



Universitat de les Illes Balears

PROGRAMA DE DOCTORAT DE CIÈNCIES MÈDIQUES BÀSIQUES

DEPARTAMENT BIOLOGIA FONAMENTAL I CIÈNCIES DE LA SALUT

TESIS DOCTORAL

***PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES
EN NIÑOS INMIGRANTES LATINOS
ENTRE 6 Y 12 AÑOS
EN PALMA DE MALLORCA***

M^a ISABEL FLÓREZ FERNÁNDEZ

Palma de Mallorca, 2012

TÍTULO DEL PROYECTO:

***PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES
EN NIÑOS INMIGRANTES LATINOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS
EN PALMA DE MALLORCA***



M^a ISABEL FLÓREZ FERNÁNDEZ

Licenciada en Medicina y Cirugía

Tesis doctoral:

“Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca”

Tesis presentada para optar al Grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears por la licenciada Doña M^a Isabel Flórez Fernández con DNI 00403867-X

Fdo. M^a Isabel Flórez Fernández

Palma de Mallorca, Octubre 2012

D. Miquel Roca Bennasar, médico especialista en Psiquiatría, Doctor en Psicología por la Universitat de les Illes Balears, Profesor titular del departamento de Psicología en la Universitat de les Illes Balears.

CERTIFICA: que Doña M^a Isabel Flórez Fernández, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid, ha realizado bajo mi dirección los trabajos de investigación correspondientes a la Tesis Doctoral titulada: **“Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca”**

Revisado el trabajo, estimo que reúne las condiciones requeridas para su presentación y así optar al grado de doctor.

**Fdo. D. Miquel Roca Bennasar
Palma de Mallorca, Octubre 2012**

Dña. Pilar Roca Salom, Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular. Departament de Biologia i Ciències de la Salut. Universitat de les Illes Balears.

CERTIFICA: que Doña M^a Isabel Flórez Fernández, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid, ha realizado bajo mi supervisión los trabajos de investigación correspondientes a la Tesis Doctoral titulada: **“Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca”**

Revisado el trabajo, estimo que reúne las condiciones requeridas para su presentación y así optar al grado de doctor.

**Fdo. Dña. Pilar Roca Salom
Palma de Mallorca, Octubre 2012**

Apellidos y nombre del autor: FLÓREZ FERNÁNDEZ, M^a ISABEL

Teléfono de contacto del autor: 666.226.999

Dirección correo electrónico del autor: mi.florez@ssib.es

Departamento / Escuela / Facultad / Órgano Responsable Programa Doctorado:

-PROGRAMA DOCTORADO CIENCIAS MÈDIQUES BÀSIQUES.

-DEPARTAMENT BIOLOGIA FONAMENTAL I CIÈNCIES DE LA SALUT

-UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Área de conocimiento: Psiquiatría

Palabras clave:

Migration, children, psychiatric disorder, epidemiology, acculturation

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia de trastornos mentales en niños inmigrantes latinoamericanos, residentes en Palma de Mallorca comparándolos con niños españoles de similares características socioeconómicas.

Método: Estudio en doble fase, utilizando como screening el Child Behavior Checklist (CBCL) y en segunda fase el Diagnostic Interview Schedule (DISC-P IV) validados al español.

Resultados: Se evaluaron 334 inmigrantes de primera y segunda generación latinos entre 6 y 12 años de 7 colegios junto a 191 niños españoles. Entre los latinos la prevalencia de trastorno mental fue de 20,7 (IC95%: 16,3-25), y entre la población española estudiada 16,2 (IC95%:11,0-21,5). Los trastornos más frecuentes en inmigrantes fueron los de ansiedad (12,59%), externalizantes (9,58%) y afectivos (1,80%).

Conclusiones: No hay diferencias estadísticamente significativas entre niños nativos e inmigrantes, siendo entre estos las variables más asociadas a trastorno mental el deseo de retorno, la percepción de discriminación y la enfermedad mental de los padres.

Nombre del director de tesis: MIQUEL ROCA BENNASAR

Dirección de correo electrónico del director tesis: mroca@uib.es

Nombre del ponente de tesis: PILAR ROCA SALOM

Dirección de correo electrónico del ponente de tesis: dbsprs0@uib.es

Agradecimientos

A Ramón por su apoyo incondicional y a mis hijas Sara, Mar y Ana por el tiempo que no he podido estar con ellas.

A mis padres que siempre creyeron en mí.

Al Dr. Miquel Roca por su colaboración a lo largo de la dirección de esta Tesis Doctoral.

A Esteve Moragues, Laura Torres, Cristina Iglesias, Jesús Martínez y Alicia Ferrer porque sin su gran trabajo no hubiera sido posible el estudio.

Al Dr. Guillem Frontera por su tiempo y sus muchos conocimientos

Al Hospital de Son Dureta por la beca que me permitió iniciar el proyecto

A mis compañeros de trabajo del Hospital de Son Espases por su ánimo.

A todo el personal de los colegios Son Pizá, Felipe Bauzá, Marian Aguiló, Jaime I, Escuela Graduada, Santa Isabel y Jafuda Cresques.

A todas las personas que participaron en el estudio

VOLVER

Alfredo Le Pera 1935

Yo adivino el parpadeo
de las luces que a lo lejos
van marcando mi retorno...
Son las mismas que alumbraron
con sus pálidos reflejos
hondas horas de dolor...
Y aunque no quise el regreso,
siempre se vuelve al primer amor...
La vieja calle donde el eco dijo
tuya es su vida, tuyo es su querer,
bajo el burlón mirar de las estrellas
que con indiferencia hoy me ven volver...
Volver...
con la frente marchita,
las nieves del tiempo platearon mi sien...
Sentir...
que es un soplo la vida,
que veinte años no es nada,
que febril la mirada,
errante en las sombras,
te busca y te nombra.
Vivir...
con el alma aferrada
a un dulce recuerdo
que lloro otra vez...
Tengo miedo del encuentro
con el pasado que vuelve
a enfrentarse con mi vida...
Tengo miedo de las noches
que pobladas de recuerdos
encadenan mi soñar...
Pero el viajero que huye
tarde o temprano detiene su andar...
Y aunque el olvido, que todo destruye,
haya matado mi vieja ilusión,
guardo escondida una esperanza humilde
que es toda la fortuna de mi corazón.

INDICE



I. INTRODUCCIÓN	25
1. ASPECTOS GENERALES	27
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN INFANTIL	28
3. MODELOS TEÓRICOS ETIOPATOGÉNICOS	37
3.1. Estrés asociado a migración	37
3.2. Estrés asociado a residir en situación desfavorecida en el nuevo país	38
3.3. Vinculación a la propia cultura	38
4. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN INFANTIL INMIGRANTE	41
4.1. Estudios europeos	42
4.1.1. Estudios en Países Bajos	42
4.1.2. Estudio Escandinavo	45
4.1.3. Estudio Griego	46
4.2. Estudios norteamericanos	46
4.2.1. Estudios EEUU	46
4.2.2. Estudio Canadiense	48
4.3. Estudios australianos y asiáticos	49
5. TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON LA EMIGRACIÓN	50
5.1. Depresión	50
5.2. Ansiedad	50
5.3. Estrés postraumático	51
5.4. Esquizofrenia y otras psicosis	51

6. VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL INMIGRANTE.....	52
6.1. Estresores preemigración.....	52
6.2. Estatus de refugiado.....	52
6.3. Características personales.....	55
6.3.1. Sexo.....	55
6.3.2. Edad.....	55
6.3.3. Idioma.....	56
6.4. Psicopatología de los padres.....	56
6.5. Aculturación.....	57
6.6. Aculturación asimétrica.....	59
6.7. Estrés aculturativo.....	60
6.8. Situación de ilegalidad.....	62
6.9. Salud física.....	62
6.10. Discriminación.....	63
6.11. Pobreza.....	63
6.12. Segundas generaciones.....	65
6.13. Retorno migratorio.....	66
6.14. Utilización de recursos.....	66
7. POBLACIÓN INMIGRANTE EN PALMA DE MALLORCA.....	69
7.1. Illes Balears.....	70
7.2. Palma de Mallorca.....	71
7.3. Niños latinos escolarizados en Palma de Mallorca.....	73
II. HIPÓTESIS.....	77
III. OBJETIVOS.....	81

IV. MATERIAL Y MÉTODO	85
1. DISEÑO	87
2. MUESTRA	87
2.1. Sujetos de estudio	87
2.2. Tamaño de la muestra	87
2.3. Tipo de muestreo	88
3. INSTRUMENTOS	89
3.1. Primera fase	89
3.1.1. Cuestionario de variables	89
3.1.2. Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL)	91
3.1.3. General Health Questionnaire (GHQ-28)	92
3.2. Segunda fase	93
3.2.1. Diagnostic Interview Schedule Children for Parents (DISC-IV P)	93
4. PROCEDIMIENTO	94
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	94
5.1. Pasos previos al análisis. Codificación	94
5.2. Análisis de datos	96
V. RESULTADOS	97
1. PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO	99
1.1. Grado de participación	99
1.2. Familiar que participa en el estudio	100
2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	100
2.1. Sexo	100

