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental [OMS] (2001). – Informe complementario sobre Salud Mental: Cultura, Raza y Etnicidad, realizado por el Director General de Salud Pública (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). – Desarrollo a nivel local de evaluaciones e informes de necesidades que se centren en poblaciones especiales, incluyendo a la población inmigrante (por ejemplo, Cardemil et al., 2007).
	<i>Proporcionar protección y voz a los inmigrantes</i> para gestionar el desequilibrio de poder con la sociedad de acogida.	<ul style="list-style-type: none"> • Representar y dar voz a los inmigrantes en organismos legislativos tales como las comisiones estatales y los consejos locales de salud mental. • Lanzar puentes entre la información sanitaria y los inmigrantes • Usar programas de investigación en los que se combinen distintos métodos para incluir la Investigación Participativa Basada en la Comunidad (por ejemplo, Balcazar et al., 2009).
	Llevar a cabo iniciativas para <i>aumentar la capacidad de los inmigrantes y hacer visible su contribución a la sociedad</i> junto a las iniciativas centradas en reducir los problemas y los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar las iniciativas e investigación de salud mental con el propósito de promover el funcionamiento social, el logro académico y la disponibilidad de prácticas profesionales (por ejemplo, Gonzales et al., 2007). • Reforzar los sistemas de apoyo social, tales como la familia y sus vínculos con una red mayor de apoyo en la comunidad (por ejemplo, Szapocznik et al. 1997).

legisladores sobre la Sanidad Pública no sólo se comprometen a proporcionar una atención de alta calidad, sino que también deben hacer un uso responsable de los recursos dado que deben rendir cuentas a la sociedad en su conjunto. Así pues, se espera no sólo que se controlen los costes de la atención de la salud mental de los inmigrantes y se imponga algún tipo de distribución del coste per cápita, sino también estar en la posición de obtener un alto rendimiento de la inversión en experiencia e infraestructuras de los sistemas de la Sanidad Pública. En otras palabras, los recursos nacionales, regionales y locales para proporcionar atención médica a la sociedad en general deberían estar disponibles para los inmigrantes cuando estos están explícitamente incluidos en las agendas de la Sanidad Pública. En segundo lugar, la inclusión de los inmigrantes en las agendas de la Sanidad Pública legitima la atención a inmigrantes porque se convierte en una parte explícita de la agenda pública de política social. Tal legitimación no es trivial, especialmente en los casos en los que la voluntad política de proporcionar dicha atención a los inmigrantes es baja, y cuando es baja-moderada la inclusión de la atención de salud mental para inmigrantes en las agendas de sanidad pública debería servir de recordatorio para continuar con la labor de superar este reto.

En los EEUU, la atención de salud mental para inmigrantes latinos ha sido incluida de forma implícita en la agenda de la Sanidad Pública a través de recientes informes políticos de acreditadas y competentes autoridades. Uno de los informes más destacables procede del Director General de Sanidad Pública de los EEUU, comandante en jefe de la política sanitaria de la nación. El informe del Director General de Sanidad Pública

de los EEUU sobre Salud Mental: Cultura, Raza, y Etnicidad, reveló que entre la población latina, incluyendo a los inmigrantes, existía una prevalencia más elevada de problemas de salud mental, una exposición mayor a factores de riesgo, y un menor acceso a una atención de salud mental de alta calidad que la media nacional (USDHHS, 2001). En los EEUU, el Director General de Sanidad Pública lidera las iniciativas en temas de política sanitaria que son consideradas prioritarias teniendo en cuenta los problemas y los avances científicos del momento. Por lo tanto, los recursos federales para la sanidad pública deberían estar destinados a proporcionar atención de salud mental a los latinos, incluyendo también subvenciones para la investigación y diseminación de los servicios. Podría decirse que el informe del Director General de Sanidad Pública ha sido decisivo en el apoyo a iniciativas que abordan las disparidades de salud mental experimentada por los latinos y los inmigrantes latinos. Personalmente, he participado en conferencias nacionales, financiadas por los Institutos Nacionales de Salud, que reúnen a los principales investigadores de la salud mental de las poblaciones latinas para debatir sobre los últimos avances y orientar a los nuevos investigadores. Se han publicado artículos de investigación en monográficos de publicaciones científicas, y algunos apuntan las direcciones de las políticas e investigación futuras (por ejemplo, López 2002; Vega et al., 2007; Zayas, 2009).

Control Epidemiológico, Evaluación de Necesidades y Tratamientos Empíricamente Probados

Los modelos de Sanidad Pública tienden a maximizar la calidad de la atención proporcionada y a restringir los costes mediante estrategias con base científica que incluyen: Control de enfermedades/contagios, y uso de Intervenciones y Prácticas empíricamente validadas para combatir los problemas de salud mental. Por ejemplo, estudios epidemiológicos a gran escala revelan que los latinos inmigrantes en los EEUU presentan una prevalencia de problemas de salud mental menor que los latinos nacidos en los EEUU, es decir, latinos de segunda generación y siguientes generaciones (Alegría et al., 2008; López, Barrio, Kopelowicz, y Vega 2012; Vega et al., 1998). En otras palabras, los índices de problemas de salud mental de los inmigrantes son menores que la media de la población general. Una interpretación de estos sólidos resultados epidemiológicos es que entre los inmigrantes latinos existe una resiliencia a los problemas de salud mental si se les compara con la población general de los EEUU o con latinos no inmigrantes.

Un enfoque basado en la sanidad pública dicta que los Tratamientos Empíricamente Validados (*Empirically Supported Treatments* o ESTs) son un imperativo para abordar los problemas de salud/salud mental y garantizar que los recursos son invertidos en métodos con probabilidades de funcionar. Sin embargo, en los EEUU, los inmigrantes y las poblaciones vulnerables tienen menores probabilidades de beneficiarse de Tratamientos Empíricamente Validados (ESTs), es decir, de programas centrados en el problema (o enfermedad) que han demostrado empíricamente reducir los niveles de síntomas y trastornos psicológicos (USDHHS, 2001). El grupo que hace un uso menor de los servicios de salud mental y de ESTs es el de los latinos inmigrantes (Alegría et al., 2008; López et al., 2012; Vega et al., 1999).