2.2. Curso académico	101
2.3. Nacionalidad	102
2.4. Edad	103
2.5. Familiares con los que conviven los niños	106
2.6. Situación laboral de los padres.....	107
2.7. Ocupación de los padres.....	107
2.8. Deseo de retorno al país de origen	108
2.9. Grado de relación con personas del país de origen.....	109
2.10. Grado de relación con personas españolas.....	109
2.11. Tipo de vinculación con los españoles.....	110
2.12. Discriminación.....	110
2.13. Discriminación hacia sus hijos.....	111
2.14. Mantenimientos costumbres país de origen/España.....	111
2.15. Repetición de curso y emigración.....	112
2.16. Resultados GHQ-28.....	113
3. DESCRIPCIÓN DE PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL.....	114
3.1. Resultados del CBCL	114
3.2. Resultados generales del DISC.....	115
3.3. Números de diagnósticos.....	116
3.4. Diagnósticos específicos.....	117
4. RELACIÓN DEL DISC CON DIVERSAS VARIABLES	119
4.1. Sexo.....	119
4.2. Curso académico.....	119
4.3. Nacionalidad	120
4.4. Edad	121
4.5. Generación.....	121
4.6. Reunificación.....	122
4.7. Familiar con el que convive antes de la reunificación.....	122
4.8. La madre convive en el domicilio.....	123
4.9. El padre convive en el domicilio.....	123
4.10. Situación laboral de los padres.....	124
4.11. Ocupación.....	125

4.12.	Deseo de retorno a país de origen.....	126
4.13.	Relación con personas de su país de origen.....	127
4.14.	Relación con personas españolas.....	127
4.15.	Tipo de vinculación con los españoles.....	128
4.16.	Discriminación.....	129
4.17.	Discriminación hacia sus hijos.....	130
4.18.	Mantenimiento de las costumbres país de origen.....	131
4.19.	Mantenimiento de las costumbres españolas.....	131
4.20.	Repetición de curso por la migración.....	132
4.21.	GHQ.....	133
 VI. DISCUSIÓN.....		135
1.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	137
2.	RESULTADOS DE PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL.....	139
3.	ASOCIACIÓN CON LAS VARIABLES ANALIZADAS EN EL ESTUDIO.....	141
4.	IMPACTO CLÍNICO.....	144
5.	FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO.....	144
 VII. CONCLUSIONES.....		147
 VIII. BIBLIOGRAFÍA.....		151

IX. ANEXOS	171
1. ANEXO 1: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA INMIGRANTES	173
2. ANEXO 2: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA ESPAÑOLES	175
3. ANEXO 3: CBCL	176
4. ANEXO 4: GHQ	180
5. ANEXO 5: AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO	182
6. ANEXO 6: CARTA INFORMATIVA	183
7. ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO	184

I.-INTRODUCCIÓN



1.- ASPECTOS GENERALES

En el mundo hay alrededor de 20 millones de trabajadores emigrados, procedentes en su mayoría de países con escasos recursos. En los últimos años ha llegado a España un elevado número de inmigrantes de diferentes nacionalidades.

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

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 (Malzberg, 1964). En un estudio que realizamos en el año 2000 en Baleares entre población inmigrante residente en un albergue obtuvimos una prevalencia de “probable caso psiquiátrico” mayor a la encontrada en estudios de población general. (Flórez, Aguirre, & Ibarra, 2008).

Algunos modelos y numerosas teorías han intentado relacionar los trastornos mentales que pueden aparecer en inmigrantes con el proceso de la emigración. 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” (Eitinger, 1959) lo relaciona únicamente con el estrés externo. De manera integradora se ha formulado el “modelo multivariado” (Goldlust & Richmond, 1974) desde el que surgen investigaciones que intentan analizar la importancia de los factores premigración, características demográficas del individuo y factores postmigración en la nueva sociedad (Bhugra, 2003)

Determinados autores (Vega, Sribney, Aguilar-Gaxiola, & Kolody, 2004) postulan todo lo contrario: comparando inmigrantes de origen mejicano residentes en USA con personas nacidas en USA, también de origen mejicano, encuentran que entre los inmigrantes hay un menor riesgo de desarrollar patología mental. Observan tasas de depresión, ansiedad y abuso de sustancias de 14,2 % para inmigrantes mujer y 12,6% para hombre, mientras que en los nacidos en USA las cifras son de 27,8 en mujer y 27,2% en hombre. A este fenómeno lo han denominado la “paradoja del inmigrante”.

2.-EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN INFANTIL

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 (Tursz, 2001). 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 EEUU. 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 metaanálisis de Gould, Wunsch-Hitzig & Dohrenwend (1981). Dichos estudios difirieron considerablemente en las edades de los grupos incluidos y en las metodologías.

En los años posteriores se intentaron utilizar diversas estrategias para minimizar el impacto de errores en el muestreo de los estudios; también se plantearon utilizar criterios diagnósticos estandarizados (DSM) y el uso de entrevistas diagnósticas estructuradas para reducir variaciones en la información.

En el metaanálisis de Roberts, Attkisson, & Rosenblatt (1998) que recogieron las investigaciones de 40 años con un total de 52 estudios, encontraron una media de prevalencia de 15.8, variando entre 15.01% en estudios de una fase y 17.5% en estudios de doble fase. Según la edad clasificaron las muestras en preescolares (entre 1 a 5-6 años), preadolescentes (entre 6 a 12-13 años) y adolescentes (menores de 18) y encontraron unas medias de prevalencia de 10.2% para preescolares, 13.2% para preadolescentes y 16.5% para adolescentes. Sólo una pequeña proporción de los estudios tuvo un diseño del muestreo probabilístico y las muestras en general fueron pequeñas (con una media de 831 niños).

En dichos estudios según la persona de la que se recogiera la información cambiaban las prevalencias; así en el grupo de estudios con información procedente de un niño más un informante la prevalencia fue de 20%; en los que informaron los padres 14%; con un profesor 9% y con el niño únicamente como informante 15%.

Los estudios más representativos son los que aparecen en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Estudios epidemiológicos de trastornos mentales en niños (USA y Francia)

AUTORES	LUGAR	Nº SUJETOS	EDAD	INFORMADOR	INSTRUMENTO 1º fase	INSTRUMENTO 2º fase	PREVALENCIA	DETALLES
Rutter (1989)	Isla Wight. GB	2199 1ªfase 286 2ªfase	10-12	Padres. Niños. Profesor.	-Rutter Questionnaire	-Rutter Child and Parent interview -Teacher questionnaire	5.4%	
Bird et al. (1988)	Puerto Rico. USA	777 1ªfase 208 2ª fase	4-16	Padres Niños	-CBCL	-NIMH-DISC	49,5%	17,9% caso definitivo y 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 resultados igual
Frombonne (1994)	Chartres Francia	2441 1ªfase 217 2ªfase	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 1ªfase 1071 2ªfase 323 indios	9,11 y 13	Niños	-CBCL	-CAPA (Child and adolescent Psychiatric Assessment)	20,3%	Entrevistados anualmente durante 3 años
Canino et al. (2004)	Puerto Rico	1886	4-17	Padres	-DISC-IV -CGAS -Service Assessment for children		16,4%	Más f. 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 drogas 5,3%

Tabla 2.- Estudios epidemiológicos de trastornos mentales en niños (Países no Norteamericanos)

AUTORES	LUGAR	Nº SUJETOS	EDAD	INSTRUMENTO 1º fase	INSTRUMENTO 2º 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, & Cheng. (2005)	Taiwan	1070	14-17	-K-SADS	-CBCL	20,3%
Goodman, Slobodskaya, & Knyazev. (2005)	Rusia	448	7-14			15,3%
Eapen, al-Gazali, Bin-Othman, & Abou-Saleh. (1998)	Emiratos Árabes	3278	6-15	-Rutter cuestionario	-Entrevista clínica	10,4%
Mullick & Goodman. (2005)	Bangladesh	922	5-10	-DAWBA		15%
Srinath et al. (2005)	India	2064	0-16	-CBCL	-DISC	12,5%

Hay que destacar el trabajo de Costello et al. (1996) en EEUU. 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 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 transcurso 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 (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

En España se han realizado muy escasos estudios epidemiológicos, siendo los más representativos los realizados en Valencia (Gomez-Beneyto, Bonet, Catala, Puche, & Vila, 1994) y en Badía del Vallés (Ezpeleta et al., 2007).

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 recogen en la tabla 3.

Ezpeleta 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 2001.

INTRODUCCIÓN

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.

Tabla 3.- Prevalencia de los diversos trastornos mentales en niños

AUTOR	PREVALENCIA TOTAL	DEPRESION MAYOR	DEPRESION	ANSIEDAD SEPARACIÓN	TOC	ANSIEDAD SOCIAL	ANSIEDAD GENERALIZADA	FOBIA ESPECIFICA	ALGUNA ANSIEDAD	TDAH	T CONDUCTA	TND
Costello 1996	20,3%		1,45%	3,49%	0,17%	0,58%	1,67%	0,27%	5,7%	1,94%	3,32%	2,75%
Canino 2004	16,4%	1,4%	1,7%	1,5%		1,5%	1%		2,9%	3,7%	1,3%	3,4%
Roberts 2007	17,7%	1,7%	2,99%			1,64%	0,41%		6,89%	2,06%	3,32%	2,77%
Gómez-Beneyto 1994	21,7% Si GAF<60: 4,4%											
	8 AÑOS		0,7%	1,7%	0,3%	0,7%			1,7%	14,4%	1,7%	
	11 AÑOS		0,9%	1,2%	0,3%	2,5%			4,1%	5,3%	4,1%	
	15 AÑOS		2,5%		-	1,9%			6,7%	3%	6,9%	

3.-MODELOS TEÓRICOS ETIOPATOGÉNICOS

Para intentar explicar cómo la migración influye en la salud mental se han desarrollado diversos modelos etiopatogénicos. Los mecanismos implicados han sido predominantemente tres (Stevens & Vollebergh, 2008):

3.1.-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 y en ocasiones excluidos. Dicho estrés debe considerarse un estrés aculturativo (Guarnaccia & Lopez, 1998) y se asocia a las siguientes variables:

-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 propone ciertas medidas destinadas a mejorar la salud mental de los niños inmigrantes incidiendo sobre dicho estrés:

-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.

3.2.-Estrés asociado a residir en situación desfavorecida 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 educativas 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.

3.3.-Vinculación a la propia cultura.

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 ya a los niños dos modelos van a intentar relacionar las características culturales con su salud mental (Mohler, 2001).

-El “problem-supresión model” 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.

-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, & Murray (2010) revisan las diferentes hipótesis etiopatogénicas que han relacionado ambos fenómenos (inmigración y psicosis).

a) 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, & 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.

b) Neurodesarrollo

Otros autores han 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.

-Infecciones virales: Hay evidencias de que infecciones prenatales (especialmente rubeola, influenza y toxoplasmosis) están asociadas con incremento de riesgo de esquizofrenia en los descendientes (Brown, 2011). 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.

-Complicaciones obstétricas: existen trabajos que relacionan las complicaciones obstétricas 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 (Hutchinson et al., 1997).

-Niveles bajos de vitamina D puede influir en el desarrollo cerebral. Podría aumentar el riesgo de esquizofrenia en inmigrantes negros que se trasladan a lugares con menos exposición solar. Hipótesis difícil de probar y que se contradice con que en grupos poblacionales en los que hay mayor deficiencia de vitamina D como grupos asiáticos en Gran Bretaña existe menos riesgo de psicosis que entre inmigrantes de origen afro.

c) Uso de sustancias

Tampoco se ha demostrado una diferente utilización de cannabis entre población blanca o negra en Reino Unido (Cantwell et al., 1999), ni entre caribeños residentes en Holanda, con lo que no se podría sustentar como hipótesis.

d) Psicosocial

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.

4.-EPIDEMIOLOGÍA DE LOS 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). Las conclusiones a las que llegaron fueron:

- Los estudios incluidos no confirmaron de manera significativa que los niños inmigrantes tuvieran más problemas de salud mental. Se encontró tanto mayor como menor 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.

- 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.

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.

Mc Kelvey (2002) determinó la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre niños con edades entre 9 y 17 años, vietnamitas residentes en Australia. Utilizando el DISC-C (Diagnostic Interview Schedule for Children) y el DISC-P (para padres) obtuvieron una prevalencia similar a la encontrada entre niños australianos, pero lo llamativo fue que mientras que en los datos obtenidos a partir de la información de los niños la prevalencia fue de 4,4%, en la obtenida de los padres fue de 15,8%, con una concordancia entre padres y niños únicamente de 0,6%

Los estudios epidemiológicos más representativos que estudian el efecto de la inmigración en la salud mental de los niños se describen a continuación agrupados por continente:

4.1.-ESTUDIOS EUROPEOS:

4.1.1.-ESTUDIOS PAÍSES BAJOS,

- **Sowa, Crijnen, Bengi-Arslan, & Verhulst (2000)**

-Estudiaron 1218 niños turcos residentes en Holanda a través del cuestionario CBCL validado para el idioma turco, que se entregó a los padres junto a un cuestionario sobre variables relacionadas con la migración. Utilizaron punto de corte de T score 60 para escalas de síntomas y T score 67 para escalas de síndromes. Se seleccionaron por el registro municipal con al menos un padre turco; participaron 833. Sus resultados fueron:

-La migración por sí sola no contribuyó a los problemas de conducta, encontrando como factor de riesgo la separación de los padres, problemas psicológicos de los padres o encarcelamientos y como factor protector el grado de integración.

-Respecto a las variables de los niños encontraron que la presencia de problemas específicos en las escalas de CBCL se relacionaba con la edad, participación en actividades de su propia cultura y ser de primera o segunda generación.

-De esta forma el nivel de ansiedad social decreció con la edad: los niños más pequeños necesitaban un aprendizaje de la lengua holandesa que solían hacer al incorporarse a la escuela; también se producía un ajuste en su cultura, porque cuando entraban en la escuela en muchas ocasiones no habían tenido contacto con la cultura holandesa. Al ser mayores ya tenían mayor nivel de integración y habían reducido el riesgo de problemas sociales.

-La participación en la actividad comunitaria “lectura de Corán” redujo el riesgo de problemas de conducta. Los autores lo relacionaron con que las familias de niños que se enrolaban en dicha actividad eran más tradicionales, con estilo parental más autoritario, y niños más obedientes a sus padres. Dicho modelo educativo reducía el riesgo de problemas de conducta.

-Los niños de segunda generación tuvieron menos riesgo de problemas de conducta y conductas delictivas.

-Los niños que tenían dificultades en las escuela tenían mayor riesgo de problemas, incluyendo mayores tasas de síntomas de aislamiento, ansioso/depresivos, quejas somáticas, problemas de atención, conducta delincuente y agresiva.

-Los niños que repitieron un curso en la escuela tuvieron más del doble de problemas de atención.

- **Volleberghet et al. (2005)**

-Obtuvo información del estudio TRAILS (Tracking Adolescents' Individual Lives Survey) cuya muestra fue de 2230 niños de 11 años, de los que 2000 fueron holandeses y 230 inmigrantes de países no occidentales. Usó el Youth Self Report (niños), CBCL (padres) y TRF (profesores).

-Resultados: Si el informante era el niño no hubo diferencias entre niños inmigrantes y holandeses. Si el informante eran los padres, los inmigrantes tuvieron mayores tasas de problemas internalizantes, problemas sociales y de atención. Si eran los profesores los informantes percibieron más altos niveles de problemas externalizantes en los inmigrantes y menores niveles de ansiedad, depresión y problemas sociales.

- **Crijner et al. (2000)**

-Compararon 524 niños turcos inmigrantes de dos ciudades de Holanda, con 1625 niños holandeses, utilizando el TRF

-No encontraron diferencias en los niveles de problemas emocionales y conductuales entre los niños turcos y holandeses.

-Si los profesores eran holandeses no encontraron diferencias significativas entre niños holandeses y turcos, mientras que si eran profesores turcos sí detectaron entre los niños turcos mayores niveles de depresión y ansiedad.

- **Bengi-Arslan et al. (1997)**

-Compararon problemas de conducta en 2081 niños holandeses, 3127 niños turcos en Ankara y 833 niños turcos inmigrantes residentes en Holanda, de 4 a 18 años. Aplicaron el CBCL.

-Los niños inmigrantes tuvieron puntuaciones más altas que los niños holandeses en 6 de las 11 escalas del CBCL, sobre todo en escala de ansiedad/depresión. También tuvieron cifras más altas que los niños de Turquía pero no hubo tanta diferencia como con los holandeses.

- **Zwirs et al. (2007)**

-Estudio en doble fase para conocer prevalencia de trastornos de DSM-IV entre nativos y niños inmigrantes con bajo estatus socioeconómico residentes en Holanda. Estos procedían de Turquía, Marruecos y Surinam. En primera fase se pasó SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) a profesores de 2041 niños de 6-10 años. En segunda fase se hizo examen psiquiátrico a 253 niños con la Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA), con entrevista a padres (parte del DISC-P) y un cuestionario a profesores con 10 ítems.

-Resultados: 11% de los niños tuvieron uno o más trastorno psiquiátrico, sin diferencias entre niños nativos y no nativos en el colectivo de niños con bajo nivel socioeconómico. No encontraron diferencias entre los diferentes grupos de inmigrantes. En los holandeses la prevalencia encontrada fue de 11 (8-14) con IC95%, en marroquíes 13 (7-19), turcos 12 (4-21) y surinameses 6(5-8).