Algunas de las propuestas para tender puentes entre los ESTs y las poblaciones de minorías étnicas (y de inmigrantes) incluyen, entre otras: (a) el desarrollo de tratamientos diseñados a partir de la cultura de la minoría étnica, (b) modificación de ESTs durante su implementación para que hacerlos más compatibles y más efectivos con las minorías étnicas, y (c) capacitación de terapeutas en competencias culturales para poder ser más eficaces al administrar un EST a minorías étnicas (Hall, 2001; Cardemil y Sarmiento, 2009). Hay datos que revelan que, cuando los ESTs son modificados durante su implementación con minorías étnicas, como la de latinos hispanohablantes, estos tratamientos son más efectivos que cuando estos ESTs son implementados sin modificaciones (Benish, Quintana, y Wampold, 2011; Griner y Smith, 2006; Smith, Domenech-Rodriguez, y Bernal, 2011). Ciertamente, se tiene que avanzar más en la investigación de la salud mental de los latinos para poder entender mejor cómo mejorar la eficacia y el alcance de las intervenciones con inmigrantes latinos (López et al., 2012).

Localización de las iniciativas de atención de salud mental

En gran parte debido a que la atención sanitaria en último término es suministrada en las comunidades a

nivel local, es esencial desarrollar planes estratégicos y exhaustivos de atención de salud mental a nivel local. Por lo tanto, es también esencial adaptar las políticas nacionales y avances en la investigación a las iniciativas de las comunidades locales. En esta línea, Aguilar-Gaxiola et al. (2002) presentaron un estudio de casos desarrollado a raíz de la colaboración de los investigadores con autoridades locales para gestionar la atención de salud mental de los mexicano-estadounidenses, incluyendo los inmigrantes, en una comunidad del Condado de Fresno, California. Estos autores clasificaron su trabajo en tres fases principales: (a) educación y movilización comunitaria, (b) traslación de datos para múltiples partes interesadas, y (c) políticas para su implementación. Los autores describen su análisis como: transaccional en lugar de lineal, altamente exigente al tener que desarrollarlo en los distintos idiomas de las partes interesadas y disciplinares, y para el cual se exige más tiempo del esperado. Cardemil et al. (2007) también abordan la Evaluación de Necesidades en la comunidad para determinar cuál es la prevalencia de los problemas de salud mental y del uso de los servicios de salud mental en Worcester, Massachusetts. Los autores también informan de la ardua tarea de desarrollar el estudio y reunir la muestra en la comunidad local, y subrayan el valor de los resultados para las partes interesadas de la comunidad local y sus esfuerzos de planificación para proporcionar atención a la población latina en su sector de servicios.

En mis experiencias profesionales en el estado de Illinois, también he podido observar y participar en los esfuerzos de la comunidad por desarrollar planes e iniciativas locales para incrementar la cantidad y calidad de sus servicios entre las poblaciones latinas. Una comunidad con población latina que constituía más de un tercio de la población total planteó una Evaluación de Necesidades para informar a las partes implicadas y complementar su plan estratégico de servicios. El proyecto peligró al intentar equilibrar el gran alcance de la Evaluación de Necesidades con los recursos limitados disponibles para llevarla a cabo. Una segunda comunidad con una baja concentración de latinos de aproximadamente el 12% obtuvo un subsidio federal para mejorar su sistema de atención sanitaria y pudo implementar un Tratamiento Empíricamente Validado dirigido a fortalecer las familias y su relación con los múltiples proveedores de servicios en el sistema local de atención sanitaria. Incluso con la financiación federal disponible, la comunidad no tuvo los recursos necesarios para aplicar más ESTs que aborasen las múltiples necesidades de la población latina, así como de otras poblaciones vulnerables. Una tercera comunidad con una concentración más baja de latinos de menos del 5% encargó una Evaluación de Necesidades. El informe mostraba las disparidades en el acceso a los servicios experimentada por las minorías etno-raciales que habitualmente vivían en entornos socialmente desfavorecidos, y de comunidades inmigrantes latinas y asiáticas. Basándose en el informe, las autoridades locales de salud mental implementaron las políticas necesarias para que las agencias locales de salud mental incluyeran planes de acción que incrementasen el alcance de sus servicios entre poblaciones marginadas.

En su conjunto, el desarrollo e implementación de políticas y la planificación estratégica a nivel comunitario son esenciales para aplicar las políticas y los avances en investigación epidemiológica y de intervención en poblaciones vulnerables. Los ejemplos citados arriba con toda probabilidad representan situaciones en las que las autoridades y partes implicadas en el sector local de la salud mental están fuertemente comprometidos a proporcionar la mejor atención a los inmigrantes latinos y las poblaciones vulnerables. Incluso en estos casos, existen múltiples retos que superar, incluyendo pocos recursos con presupuestos ajustados o reducidos para la atención pública de salud mental, o el escaso tiempo del que se dispone para ejecutar las evaluaciones de necesidades y las agendas de planificación estratégica en iniciativas de colaboración entre las distintas partes implicadas. En resumen, la aplicación de avances científicos en las agendas públicas locales de salud mental precisa de una fuerte inversión de recursos aportados por todas las partes implicadas (Barrera, Castro, y Steiker, 2011; Baumann, Domenech-Rodríguez, y Parra-Cardona, 2011; Trickett y Schensul, 2009).

Uso de Iniciativas Intersectoriales

Otra implicación que se deriva del uso de un modelo sanitario público es la recomendación por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) de integrar la atención de salud mental en la atención sanitaria primaria. Por ejemplo, la presencia de profesionales de la salud mental en clínicas de atención primaria puede ayudar a detectar precozmente problemas de salud mental en la población general, como ocurre con la

detección en un primer estadio que permite intervenir antes de que los problemas aumenten y supongan un mayor coste. Esta recomendación coincide con los estudios que revelan que una gran parte de los latinos recurren en primer lugar a un médico de atención primaria para tratar un problema de salud mental (por ejemplo, Vega et al., 1999). Así mismo, la integración de la atención de salud mental en la atención primaria es identificada como una de las prioridades en el área de la salud mental de los latinos en los EEUU (López et al., 2012).