-Los trastornos externalizantes se dieron en un 9%, los trastornos del humor en un 2% y los de ansiedad en un 3%.

-En el conjunto de la muestra existió una clara relación entre prevalencia de trastornos psiquiátricos y género, psicopatología de los padres, problemas con los compañeros y problemas escolares.

-Generalmente los trastornos psiquiátricos fueron más prevalentes entre niños que entre niñas, con la excepción de los trastornos de ansiedad y del humor que no fueron diferentes entre ambos géneros.

-La psicopatología parental fue relacionada con trastornos psiquiátricos en los holandeses y turcos, pero no en los otros grupos étnicos.

- **Derluyn, Broekaert, & Schuyten (2008)**

-Estudiaron 1249 adolescentes inmigrantes en Bélgica de 99 países y 602 belgas a través de 4 cuestionarios: Hopkins Symptoms Checklist 37 for adolescents, SDQ, Stressful Life Events and Reactions of Adolescents to Traumatic Stress Questionnaire.

-Aunque los inmigrantes y los no inmigrantes no difirieron mucho en la prevalencia de problemas emocionales y conductuales, sí experimentaron los inmigrantes más acontecimientos traumáticos (26,9% frente a 12,9%), mayores niveles de problemas con sus pares y síntomas de evitación. Por el contrario los belgas tuvieron mayor frecuencia de síntomas de ansiedad, problemas externalizantes e hiperactividad.

4.1.2.-ESTUDIO ESCANDINAVO

- **Sam (2000)**

-506 adolescentes de 4 orígenes: 150 vietnamitas, 194 pakistanís, 192 turcos y 50 chilenos. Procedían de un instituto. Residentes en Noruega.

-Administraron una escala con 15 ítems de salud mental: 5 de depresión, 5 de ansiedad y 5 de síntomas somáticos. Analizaron si las variables relacionadas con los valores familiares, las estrategias de aculturación o la identidad de grupo social se relacionaban con el bienestar psicológico de los inmigrantes.

-Encontraron que aunque los tres tipos de variables podían influir, la identidad de grupo social mostró el mayor poder predictivo.

4.1.3.-ESTUDIO GRIEGO

- **Kolaitis, Tsiantis, Madianos, & Kotsopoulos (2003)**

-Estudiaron 276 niños inmigrantes procedentes de la Unión Soviética tras su disolución, residentes en un barrio trabajador de Atenas, Grecia. Fueron 138 niños y 138 niñas, entre 8 y 12 años, procedentes de 22 colegios públicos de primaria. Residían en Grecia desde hacía entre 1 a 3 años. Se compararon con 251 niños nativos de las mismas escuelas y clases.

-En una primera fase utilizaron el Rutter Questionnaire of Children's Behaviour for Teacher (punto de corte 9) y el Educational Achievement Questionnaire. En la segunda fase en la que había 65 inmigrantes y 41 nativos emplearon el K-SADS-P (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present Episode Interview), el CGAS, CBCL, Social Competences Scales y el Family Assessment Device.

-Resultados: no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre inmigrantes y nativos en términos de diagnósticos según DSM-III-R y competencia social. Comparando subescalas encontraron que los nativos hombres participaban más frecuentemente en actividades sociales y tenían mejores relaciones con sus pares, mientras que las niñas inmigrantes tenían más contactos con amigas.

-Encontraron diferencias entre los grupos respecto al rendimiento académico siendo peor entre los inmigrantes, particularmente en áreas de lenguaje.

-La ausencia de psicopatología no garantizó un buen pronóstico ya que el peor rendimiento académico en los niños inmigrantes por sí mismo fue un factor de riesgo para problemas psicosociales futuros y para no poder conseguir los objetivos deseados en la vida. Por ello dados los resultados proponen que se haga refuerzo en clases de lenguaje para los inmigrantes.

4.2.-ESTUDIOS NORTEAMERICANOS

4.2.1.-ESTUDIOS EEUU

Estudios conducidos en Estados Unidos desde principios de los 80 han encontrado de manera consistente que los inmigrantes tienen menor prevalencia a lo largo de la vida de trastornos de ansiedad, trastorno del humor y abuso de sustancias que los nativos nacidos en EEUU. Esto se ha visto en estudios de Americanos Mejicanos(Grant et al., 2004), Hispanos en general (Ortega, 2000) y blancos de origen no hispano.

- **Breslau, Borges, Saito et al (2011) Breslau, Borges, Tancredi et al. (2011b)**

-Encontraron menor riesgo para trastorno psiquiátrico entre inmigrantes que entre nativos nacidos en USA, con $OR=0,7$ ($IC_{95\%}, 0.5-0,9$). Sin embargo hallaron que la inmigración a edad temprana y la mayor duración de residencia en USA se asociaba con mayor riesgo de trastorno psiquiátrico entre los inmigrantes, llegando a cifras similares a los nativos. Los datos que encontraron fueron:

1.-Los niños nacidos en USA de inmigrantes tuvieron igual riesgo de trastorno que los nativos con 4 abuelos nativos.

2.-Inmigrantes que llegaron a USA en la infancia, antes de los 13 años, y por lo tanto sufrieron socialización en USA, tuvieron igual riesgo para trastorno del humor y de control de impulsos que los nativos. No ocurre lo mismo con el abuso de sustancias: los niños nacidos fuera de USA tuvieron menor riesgo para abuso de sustancias que los inmigrantes nacidos en USA.

3.-El menor riesgo entre los inmigrantes de trastorno mental se observó tanto en los inmigrantes que habían emigrado en su adolescencia (de 13 a 19 años) como en los que lo habían hecho de adultos (mayor de 20).

4.-Las diferencias entre inmigrantes y nativos se dieron en los diferentes grupos étnicos. (Breslau, Borges, Hagar, Tancredi, & Gilman, 2009). En la población de Méjico, países del Este de Europa, africanos o caribeños el riesgo para trastornos fue menor en relación a los nativos de USA siempre que hubieran llegado a una edad mayor de 13 años. No se dio la misma asociación entre personas de Europa Occidental o Puerto Rico.

5.-Las mayores diferencias que favorecieron a los inmigrantes respecto los nativos ocurrieron en los primeros años de inmigración. Al cabo de un tiempo las cifras se igualaron.

Sugirieron que el proceso de homogeneización entre la menor prevalencia para trastorno psiquiátrico entre inmigrantes al mayor riesgo entre nativos ocurre en una simple generación. De esta forma el riesgo para enfermedad mental se convierte en una característica similar al peso y altura, que cambia rápidamente en los inmigrantes. Este patrón es compatible con el proceso de socialización en EEUU.

Por otra parte los mismos autores (Breslau, Borges, Tancredi et al., 2011a) compararon una muestra de 554 inmigrantes nacidos en Méjico tras llegar a EEUU, con 2519 mejicanos en su país. Encontraron un mayor riesgo significativo para iniciar clínica de ansiedad y depresión entre los inmigrantes que entre los mejicanos que no habían salido de su país ($OR 1,42$; 95% ; $1,04-1,94$). Este fue el primer estudio que estudió el colectivo mejicano en su país y tras emigrar, con

INTRODUCCIÓN

resultados consistentes con la hipótesis del efecto adverso de la migración sobre la salud mental de los inmigrantes y en contra de la paradoja del inmigrante.

- **Jaycox** (Jaycox et al., 2002) (Kataoka, Stein, Jaycox, Wong, Escudero, Tu, Zaragoza, & Fink, 2003a)

Evaluaron 1004 niños recién llegados a EEUU procedentes de Países Latinos, Corea, Rusia y Armenia.

-Utilizando los cuestionarios de The Life Events Scale, el Child TEPT Symptom Scale Measure, y Children's Depression Inventory de Kovacs, encontraron que un 22% de los niños tuvieron síntomas de estrés postraumático (TEPT) que se asociaron a exposición a experiencias de violencia recientes o a lo largo de su vida.

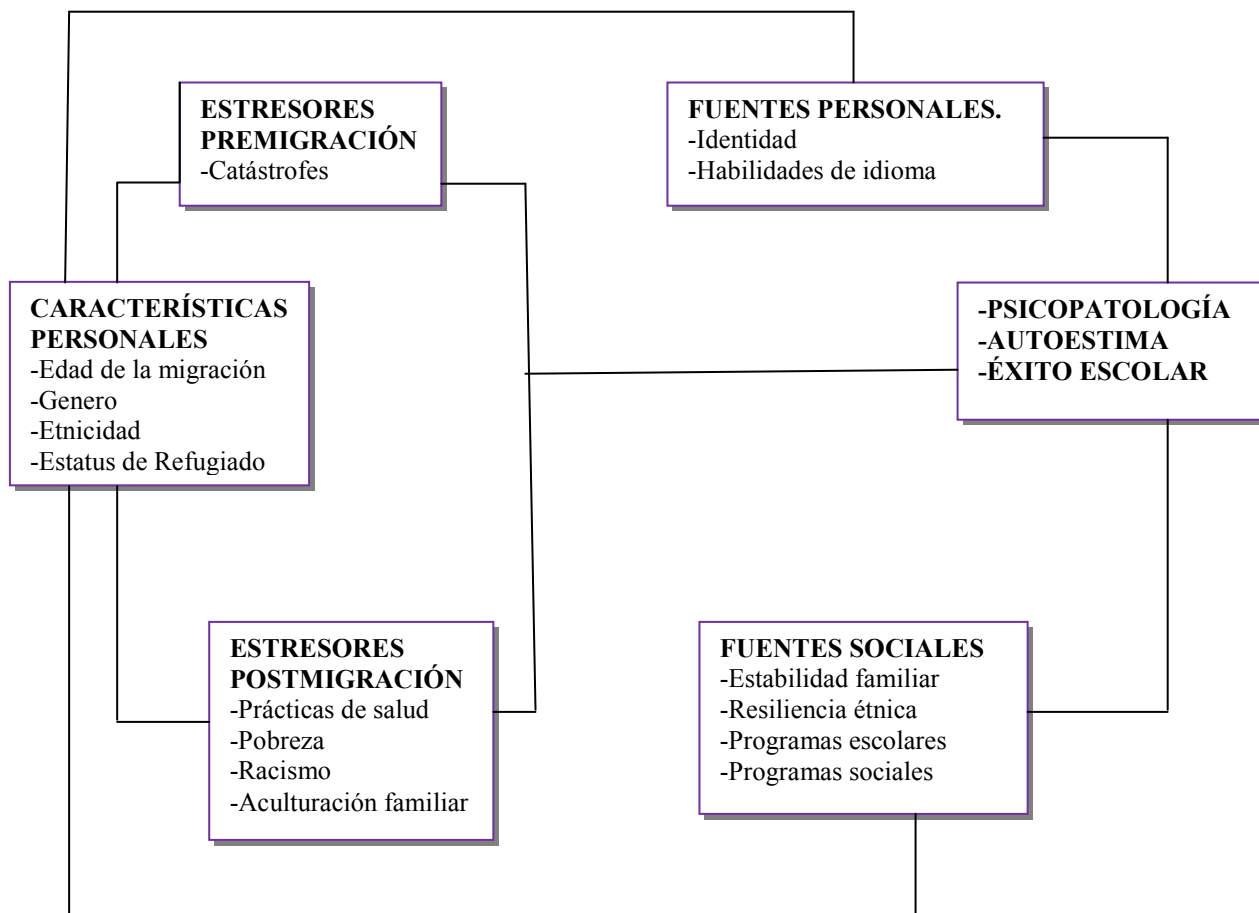
-Dados los resultados que obtuvieron pusieron en práctica un programa de salud mental para inmigrantes latinos que habían estado expuestos a la violencia. Propusieron una intervención de 8 sesiones para realizar en grupo en los centros escolares, cognitivo-conductual, y demostraron que esta intervención reducía los síntomas de TEPT, reduciendo la estigmatización que suponía ir a recursos de salud mental. (Kataoka, Stein, Jaycox, Wong, Escudero, Tu, Zaragoza, & Fink, 2003b).

4.2.2.-ESTUDIO CANADIENSE

- **Beiser, Dion, Gotowiec, Hyman, & Vu (1995)**

Debido a que Canadá entre 1986 y 1991 acogió 819.000 inmigrantes y refugiados y que de ellos un 19% (157.000) fueron niños menores de 12 años, los autores se cuestionaron cómo influyó la inmigración en la salud mental. Para ello hicieron una revisión de la literatura a fin de poder establecer programas y servicios apropiados a ellos.

Desarrollaron un modelo conceptualizando el efecto de las diferentes variables en la salud mental de los niños inmigrantes y refugiados. Las características personales y sociales junto a los estresores pre y post migración afectan directamente al bienestar. Dichas características se muestran en la figura 1.

Figura 1. Contingencias y pronóstico migración

4.3.-ESTUDIOS AUSTRALIANOS Y ASIÁTICOS.

- **F. K. Wong, Chang, & He (2009)**

-Estudiaron 625 niños, estudiantes de primaria y secundaria, hijos de trabajadores emigrantes residentes en Shanghai. Emplearon el “Revised Child Anxiety and Depression Scale” (RCADS), el “Parent-child Relationship Inventory” y el “Relationships in School Scale”.

-Hallaron una prevalencia de ansiedad de separación de 4.85%, fobia social 8,32%, trastorno obsesivo compulsivo 5%, trastorno de pánico 5,19%, ansiedad generalizada 8,32% y depresión 7,15%. Las variables con las que más relación se encontró fueron: género masculino, mayor edad, conflictos en la relación con los padres, y discriminación en la escuela, siendo esta la más significativa (OR=4.53%).

En otro trabajo que publicaron en el 2010 encontraron que influyen mucho las relaciones que tienen los niños con sus padres y con los pares.(D. F. Wong, Chang, He, & Wu, 2010)

5.-TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON LA EMIGRACIÓN

5.1.-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).

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.

5.2.-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.

5.3.-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) así como ansiedad, depresión y conductas regresivas (Chimienti, Nasr, & Khalifeh, 1989)

5.4 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. 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 (kappa 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.

6.-VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL INMIGRANTE

Pasamos a describir las diversas variables que se han recogido de la literatura relacionada con la salud mental en los niños inmigrantes.

6.1.-ESTRESORES PREMIGRACIÓN

-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 a mbos 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

6.2.-ESTATUS DE REFUGIADO

El número de 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. En España se concede el estatus de refugiado de manera excepcional.

Los factores estresantes a los que la mayoría de refugiados están expuestos se dan en tres momentos diferentes:

1.-Primero 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.

2.-Segundo en el campo de refugiados. La permanencia en un campo de refugiados también 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,

3.-Tercero en el país de acogida. 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 la tabla 4 (Fazel&Stein, 2002).

Tabla 4.-Factores riesgo niño refugiado

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

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

INTRODUCCIÓN

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 la tabla 5.

Tabla 5.-Trastornos asociados a estatus refugiado en niños

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

- Recuerdo recurrente del acontecimiento
- Reexperimentación aspectos del trauma: pesadillas, imágenes visuales, et
- Estado de hiperalerta

OTROS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

- Marcada ansiedad y preocupación
- Problemas de sueño
- Síntomas somáticos incluyendo dolores de cabeza y abdominal.

DEPRESIÓN

- Animo bajo
- Pérdida de la capacidad de disfrutar
- Disminución resultados académicos.

TRASTORNOS DE CONDUCTA

En un estudio con niños camboyanos refugiados (Sack et al., 1993) seguidos durante 6 años se encontró que 47% tuvieron un diagnóstico del eje I y con frecuencia presentaron comorbilidad. Encontraron unas tasas de TEPT, 21% de depresión y 10% de ansiedad. Tres años después siguieron teniendo un 48 % de TEPT y 41% de depresión., cifras que continuaron altas a los 6 años.

Fazel & Stein (2003) estudiaron una muestra de 115 refugiados entre 5 a 18 años, procedentes de 3 países (Balcanes, Kashmir y Afganistan) Los compararon con niños de grupos étnicos minoritarios, residentes también en Oxford. Utilizaron el SDQ, encontrando un SDQ con puntuación significativa en un 27% de los refugiados frente a 9% de los inmigrantes no refugiados. Tuvieron mayor puntuación total y mayor puntuación en problemas emocionales. A partir de los resultados para dicho colectivo desarrollaron programa terapéutico. (Fazel, Doll, & Stein, 2009)

Para conocer el efecto de estar separados de los padres, en Bélgica (Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009) se estudió a 1294 adolescentes refugiados (10% de dichos adolescentes habían estado separados de los padres). Utilizaron tres cuestionarios para conocer la prevalencia de experiencias traumáticas, ansiedad, síntomas de depresión, y estrés posttraumático. Encontraron que aquellos con separación de ambos padres sufrieron tres veces más acontecimientos traumáticos que si hubieran estado con los padres. El haber estado separado de los padres se consideró un factor de riesgo para tener ansiedad, depresión y estrés posttraumático.

6.3.-CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

6.3.1 SEXO

La diferencia en las demandas de socialización hacia las hijas comparada con los hijos en familia de inmigrantes, sobre todo en familias de culturas más tradicionales, podría explicar las diferencias en el efecto de la migración en los problemas de conducta en niños y niñas. (Dion, Dion, 2001) La emigración en la adolescencia supondría un mayor riesgo para las mujeres.

Vollebergh et al (2005) hallaron que los padres inmigrantes en Holanda encontraron más trastornos internalizantes, problemas sociales y de atención en sus hijas que los padres holandeses nativos, pero no ocurrió lo mismo con sus hijos. Bengi-Arslan et al (1997) también encontraron mayores diferencias en trastornos de ansiedad/depresión entre inmigrantes turcos y niñas holandesas. De este modo el efecto que tuvo la migración sobre los trastornos internalizantes fue mayor entre las niñas que entre los niños.