Un ejemplo ilustrativo de esta integración de los servicios de salud mental en los servicios de atención primaria es una práctica de salud mental en español que mis colegas y yo desarrollamos para una comunidad del estado de Illinois (Buki et al., 2008). Miembros de la facultad que formaron a estudiantes de postgrado con prácticas de salud mental colaboraron con una clínica de atención primaria que se ocupaba principalmente de proporcionar servicios de salud física a la población indigente. El equipo de estudiantes de postgrado bilingües aumentó la capacidad de la clínica para poder atender a los usuarios de habla hispana, los cuales representaban aproximadamente un tercio de casos, a pesar de que los latinos tan sólo constituían menos del 5% de la población total local. Así pues, la colaboración con la clínica de atención primaria hizo posible que los servicios llegasen a segmentos de población latina que, en otras condiciones, no lo hubieran logrado en ese momento, o que sólo hubieran recibido atención médica mental tras una crisis con el consiguiente aumento de los trastornos concurrentes de salud mental y física. El proyecto precisó de una gran cantidad de trabajo para establecer logísticamente los servicios e integrar las experiencias de las distintas disciplinas de atención de salud física y mental, y fue apoyado por los gestores públicos locales de salud mental.

Las poblaciones vulnerables frecuentemente se hallan también excesivamente representadas en los programas penitenciarios (OMS, 2001). En el caso de los inmigrantes “ilegales”, los delitos graves tienen grandes probabilidades de resultar en deportación. Sin embargo, incluso cuando la ley es quebrantada por inmigrantes, en los EEUU se da con frecuencia el caso en el que los exámenes de salud mental, la terapia y/u otros servicios sociales son necesarios para poder tomar decisiones legales bien fundadas sobre el bienestar de los inmigrantes y sus familias. Así pues, dadas las serias consecuencias a largo plazo de estas decisiones legales, son cruciales unos servicios de salud mental estrechamente conectados con el sistema de justicia penal y con capacidad de superar los retos que imponen las realidades lingüísticas, culturales y sociales de las poblaciones inmigrantes. Así mismo, la integración de la atención de salud mental en el sistema de justicia penal también ha sido identificada per sé como una prioridad para la salud mental de los latinos (López et al., 2012).

Otros ejemplos clave de colaboración intersectorial con inmigrantes se da en las escuelas y los centros comunitarios. En las escuelas públicas de los EEUU también hay entornos donde los problemas de conducta pueden aflorar. Es habitual que las escuelas proporcionen facilitadores de servicios sociales, como por ejemplo técnicos escolares, que realizan un triaje y evaluación de los problemas conductuales. Sin embargo, los vínculos con otros servicios de salud mental en la comunidad pueden no existir o ser demasiado frágiles. Existen programas a gran escala financiados por las agencias de salud mental en las comunidades que pueden, de hecho, implementar servicios dentro de los colegios en colaboración con las escuelas pero con el personal de las propias agencias. Existe más de una forma de conectar los servicios comunitarios de salud mental con los colegios.

Los enclaves de inmigrantes en los EEUU con frecuencia dan pie a la aparición de Centros Comunitarios improvisados que ofrecen información y contactos a los inmigrantes para cubrir sus necesidades básicas. Por ejemplo, en una ciudad de tamaño medio con una población en crecimiento de inmigrantes latinos, el propietario de un complejo de apartamentos percibió un aumento de inmigrantes latinos entre los inquilinos de sus apartamentos y donó un apartamento para que fuera usado como centro comunitario para la población inmigrante. El centro comunitario proporcionaba información y recursos a los inmigrantes, desde cómo conseguir un permiso de conducción hasta información relacionada con la escuela o con los servicios de salud. Las autoridades locales de salud mental en la comunidad no sólo proporcionaban información en este centro sobre sus servicios en sus propias clínicas, sino también desarrollaron una iniciativa para proporcionar a la comunidad servicios mediatizados por iguales. Los servicios mediatizados por iguales fueron ofrecidos por un miembro de la comunidad local e incluían asesoramiento personalizado sobre cómo conseguir recursos y apoyo para superar los problemas que actualmente experimentan las familias inmigrantes.

Gestionar/Abordar los desequilibrios de poder entre inmigrantes y la sociedad de acogida

Los inmigrantes como grupo, particularmente aquellos que han entrado en el país de forma ilegal, poseen un poder muy limitado, o ninguno, en la nueva sociedad, mientras que la sociedad de acogida detenta el poder político, económico y legal en su relación con los inmigrantes. Es por lo tanto un contexto de una enorme asimetría o desequilibrio de poder. Así mismo, las iniciativas de salud/salud mental se dan en un contexto de desequilibrio de poder entre la sociedad de acogida y las poblaciones inmigrantes. Incluso en el mejor de los escenarios en el que la atención sanitaria al inmigrante no esté en absoluto cuestionada por la sociedad de acogida, el suministro de atención sanitaria y servicios relacionados puede ser interpretada como una prueba de esta relación de poder. Es decir, las decisiones sobre cuándo, cómo y cuánta atención sanitaria se presta son una expresión de poder por parte de la sociedad de acogida, y pueden ser percibidas así por los inmigrantes que reciben esa atención. En los peores escenarios, las instituciones de la sociedad de acogida pueden llegar a negar la atención sanitaria a los inmigrantes esgrimiendo su entrada y estatus ilegal en el país, y proceder a deportarlos tan pronto como sea posible. Por ello, es esencial abordar de manera explícita estos desequilibrios de poder en la atención de salud mental para inmigrantes.

Desarrollo de políticas basadas en argumentos de Justicia Social/Derechos Humanos

En contextos en los que existe poca voluntad política de proporcionar cualquier tipo de servicio público a los inmigrantes, es crucial acogerse al principio de “la justicia con los otros”, así como a los derechos humanos en los que se funda la *Justicia Social* (Vasquez, 2012; WHO, 2001). Estos principios legitiman la provisión de atención sanitaria a los individuos que la necesitan incluso cuando su presencia esté cuestionada y su contribución a la sociedad sea mínima. En primer lugar, la justicia social prescribe: (a) proveer los recursos para cubrir las necesidades básicas humanas de todos los individuos, sea cual sea su procedencia, incluyendo la provisión de atención sanitaria, y (b) garantizar que las poblaciones vulnerables como las de inmigrantes sean tratadas con equidad (Vasquez, 2012). Es decir, tratar a las personas con equidad “puede suponer tratar a los iguales con igualdad y a los desiguales con desigualdad, pero de forma proporcionada a sus diferencias relevantes” (Vasquez, 2012). En otras palabras, los inmigrantes pueden recibir servicios de salud a pesar de que sus contribuciones directas a la sociedad de acogida, incluyendo los impuestos que financian los servicios públicos, sean bajas en comparación con los miembros más antiguos de la sociedad de acogida. Esto es justificable porque las circunstancias vitales de los inmigrantes incluyen factores que limitan su capacidad de contribuir a la sociedad de acogida. Es decir, los individuos en una sociedad pueden recibir más de lo que aportan en un punto concreto del tiempo teniendo en cuenta la fase vital en la que se encuentran, su trayectoria evolutiva y circunstancias vitales. El argumento de la equidad también concuerda con la “regla de oro”, es decir, tratar a los otros como a uno le gustaría ser tratado si las circunstancias vitales fueran las contrarias (Vasquez, 2012).

En particular, aplicar los principios de Justicia Social y Derechos Humanos a los sistemas públicos de salud mental en las comunidades supone que se preste la mejor atención sanitaria con los recursos disponibles a *todos* los grupos vulnerables, y no sólo a los inmigrantes. No se deben descuidar las necesidades de las poblaciones vulnerables en las comunidades locales a expensas de la otra población. Es importante subrayar este aspecto de *Equidad* en la Justicia Social y los Derechos Humanos para recavar apoyo y colaborar con las distintas partes implicadas y los grupos de apoyo de las distintas poblaciones vulnerables.

Proporcionar protección y voz a los inmigrantes

Otra implicación que plantea el desequilibrio de poder entre la sociedad de acogida y las poblaciones inmigrantes es la necesidad de proporcionar oportunidades a los inmigrantes para que accedan a toda la información y comprendan la sanidad y las iniciativas sanitarias (por ejemplo, intervenciones, investigación). La dissemination de información debe ir acompañada de la posibilidad de participar en la toma de decisiones. Esto

último puede darse en forma de grupos de apoyo en los casos en que los inmigrantes no se encuentren en posición de hacer oír su voz fácilmente, o asesorando a los inmigrantes para hacer oír su opinión. En la esfera política, proporcionar voz a los inmigrantes puede incluir su defensa en lugares como los ayuntamientos locales, los consejos de salud y salud mental y entidades similares de gestión pública. En las comunidades locales, las voces de los inmigrantes deberían estar presentes en la toma de decisiones sobre salud pública y las entidades sanitarias de la comunidad. Las colaboraciones entre ciudades y en todo el condado deberían también tener representación de inmigrantes, dado que tales colaboraciones pueden servir para obtener apoyos y recursos que, de otra forma, quedarían fuera del alcance de las comunidades individuales de mediano y pequeño tamaño. Con relación a la investigación, los métodos de Investigación Participativa Basada en la Comunidad (Community Based Participatory Research, CBPR) son particularmente eficaces para prestar voz a grupos desfavorecidos como el de los inmigrantes. Por su naturaleza, la CBPR precisa que las comunidades locales desarrollen investigación e iniciativas en colaboración con investigadores y otras partes implicadas (por ejemplo, Balcazar, García-Iriarte, Suarez-Balcazar, 2009; Kneipp et al., 2011). En particular, el desarrollo en colaboración y los enfoques cooperativos suponen casi siempre un reto a los investigadores y proveedores de servicios en relación a sus percepciones sobre el rol que ellos mismos desempeñan y sobre las transacciones de asistencia y atención sanitaria. El papel de los expertos y los posicionamientos de las autoridades deben llegar a un equilibrio con una predisposición a encontrar soluciones que funcionen e integren la propia sabiduría y experiencias de los miembros de la comunidad sobre los problemas a los que se enfrentan.

Al proporcionar voz a los inmigrantes e informarles sobre su salud y las distintas opciones sanitarias, se deberían tener en cuenta todas las prácticas estándar de atención sanitaria, así como los servicios rutinarios de los sistemas públicos de salud, como, por ejemplo, la gestión de infecciones virales, campañas de inmunizaciones, y otros contactos de alta frecuencia con los proveedores de servicios de salud. Así mismo, la investigación sobre la salud que proporciona voz a los inmigrantes no debería quedar confinada a los enfoques cualitativos y de CBPR. Debería formar parte de los estudios epidemiológicos y estudios basados en encuestas, por ejemplo. Seas cuales sean los métodos de investigación, los investigadores deberían proporcionar a las poblaciones vulnerables y a los inmigrantes la oportunidad de expresar sus preocupaciones y opiniones directamente mediante preguntas abiertas y también a través de grupos de apoyo y figuras relevantes de la comunidad en las que los inmigrantes confían.

Aumentar las Capacidades de los Inmigrantes mientras se proporciona Atención de Salud Mental

La percepción que tiene la sociedad de acogida sobre las contribuciones de los inmigrantes podría beneficiarse mucho de perspectivas equilibradas que refuten la visión de los inmigrantes sólo como consumidores de recursos locales. Desafortunadamente, la naturaleza de la economía sumergida en la que se mueven los inmigrantes ilegales frecuentemente oculta su contribución al ojo público. Por ejemplo, los trabajadores agrícolas que están en los campos realizan su actividad en áreas rurales y, por lo tanto, están alejados de las grandes concentraciones humanas. Aquellos que viven y trabajan en núcleos urbanos probablemente lo hagan en la sombra, como es el caso de los cocineros y lavaplatos de los restaurantes, el personal de limpieza de hoteles, los asistentes del hogar o vigilantes en viviendas privadas de clase media. En este contexto, las ocasiones para que la sociedad de acogida en general perciba las contribuciones de los inmigrantes son poco frecuentes. Entre algunas excepciones en los EEUU, hemos encontrado un documental realizado por una productora de televisión nacional por cable que mostraba algunos sketches de las vidas de personajes latinos que han triunfado, muchos de los cuales en su día fueron inmigrantes (Home Box Office, 2012). Además de la ejemplar dedicación al trabajo que muestran todos los ciudadanos latinos que aparecen en el mencionado documental, los temas comunes en sus vidas que destacaban como elementos cruciales para construir su éxito incluían: (a) educación/aprendizaje, y (b) redes de apoyo.

Con relación a la educación, los latinos en los EEUU poseen los índices más altos de abandono escolar entre todos los grupos étnicos. Así pues, aunque el 84% o más de los individuos de 25 años o mayores de la población general de los EEUU lograron cursar estudios de educación secundaria, sólo el 59% de los hombres latinos y el 62% de las mujeres latinas lo lograron (U.S. Census Bureau, 2006). Así mismo, es crucial

integrar las necesidades de salud mental de los jóvenes inmigrantes en el sistema escolar. Algunos investigadores están integrando el estudio del apoyo social y las relaciones familiares en los resultados de los jóvenes latinos (por ejemplo, DeGarmo y Martinez, 2006; Esparza y Sanchez, 2008). Gonzales et al. (2007) han desarrollado un programa basado en la comunidad dirigido a propiciar una transición exitosa de los adolescentes inmigrantes desde los estudios de primaria a los de secundaria (por ejemplo, Gonzales et al., 2007).