Por el contrario Oppedal y Roysamb (2004) hallaron que los niños migrantes tuvieron más depresión y síntomas de ansiedad que los niños nativos noruegos, mientras que en las niñas dicho efecto estuvo ausente. Beiser et al (2002) también encontraron que los niños inmigrantes tuvieron mayores niveles de problemas emocionales que las niñas inmigrantes. Otros estudios también describieron mayores diferencias en los problemas externalizantes registrados por los profesores entre inmigrantes y niños holandeses nativos que entre las niñas inmigrantes y holandesas nativas. (Zwirs et al, 2006), (Stevens et al, 2003), (Vollebergh et al, 2005)

6.3.2.-EDAD.

La mayoría de los estudios no examinan el efecto de la edad probablemente porque el rango de edad en la mayoría de los estudios fue limitado.

En el estudio ya citado de Bengi-Arslan, (1997) el predominio de problemas conductuales en los niños inmigrantes turcos respecto a los holandeses se dio entre los 4 y 11 años, pero no por encima de los 12.

Lo contrario se encontró en el estudio de Stevens (2003) que en inmigrantes marroquíes en Holanda encontró menores tasas de trastornos de conducta en edades entre 4 y 11 años respecto los holandeses, pero que fueron creciendo en el grupo de 12-18.

La capacidad de adaptación tiende a disminuir con la edad, de modo que los niños en edad escolar no tienen tanta capacidad como los preescolares. En los adolescentes los efectos de la emigración dependerán de sus experiencias vitales anteriores y del grado de integración de su personalidad. El adolescente cuestiona los roles parentales; en un adolescente con padres

inmigrantes esta crítica puede llegar a ser mayor porque los códigos de la cultura de origen transmitidos por los padres no son en muchos casos los mismos que los de la cultura de acogida. El adolescente compara y evalúa los diferentes códigos culturales que se le ofrecen a él; esta percepción distanciada de lo que le transmite su familia puede crearle un conflicto. Si se trata de un adolescente inmaduro la emigración puede suponer un desencadenante de manifestaciones psicopatológicas. (Baubet, Moro, 2009)

6.3.3.-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)

6.4.- PSICOPATOLOGÍA DE LOS PADRES.

La depresión maternal y parental ha sido asociada al pronóstico en el desarrollo de los niños. Así la depresión materna y un difícil entorno social se ha correlacionado 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.

6.5 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”.

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 marginalización.

1. Asimilación es la estrategia asociada a rechazar los valores culturales de uno a favor de las prácticas culturales del país dominante.
2. Integración representa el mantenimiento de la propia identidad cultural mientras que se participa en los valores culturales de la cultura dominante.
3. Separación representa la estrategia asociada a mantener las normas culturales previas y no participación en las normas culturales del país dominante.
4. 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

INTRODUCCIÓN

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 & 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, & 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, & 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 por la bibliografía. Tang & 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.

6.6.- ACULTURACIÓN ASIMETRICA.

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 & 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”).

Estudió 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.

6.7.-ESTRÉS ACULTURATIVO:

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 (Collazos, Qureshi, Antonín, & Tomás-Sábado, 2008). 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 & Vega, 2003) y la frecuente experiencia de discriminación. Aunque esté compuesto de diferentes factores, desde el punto de vista psicométrico el estrés de la inmigración es unitario. Se ha desarrollado un instrumento que permite medir el estrés de la migración: la escala Barcelona de estrés del inmigrante (BISS) (Tomas-Sabado, Qureshi, Antonin, & Collazos, 2007), que incluye los tres componentes mencionados y que pasamos a analizar.

1.-Duelos: esta fuente de estrés de la inmigración es la relacionada con las pérdidas asociadas con 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

2.-Choque cultural: los estresores de la aculturación son todos los relacionados con vivir en una nueva cultura. Los cambios implican que los individuos deban adopten nuevos roles. Cualquier cambio profundo tanto de las normas culturales, como los roles puede ocasionar un importante estrés.

3.-Discriminación. 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 (Hovey & Magana, 2002)

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 & 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.

Sodowsky & 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 (Duarte et al., 2008) 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 las siguientes conclusiones:

- 1.- la aculturación de los jóvenes no estuvo asociada con síntomas psiquiátricos en los jóvenes.
- 2.- la aculturación de los padres tanto en Nueva York como en San Juan sí estuvo asociada a síntomas de conductas antisociales en los jóvenes.
- 3.-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 peso de dicho factor disminuyó con el tiempo.

4.-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.

6.8.-SITUACIÓN DE ILEGALIDAD

En el último cuarto de siglo los patrones de inmigración a los Estados Unidos y a otros países industrializados como España han cambiado. Así, mientras que hace años los trabajadores extranjeros en su mayoría eran estacionales y sus familias permanecían en sus países de origen, actualmente los inmigrantes incluyen muchas familias con niños. En el 2008 había 1,5 millones de niños inmigrantes sin documentos en los EEUU y 4 millones de niños nacidos en EEUU con al menos uno de los padres en condición de inmigración ilegal. Según el grado de medidas restrictivas de cada país dichos padres en ocasiones van a 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 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, & Barth (2004) encontraron que uno de cada cinco niños con los padres recientemente arrestados tenían clínica significativa de problemas internalizantes (depresión, ansiedad) y uno de cada tres tenían clínica de problemas externalizantes (agresión, problemas de atención, problemas de conducta)

Planteó McLeigh (2010) cómo 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.

6.9.-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 mejicanos residentes en EEUU son más tardíos en

inmunizar a sus hijos (Gergen, Ezzati, & Russell, 1988), mujeres negras extranjeras embarazadas tienen menor número de visitas pre o post natales (Cabral, Fried, Levenson, Amaro, & Zuckerman, 1990) y muchos grupos de inmigrantes utilizan menos los servicios de salud en general. Un estudio en Québec (Dussault, 1992) most ró 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.

6.10.-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, Kolody, & Vega, 2000) (Finch & Vega, 2003). Los resultados de Finch tras estudiar 3012 mejicanos residentes en EEUU fueron que el grado de depresión se correlacionaba directamente con el grado de discriminación percibida; lo mismo se encontró entre adolescentes (Berkel et al., 2010) (Kuperminc, 2009).

La experiencia de discriminación en jóvenes adolescentes mejicanos fue relacionada no únicamente con problemas de salud mental internalizantes y externalizantes (N. A. Gonzales et al., 2008) (Smokowski & Bacallao, 2007) (Romero, Martinez, & Carvajal, 2007) sino también con resultados académicos (Degarmo & Martinez, 2006)

Greene, Way, & Pahl (2006) 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.

En el estudio de Potochnick & 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.

6.11.-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

INTRODUCCIÓN

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, & 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, & 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 barriadas, 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, & 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.

6.12.- 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 & 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 mejicanos 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. (Alegria et al., 2008)

Respecto la utilización de los servicios de salud mental (Alegria, Mulvaney-Day, Woo et al., 2007) 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.

6.13- RETORNO MIGRATORIO.

Se han publicado estudios para conocer lo que ocurre con los niños inmigrantes a su regreso al país de origen. Vuorenkoski et al.(1998) investigaron síntomas depresivos y problemas conductuales en 320 niños y adolescentes que habían residido en Finlandia y que regresaron a su país de origen, Suecia, tras un periodo de un año y de 6 años, comparándoles con niños controles. Encontraron que había dos variables que influían en su salud mental: el sexo y la edad al retorno. De esta forma los niños varones que habían retornado antes de la pubertad tuvieron más problemas psiquiátricos que los controles, tanto al año como a los 6 años, aunque los síntomas tendieron a remitir con el paso del tiempo. Las niñas sin embargo no presentaron mayor frecuencia de alteraciones. Los niños y niñas que habían retornado durante la pubertad únicamente tuvieron más problemas psiquiátricos que sus controles al cabo de 6 años y no al año del retorno. No hubo diferencias entre ambos sexos. Así los niños que regresaban antes de la pubertad al expresar sus dificultades de adaptación de una manera más visible recibieron atención y cuidado con prontitud, mientras que los mayores, cuyas reacciones fueron menos manifiestas no dispusieron de atención adicional, originando un aumento de síntomas en la segunda fase. Una variable que consideraron que influía en el bienestar mental fue el adecuado control del idioma. (Vuorenkoski, Kuure, Moilanen, Penninkilampi, & Myhrman, 2000). Agrupando los niños según la utilización de los idiomas, sueco y finlandés, encontraron que en los grupos en los que se dominaron ambas lenguas tuvieron menos riesgo de enfermedad que en los caracterizados por el uso mezclado de dichos idiomas o deficiencias sustanciales en el lenguaje después del retorno.

6.14.-UTILIZACIÓN DE 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 en nuestros pacientes.

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.

Garrison et al., (1999) desarrollaron el programa AMIGO 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

INTRODUCCIÓN

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 EEUU.

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, y 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.