En una comunidad del estado de Illinois observé que las autoridades de salud mental de la comunidad aunaron fuerzas con un grupo de apoyo local dedicado a ayudar a latinos a lograr sus objetivos educativos. Las autoridades de salud mental aportaron dinero para becas que el grupo de apoyo utilizaba como incentivo para que los estudiantes latinos se labrasen una profesión en los servicios sociales. A su vez, los estudiantes que obtuvieron titulaciones para ejercer estas profesiones se comprometieron a servir a la comunidad local durante un periodo de sus carreras profesionales.

Otra estrategia para aumentar la capacidad de los individuos es reforzar los sistemas de apoyo social. El apoyo social no sólo protege a los inmigrantes (y a otros) de los estresores, sino que también impulsa la auto-eficacia y la auto-estima, lo cual a su vez promueve un comportamiento saludable (con o *sin* la presencia de estresores; véase Barrera, 2000). Así pues, las iniciativas de atención de salud mental dirigidas a fortalecer el sistema de apoyo social no sólo puede ayudar a mitigar las dificultades a corto plazo, sino también aumentar las capacidades individuales a largo plazo.

Un sistema de apoyo especial digno de mención es la familia. Es un núcleo de socialización crucial para los niños y los jóvenes, y una fuente de significación y realización vital para los adultos. Un programa excepcional de investigación centrado en el funcionamiento reforzador de las familias latinas analizó el consumo de sustancias de los jóvenes latinos en los EEUU (Szapocznik et al., 1997). Uno de los fundamentos en los que se basó fue la investigación que analizaba la tendencia de las familias latinas de los EEUU a adoptar estilos jerárquicos que priorizan la autoridad parental, mientras que las familias estadounidenses tienden en mayor medida a mantener relaciones igualitarias entre padres e hijos pequeños/adolescentes. Los jóvenes inmigrantes latinos tienden a abrazar los valores y costumbres de los EEUU más rápidamente y con mayor entusiasmo que los padres, existiendo así el riesgo de que se produzca una división entre la cultura norteamericana de los jóvenes y la cultura latina de los padres en el seno de las familias de inmigrantes latinos (Szapocznik y Kurtines, 1993). En consecuencia, se desarrollaron programas de psicopedagogía familiar para promover las habilidades bi-culturales que tienden puentes entre las distintas culturas que se dan en las familias latinas (Szapocznik, Rio, Perez-Vidal, y Kurtines, 1986).

Los programas de intervención familiar como los citados arriba están basados en la teoría de sistemas (enfoque sistémico) y, como tales, no limitan necesariamente su enfoque a los sistemas reforzadores de apoyo del núcleo familiar. Por ejemplo, el foco de atención del programa de investigación citado más arriba se amplió y ahora incluye los vínculos: entre el individuo con problemas de conducta y las figuras de apoyo externas a la familia, entre los miembros de la familia y otras figuras de apoyo, y entre los miembros de la familia y los proveedores de servicios sociales. En otras palabras, el objetivo es reforzar al máximo la red de sistemas de apoyo en lugar de centrarse exclusivamente en las relaciones del núcleo familiar. Como tales, las intervenciones de apoyo familiar establecen una sinergia con intervenciones e iniciativas dirigidas al desarrollo de conexiones/vínculos entre los inmigrantes y otros sistemas de apoyo en la comunidad local. El refuerzo de las fuentes de apoyo de las familias inmigrantes probablemente mejora el funcionamiento general de las familias, en lugar de abordar tan sólo las conductas problemáticas y los trastornos psicológicos en periodos específicos.

Implicaciones para la inmigración como fenómeno global: hacia una equidad sanitaria

En este artículo sobre la atención sanitaria a los inmigrantes me he centrado en la población de inmigrantes latinos en los EEUU. Entre los aspectos más destacables de este grupo concreto de inmigrantes está su enorme tamaño de más de 50 millones de latinos (se calcula que la mitad de ellos son inmigrantes), su diversidad en cuanto a países de origen, y la variedad de entornos donde los latinos viven en los EEUU. Algunos hechos históricos pesan en la relación entre los EEUU y los países latinoamericanos (USDHHS, 2001;

Fuligni, y Perreira, 2009). Además de la diversidad de países de origen, los latinos en los EEUU son una de las cuatro principales minorías étnicas de proporciones considerables, siendo las otras tres los afro-norteamericanos, los asiático-norteamericanos y los nativos norteamericanos.

Una advertencia importante a tener en cuenta en la atención de salud mental de los inmigrantes latinos en los EEUU es el hecho de que los EEUU no poseen un solo sistema nacional público y de pagador único en el sector de la atención sanitaria. La reciente Reforma de la Atención Sanitaria extiende la cobertura actual a individuos de compañías de seguros de salud privados y de dos programas federales (Medicaid, Medicare). Así pues, los sistemas públicos de salud mental dependen de una variada combinación de vías de financiación, incluyendo Medicare y Medicaid, financiación estatal y local, y otras fuentes temporales tales como las subvenciones para la dotación de servicios y donaciones. En consecuencia, los recursos de las comunidades locales pueden variar sustancialmente y afectar su capacidad de proporcionar atención sanitaria a todas las poblaciones vulnerables, incluyendo a los inmigrantes.

Las advertencias presentadas arriba en relación a los factores que afectan a las políticas y la atención sanitaria de los inmigrantes subrayan la importancia de la perspectiva eco-sistémica presentada en este artículo. A pesar de la singularidad de los entornos nacionales y locales, pensamos que las perturbaciones en la vida de una comunidad local (eco-sistema local) causadas por el repentino aumento real (o atribuido) de poblaciones inmigrantes no son exclusivas de las comunidades estadounidenses. Se deduce que el dilema que se produce entre la inversión de recursos en atención de salud mental de inmigrantes y el recorte de los costes tenderá a causar inquietud en las sociedades de acogida. Los desequilibrios de poder también pueden ser generalizables dado que la mayoría de los destinos de los inmigrantes son países con economías más fuertes que las de los países de origen de los inmigrantes.