7.-POBLACIÓN INMIGRANTE EN PALMA DE MALLORCA

Tras la revisión de la bibliografía pasamos a conocer el estado de la inmigración en España durante el año 2009, año en que se inicia nuestro estudio. De la población que reside en nuestro país en dicho año, más de 6 millones de personas han nacido en el extranjero, cifra que supone un 13,5% del total.

Tres cuartas partes del crecimiento demográfico de España de la última década se ha debido a la llegada de personas nacidas en el extranjero.

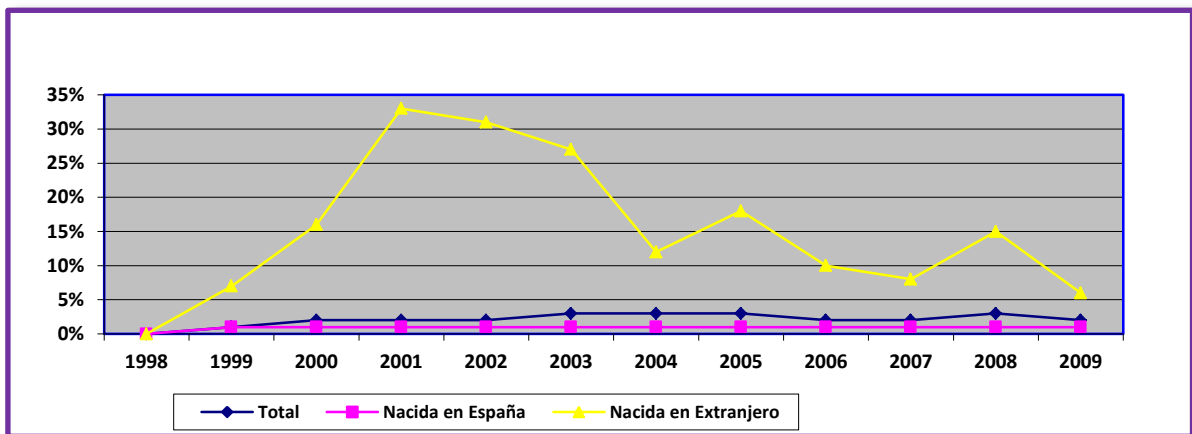
La evolución de la población en España viene registrada por los datos de la tabla 6 elaborada a partir de los datos del INE. Se puede apreciar que en 10 años se ha pasado de 1.173.763 extranjeros en el 1999 a 6.418.100 en el 2009.

Tabla 6.-Evolución de la población en España

	<i>TOTAL</i>	<i>NACIDO ESPAÑA</i>	<i>NACIDO EXTRANJERO</i>
1998	39.852.651	38.678.883	1.173.767
1999	40.202.160	38.943.104	1.259.054
2000	40.499.791	39.027.332	1.472.458
2001	41.116.842	39.145.572	1.969.270
2002	41.837.894	39.243.842	2.594.052
2003	42.717.064	39.414.624	3.302.440
2004	43.197.684	39.503.878	3.693.806
2005	44.108.530	39.717.046	4.391.484
2006	44.708.964	39.871.342	4.837.622
2007	45.200.737	39.950.744	5.249.993
2008	46.157.822	40.113.294	6.044.528
2009	46.661.950	40.243.850	6.418.100

Si bien durante la última década el conjunto de la población residente en España ha mantenido un crecimiento relativamente estable en relación a los años anteriores de entre el 0,7% y el 2,1% anual, en el caso de la población nacida en el extranjero se registran oscilaciones mucho más acusadas, que superan el 25% en 2001, 2002 y 2003, pero que no llegan al 10% los años 2007 y 2009

Figura 2.-Variación población España según lugar de nacimiento



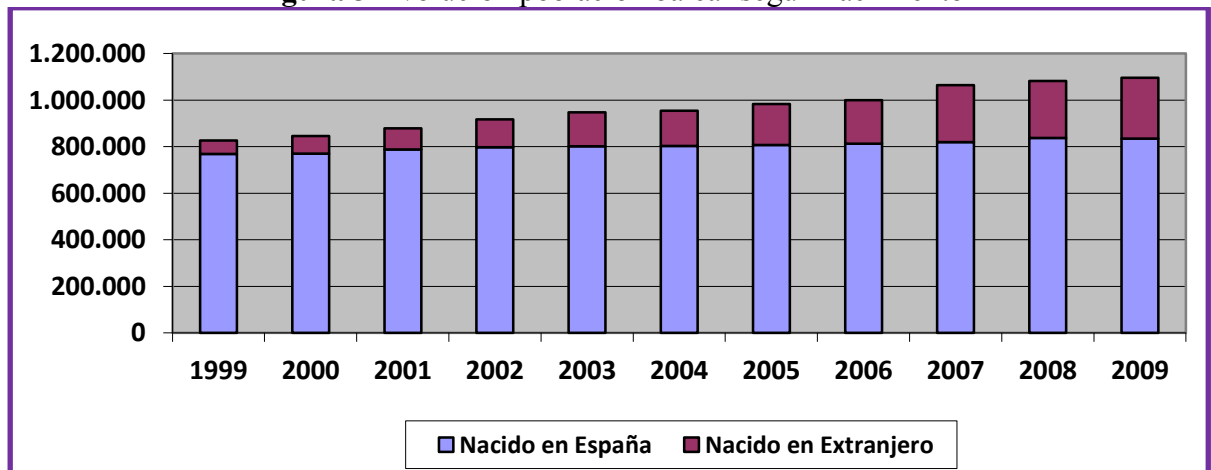
7.1.-ILLES BALEARS:

El fenómeno de la inmigración se ha extendido en la comunidad autónoma de les Illes Balears de manera similar al resto de España, pasando a convertirse en la **comunidad con mayor proporción de personas extranjeras** debido tanto a personas nacidas en países de la Unión Europea como de la de las nacidas en países extracomunitarios

Tabla 7.-Porcentaje población extranjera por comunidades

	%Extranjero/total	%UE/total	%Extracomunitario/total
Total España	13,1%	4,7%	8,4%
Illes Balears	22,9%	10,1%	12,8%
Melilla	20,1%	1,1%	19%
Madrid	18,5%	5,2%	13,2%
Comunidad Valenciana	18,3%	9,3%	9%
Canarias	17,1%	6,7%	10,4%
Cataluña	16,4%	3,7	12,6%

Figura 3.-Evolución población balear según nacimiento



Con la cifra de 261.125 nacidos en el extranjero residentes en Baleares en el 2009, se sitúa dicha comunidad en el **sexto lugar en el ranking de comunidad con mayor número de personas extranjeras**, después de Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias. (Observatori Municipal de la Igualtat,2010)

A diferencia del conjunto del Estado Español, la mitad de personas extranjeras residentes en Baleares proceden de la Unión Europea (50,9%). El siguiente colectivo es el procedente del continente americano (30,1%). Las personas nacidas en África representan el 13,5%, siendo una minoría los de Asia (3%) y resto de Europa (2,3%)

7.2.-PALMA DE MALLORCA

Durante la última década y de manera similar a como ha sucedido en Baleares, el incremento de la población en Palma (23%) se debe principalmente a la población nacida en el extranjero, que ha pasado de suponer el 5% de la población en 1999 al 23% en 2009.

Una comparación de los municipios del Estado Español muestra que Palma ocupa la **quinta posición en cifras absolutas de personas nacidas en el extranjero**, después de Madrid, Barcelona, Valencia y Zaragoza. A pesar de esto, hay algunos municipios que superan ampliamente la presencia relativa de población extranjera. En este sentido **Palma ocuparía una tercera posición con 23% de extranjeros**, tras Torre Vieja y Hospitalet de Llobregat.