Otra coincidencia entre la atención de salud mental de los inmigrantes en los EEUU y la que se da en otros lugares es el marco de *Disparidades Sanitarias* en el que *varios* grupos etno-raciales presentan peores resultados de salud y de acceso a la atención sanitaria que otros. El concepto de *Equidad Sanitaria*, que es habitualmente empleado en el entorno europeo (véase International Project Group Standards for Equity in Health Care for Migrants, 2011), es similar al de *Disparidades Sanitarias*, pero ofrece algunas ventajas sobre este: en primer lugar, el foco en la *Equidad Sanitaria* es definida como la Justicia Social en la salud, es decir, la eliminación de las disparidades sanitarias que “afectan de forma adversa a los grupos socialmente desfavorecidos” y que “surgen de la discriminación o marginalización intencionada o no intencionada que... tienden a reforzar la desventaja social y la vulnerabilidad” (Braveman et al., 20011, p. S150). Por consiguiente, el objetivo de lograr una *Equidad Sanitaria* puede resultar útil para desviar el foco de atención sobre las diferencias sanitarias existentes y dirigirlo a la búsqueda de soluciones para reducir las disparidades. López et al. (2012) han señalado que, 10 años después del Informe del Director General de la Sanidad Pública de los EEUU sobre Salud Mental centrado en las disparidades sanitarias, también las de los latinos, se ha progresado muy poco en el desarrollo de soluciones para reducir dichas disparidades (promoción de la equidad). En segundo lugar, dado que la *Equidad Sanitaria* es definida como Justicia Social en la salud, se sitúan los Derechos Humanos y la Justicia Social al frente y en el centro de este enfoque, mientras que las *Disparidades Sanitarias* no necesariamente lo hacen.

En tercer lugar, la *Equidad Sanitaria* promueve la salud de la población, lo cual a su vez beneficia a toda la sociedad en su conjunto (Braveman et al., 2011). Por un lado, los inmigrantes más sanos son más productivos que los enfermos. Además, las inversiones realizadas para proporcionar atención de salud mental a los inmigrantes probablemente beneficien a la población en su conjunto al mejorar las infraestructuras de la sociedad de acogida para proporcionar los servicios. Por ejemplo, la investigación sobre la administración de ESTs a inmigrantes derivados y validados con la población general, puede aportar conocimientos que mejoren el EST y, a su vez, mejorar su administración a la población en general. Esto se debe a que los modelos de dissemination del tratamiento recomiendan que los resultados de aplicación del programa sean vinculados al programa y utilizados para mayores mejoras (por ejemplo, véase Bernal, 2006; National Institute of Mental Health, 1999). Por otro lado, el esfuerzo de entender a las poblaciones de minorías étnicas e inmigrantes primero para luego derivarlas a programas efectivos con inmigrantes, no debería ser menospreciado en base a la poca relevancia que pueda tener para la población en general. Por ejemplo, un programa de investigación que se inició originalmente con jóvenes de origen cubano y problemas de consumo de sustancias se amplió a inter-

venciones familiares aplicables a la población en general, y no sólo a inmigrantes de origen cubano (Szapocznik et al., 1997). Se ha demostrado que estas intervenciones son efectivas también con poblaciones afro-americanas (Feaster et al., 2010).

En cuarto lugar, la *equidad sanitaria* enfatiza el bienestar y los niveles máximos de salud, de manera que los individuos no sólo deben estar “libres de síntomas” sino además tener opciones razonables de acceder a la educación y los medios de la sociedad para disfrutar de una vida funcional y plena (Braveman et al., 2011). Esto concuerda con la importancia que se otorga a la *Recuperación* de personas que experimentan problemas de salud mental, es decir, la total integración de los individuos en su comunidad (Saavadera Macías, 2011; Shepherd, Boardman, y Slade, 2008). Igualmente, se argumenta certeramente que en la relación entre los inmigrantes y su salud se debe dar mayor relevancia a las capacidades de los inmigrantes para desarrollar su agencia y capacidad para funcionar en la nueva sociedad de acogida (por ejemplo, García-Ramírez, de la Mata, Paloma, y Hernández-Plaza, 2011).

Advertencias Finales y Conclusiones

Aunque en este artículo defiende la aplicabilidad de los dilemas eco-sistémicos en distintos entornos, no se deberían olvidar las historias particulares e infraestructuras específicas de los sistemas de salud pública. Por ejemplo, se piensa que las ideologías políticas y la composición de las distintas poblaciones culturales e inmigrantes influyen en los sistemas de salud mental (véase Kirmayer y Minas, 2000). De forma similar, hay contextos socio-políticos en los que el énfasis de la Equidad Sanitaria en la Justicia Social y los Derechos Humanos no tiene el efecto esperado. Estos entornos o comunidades pueden haber sido golpeados por una guerra, o estar sufriendo una fuerte recesión económica, o incluso puede tratarse comunidades económicas y políticamente estables pero en las que los discursos políticos actuales no consideran la atención sanitaria pública, los servicios públicos y/o la justicia social como una prioridad.

El énfasis que pone el artículo en la mejora de la salud mental de los inmigrantes a través de los servicios públicos de salud mental subraya el aspecto de Justicia Social de extender la mejor atención sanitaria de calidad a las poblaciones vulnerables. Sin embargo, no se pretende obviar el hecho de que existen casos en los que las mejoras de salud mental se pueden obtener a través de iniciativas externas a los servicios formales o iniciativas puntuales de la sanidad pública. Entre estas iniciativas externas se incluyen alternativas proporcionadas por las organizaciones de base de las comunidades, o de las iglesias por ejemplo. Pueden también surgir a partir de las capacidades personales de los individuos, de las redes de apoyo, y de la reflexión crítica de los propios individuos sobre sus condiciones de vida (por ejemplo, Balcazar et al., 2012; García-Ramírez et al., 2011; Reyes-Cruz y Sonn, 2011).

No obstante, en las comunidades con un nivel mínimo de voluntad política e inversión en la mejora de la salud de sus ciudadanos, los eruditos y científicos especializados en la atención de salud mental en general y/o en poblaciones inmigrantes están obligados a contribuir al bienestar de las poblaciones inmigrantes (Baumann et al., 2011). Aunque muchas vías para mejorar la salud mental de los inmigrantes en la población local dependen de las historias locales y las realidades económicas, socio-culturales y políticas, el gradual avance hacia la Equidad Sanitaria de la población general y de las poblaciones vulnerables como la de los inmigrantes es muy probable que propicien múltiples vías provechosas.

Referencias

- Aguilar-Axiola, S., Zelezny, L., Garcia, B., Edmondson, C., Alejo-Garcia, C., & Vega, W. A. (2002). Mental health care for Latinos: Translating research into action: Reducing disparities in mental health care for Mexican Americans. *Psychiatric Services, 53*, 1563-1568. doi:10.1176/ appi.ps.53.12.1563
- Alegría, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., ... Meng, X. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and nonimmigrant U.S. Latino groups. *American Journal of Psychiatry, 165*, 359-369. doi:10.1176/ appi.ajp.2007.07040704

- Balcazar, F. E., García-Iriarte, E., & Suarez-Balcazar, Y. (2009). Participatory action research with Colombian immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 31*, 112-127. doi:10.1177/0739986308327080
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., Adames, S., Keys, C. B., García-Ramírez, M., & Paloma, V. (2012). A case study of liberation among Latino immigrant families who have children with disabilities. *American Journal of Community Psychology, 49*, 283-293. doi:10.1007/s104 64-011-9447-9
- Barrera, M. R. (2000). Social support research in community psychology. In J. Rappaport, E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 215-245). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Barrera, M. R., Castro, F., & Steiker, L. (2011). A critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. *American Journal of Community Psychology, 48*, 439-454. doi:10.1007/s10 464-010-9422-x
- Baumann, A., Domenech-Rodríguez, M., & Parra-Cardona, J. (2011). Community-based applied research with Latino immigrant families: Informing practice and research according to ethical and social justice principles. *Family Process, 50*, 132-148. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01 351.x
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B.E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 279-289. doi:10.1037/a002 3626
- Bernal, G. (2006). Intervention development and cultural adaptation research with diverse families. *Family Process, 45*, 143-151. doi:10.1111/j.1545-5300.2006.000 87.x
- Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R., & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health, 101*(Suppl 1), S149-S155. doi:10.2105/AJPH.2010.300062
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Boyd-Franklin, N. (2003). *Black families in therapy: Understanding the African American experience (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Buki, L. P., Piedra, L. M., Ramírez-García, J. I., Hannum, J. W., Andresen, G., & Goldberg, A. (2008, August). *Serving the mental health needs of Latinos with limited English proficiency*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA.
- Cardemil, E. V., Adams, S. T., Calista, J. L., Connell, J., Encarnación, J., Esparza, N. K., & Wang, E. (2007). The Latino Mental Health Project: A local mental health needs assessment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*, 331-341. doi: 10.1007/s10488-007-0113-3
- Cardemil, E. V., & Sarmiento, I. A. (2009). Clinical approaches to working with Latino adults. In F. A. Villarruel, G. Carlo, J. M. Grau, M. Azmitia, N. J. Cabrera, T. Chahin (Eds.), *Handbook of U.S. Latino psychology: Developmental and community-based perspectives* (pp. 329-345). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Cleek, E. N., Wofsy, M., Boyd Franklin, N., Mundy, B., & Howell, L. J. (2012). The family empowerment program: An interdisciplinary approach to working with multi-stressed urban families. *Family Process, 51*, 207-217. doi:10.1111/j.1545-5300.2012.01392.x
- Cruz-Santiago, M., & Ramírez-García, J. I. (2011). “Hay que ponerse en los zapatos del joven”: Adaptive parenting of adolescent children among Mexican-American parents residing in a dangerous neighborhood. *Family Process, 50*, 92-114. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01348.x
- Díaz-Guerrero, R. (1989). Towards an ecosystemic psychology. In J. A. Keats, R. Taft, R. A. Heath, S. H. Lovibond (Eds.), *Mathematical and theoretical systems* (pp. 229-240). Oxford England: North-Holland.
- DeGarmo, D. S., & Martinez, C. R. (2006). A culturally informed model of academic well-being for Latino youth: The importance of discriminatory experiences and social support. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 55*, 267-278. doi:10.1111/j. 1741-3729.2006.00401.x
- Ennis, S. Ríos-Vargas, M., & Albert, N. GL. (2011). The Hispanic population: 2010. *2010 Census Briefs*. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau.
- Esparza, P., & Sánchez, B. (2008). The role of attitudinal familism in academic outcomes: A study of urban, Latino high school seniors. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*, 193-200. doi:10.1037/1099-9809.14.3.193
- Feaster, D. J., Burns, M. J., Brincks, A. M., Prado, G., Mitrani, V. B., Mauer, M. H., & Szapocznik, J. (2010). Structural ecosystems therapy for HIV+ African-American women and drug abuse relapse. *Family Process, 49*, 204-219. doi:10.1111/j.1545-5300.2010. 01318.x
- Fuligni, A. J., & Perreira, K. M. (2009). Immigration and adaptation. In F. A. Villarruel, G. Carlo, J. M. Grau, M.

- Azmitia, N. J., Cabrera, T., Chahin (Eds.), *Handbook of U.S. Latino psychology: Developmental and community-based perspectives* (pp. 99-113). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Fuqua, D., & Newman, J.L. (2005). Integrating structural and behavioral leadership strategies. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 57, 126-132. doi:10.1037/1065-9293.57.2.126.
- García-Ramírez, M., De la Mata, M., Paloma, V., & Hernández-Plaza, S. (2011). A cultural-liberation psychology approach to acculturative integration of migrant populations. *American Journal of Community Psychology*, 47, 86-97. doi:10.1007/s10464-010-9372-3
- Gonzales, N. A., Coxe, S., Roosa, M. W., White, R. B., Knight, G. P., Zeiders, K. H., & Saenz, D. (2011). Economic hardship, neighborhood context, and parenting: Prospective effects on Mexican–American adolescent’s mental health. *American Journal of Community Psychology*, 47, 98-113. doi:10.1007/s10464-010-9366-1
- Gonzales, N. A., Dumka, L. E., Mauricio, A., & Germán, M. (2007). Building bridges: Strategies to promote academic and psychological resilience for adolescents of Mexican origin. In J. E. Lansford, K. Deater-Deckard, & M. H. Bornstein (Eds.), *Immigrant families in contemporary society* (pp. 268-286). New York, NY: Guilford Press.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548. doi:10.1037/0033-3204.43.4.531
- Hall, G.C.N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502–510. doi:10.1037/0022-006X.69.3.502
- Home Box Office. (2012). *Documentaries: The Latino list*. Author. <http://www.hbo.com/documentaries/the-latino-list/index.html>.
- Hossain, F. (2007, June 22). Global Migration *The New York Times*. Retrieved from <http://www.nytimes.com>
- International Project Group Standards for Equity in Health Care for Migrants. (2011). *Project to develop standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups: Self assessment tool for pilot testing in health care organisations*. Retrieved from: http://www.ausl.re.it /HPH/FRONTEND/Home/DocumentViewer.aspx?document_id=1138
- Jiggins, S. S. (2004). A checkered history. *Science*, 305, 1913.
- Kelly, J. G. (2006). *Becoming Ecological: An expedition into community psychology*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *The Canadian Journal Of Psychiatry/La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 45, 438-446.
- Kneipp, S. M., Kairalla, J. A., Lutz, B. J., Pereira, D., Hall, A. G., Flocks, J., ... Schwartz, T. (2011). Public health nursing case management for women receiving temporary assistance for needy families: A randomized controlled trial using community-based participatory research. *American Journal of Public Health*, 101, 1759-1768. doi:10.2105/AJPH.2011.300210
- Kral, M. J., Ramírez-García, J., Aber, M. S., Masood, N., Dutta, U., & Todd, N.R. (2011). Culture and community psychology: Toward a renewed and reimagined vision. *American Journal of Community Psychology*, 47, 46-57. doi:10.1007/s10464-010-9367-0
- Lakes, K., López, S. R., & Garro, L. C. (2006). Cultural competence and psychotherapy: Applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 380-396. doi: 10.1037/0033-3204.43.4.380
- López, S. (2002). Mental health care for Latinos: A research agenda to improve the accessibility and quality of mental health care for Latinos. *Psychiatric Services*, 53, 1569-1573. doi:10.1176/appi.ps.53.12.1569
- López, S. R., Barrio, C., Kopelowicz, A., & Vega, W. A. (2012). From documenting to eliminating disparities in mental health care for Latinos. *American Psychologist*, 67, 511-523. doi:10.1037/a0029737
- Manongdo, J. A., & Ramírez-García, J. I. (2007). Mothers’ parenting dimensions and adolescent externalizing and internalizing behaviors in a low-income, urban Mexican American sample. *Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 36, 593-604. doi:10.1080/15374410701 662733.
- National Immigration Law Center. (2012). *State immigration-related legislation*.
- National Institute of Mental Health (1999). *Bridging science and service: A report by the National Advisory Mental Health Council’s Clinical Treatment and services research workgroup*.
- Pallares, A., & Flores-Gonzales, N. (2010). *Marcha: Latino Chicago and the immigrant rights movement*. Chicago: University of Illinois Press.

- Reyes-Cruz, M., & Sonn, C.C. (2011). (De)colonizing culture in community psychology: Reflections from critical social science. *American Journal of Community Psychology*, *47*, 203-214. doi:10.1007/s10464-010-9378-x
- Roosa, M. W., Morgan-Lopez, A. A., Cree, W. K., & Specter, M. M. (2002). Ethnic culture, poverty, and context: Sources of influence on Latino families and children. In J. M. Contreras, K. A. Kerns, A. M. Neal-Barnett (Eds.), *Latino children and families in the United States: Current research and future directions* (pp. 27-44). Westport, CT US: Praeger.
- Saavedra, F. J. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, *18*, 121-139.
- Shepherd, G., Boardman, & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health. Retrieved from http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
- Smith, T. B., Domenech-Rodríguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.)* (pp. 316-335). New York, NY US: Oxford University Press.
- Szapocznik, J., & Coatsworth, J.D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M. Glanz & C. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins and interventions* (pp. 331-366). Washington, DC: American Psychological Association.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W.M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application. *American Psychologist*, *48*, 400-407. doi:10.1037/0003-066X.48.4.400
- Szapocznik, J., Kurtines, W., Santisteban, D. A., Pantin, H., Scopetta, M., Mancilla, Y., ... Coatsworth, J. D. (1997). The evolution of structural ecosystemic theory for working with Latino families. In J. G. García, M. Zea (Eds.), *Psychological interventions and research with Latino populations* (pp. 166-190). Needham Heights, MA US: Allyn & Bacon.
- Szapocznik, J., Rio, A., Perez-Vidal, A., & Kurtines, W. (1986). Bicultural Effectiveness Training (BET): An experimental test of an intervention modality for families experiencing intergenerational/intercultural conflict. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *8*, 303-330. doi:10.1177/07399863860084001
- U.S. Census Bureau. (2006). *Hispanics in the United States*. Presentation by the Ethnicity and Ancestry Branch Population. U.S. Census Bureau. Retrieved from: http://www.census.gov/population/hispanic/files/2006/CPS_Powerpoint_2006.pdf
- U.S. Census Bureau. (2011). Hispanic heritage month 2011: Sept. 15-Oct. 15. In *Profile America: Facts for features*. U.S. Census Bureau. Retrieved from http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/facts_for_features_special_editions/cb11-ff18.html
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race and ethnicity – a supplement to mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Trickett, E. J., & Schensul, J. J. (2009). Summary comments: Multi-level community based culturally situated interventions. *American Journal of Community Psychology*, *43*, 377-381. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-009-9237-9>
- Tseng, V., & Seidman, E. (2007). A systems framework for understanding social settings. *American Journal of Community Psychology*, *39*, 217-228. doi:10.1007/s10464-007-9101-8
- Vasquez, M. T. (2012). Psychology and social justice: Why we do what we do. *American Psychologist*, *67*, 337-346. doi:10.1037/a0029232.
- Vega, W., Karno, M., Alegria, M., Alvidrez, J., Bernal, G., Escamilla, M., & Loue, S. (2007). Research issues for improving treatment of U.S. Hispanics with persistent mental disorders. *Psychiatric Services*, *58*, 385-394. doi:10.1176/appi.ps.58.3.385
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., & Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 771-778. doi:10.1001/archpsyc.55.9.771.
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., & Catalano, R. (1999). Gaps in service utilization by Mexican Americans with mental health problems. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 928-934.
- Vega, W. A., Ang, A., Rodriguez, M. A., & Finch, B. K. (2011). Neighborhood protective effects on depression in Latinos. *American Journal of Community Psychology*, *47*, 114-126. doi:10.1007/s10464-010-9370-5

World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, New hope*.

Zayas, L. H. (2010). Seeking models and methods for cultural adaptation of interventions: Commentary on the special section. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 198-202. doi:10.1016/j.cbpra.2010.01.006