Tabla 8.- Población extranjera por localidades

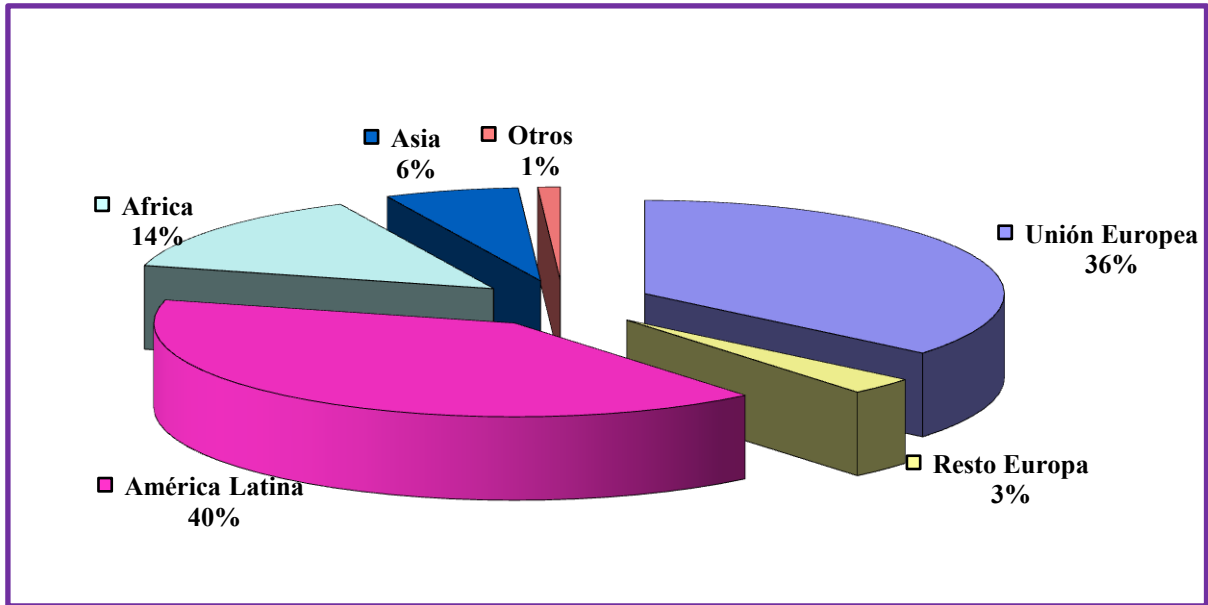
Municipio	Total	Nacido España	Nacido Extranjero	%Extranjero/ Total	%UE/Total	%Extracomunitario/ Total
Madrid	3.255.944	2.578.165	677.779	20,82%	4,11%	16,75%
Barcelona	1.621.537	1,285.885	335.652	20,70%	4,08%	16,62%
Valencia	814.218	674.091	140.117	17,21%	3,98%	13,23
Zaragoza	674,317	579.870	94.447	14,01%	5,58%	8,43%
Palma	401.270	308.709	92.561	23,07%	6,92%	16,14%
Hospitalet	257.038	193.460	63.578	24,73%	1,89%	22,84%
Torre Vieja	101.792	45.929	55.863	54,88%	30,05%	24,83%

Padrón municipal 1-1-2009

INTRODUCCIÓN

Entre las personas de nacionalidad extranjera en Palma predominan los procedentes de la Unión Europea 36% y de América Latina 40%.

Figura 4-Población extranjera de Palma por nacionalidad



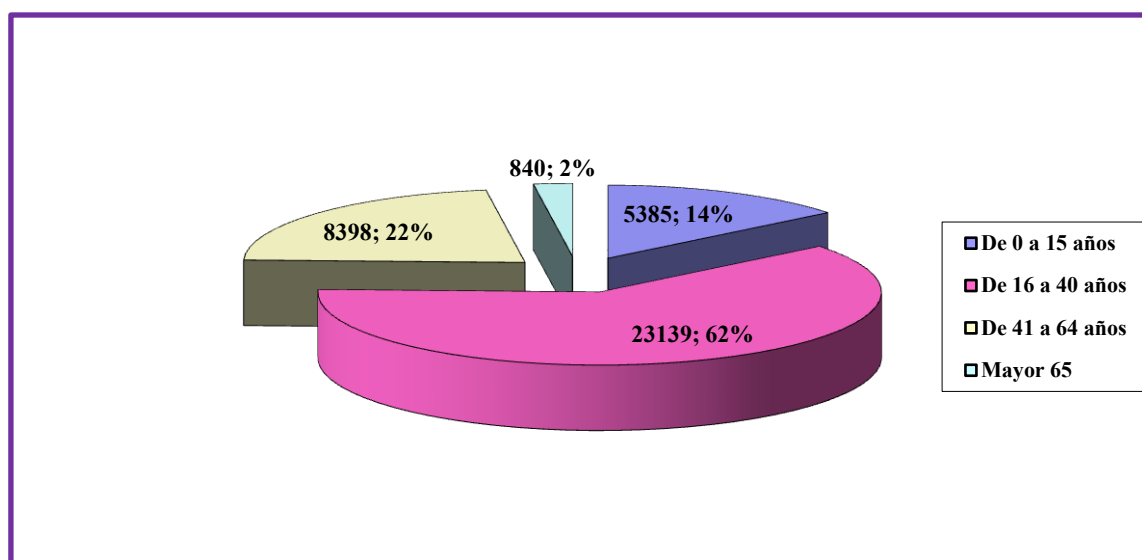
Según los datos del padrón municipal residen en Palma de Mallorca 37.762 personas de origen latinoamericano. Los países de América Latina con mayor número de emigrantes residentes en Palma son:

Tabla 9.-Población latina de Palma

Población según padrón municipal 1-1-2009	
Ecuador	7.546
Argentina	6.353
Colombia	6.202
Bolivia	5.791
Uruguay	1.929
Brasil	1.870
Chile	1.750
República Dominicana	1.309
Perú	1.296
Cuba	1.198
Paraguay	1.189

La composición según edad del colectivo extranjero es más joven que la española. Así por cada 100 personas extranjeras, 13 tienen menos de 16 años, 59 entre 16 y 40, 24 entre 41 y 64 y los 4 restantes son mayores de 65. La población española está más envejecida, teniendo entre la población en edad de trabajar 15 puntos menos, mientras que los mayores de 65 está 12 puntos por encima. Los 37.762 latinos residentes en Palma se van a distribuir según edad de la siguiente manera.

Figura 5.-Distribución de Latinos en Palma según grupo de edad

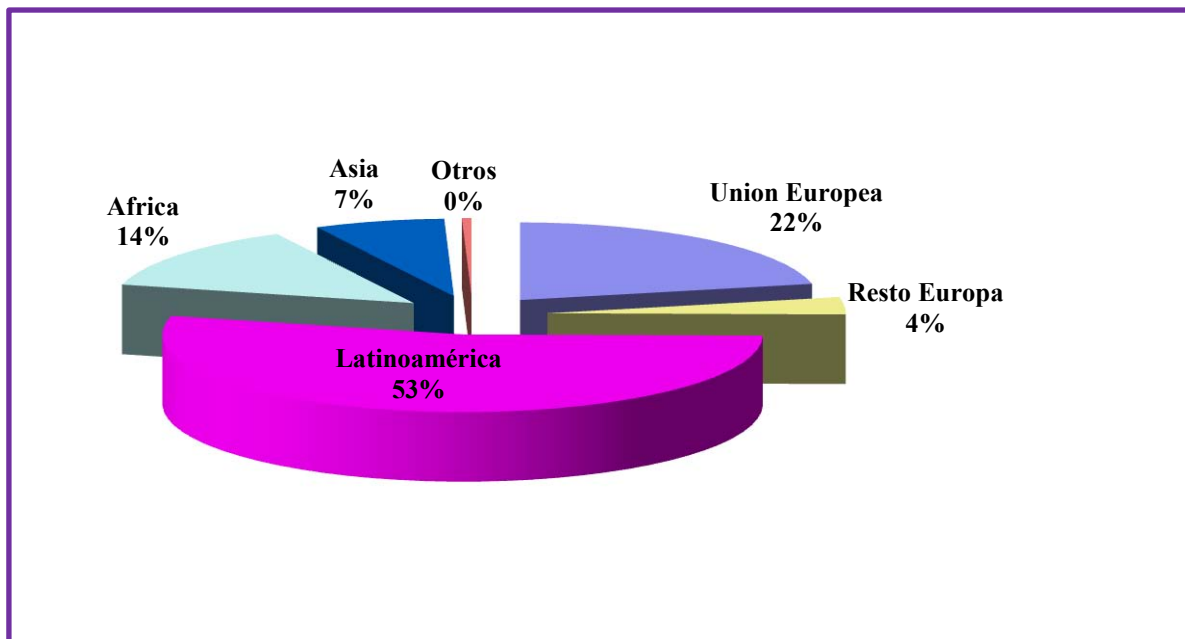


7.3.-NIÑOS LATINOS ESCOLARIZADOS EN PALMA DE MALLORCA

En el curso escolar del 2009-2010 se registraron 54.323 alumnos matriculados en enseñanza básica de centros del municipio de Palma. Dichos estudios incluyen las escoletas (0 a 2 años), educación infantil (de 3 a 5 años), educación primaria (de 6 a 11 años) y educación secundaria obligatoria (de 12 a 15 años). Una parte considerable (8.381) corresponde a alumnos de nacionalidad extranjera, principalmente extracomunitaria (6.713) frente a 1.668 de alumnado comunitario). Entre los niños extranjeros la distribución por continente de procedencia es diferente de la de los adultos. De este modo la proporción de latinos en niños es mayor que en el colectivo de adultos (Observatori Municipal de Palma, 2010).

Un 53% de los alumnos extranjeros van a proceder de América Latina. El siguiente colectivo con mayor presencia es el comunitario (21%), y africano (14%). El alumnado de nacionalidad asiática supone un 7% y el europeo no comunitario el 4%.

Figura 6-Población extranjera en Palma ente 0-15 años por nacionalidad



En el curso académico 2009-2010 en Educación Primaria, hay matriculados 24.436 niños en Palma

Tabla10.-Niños escolarizados en Primaria en Palma en curso 2009-2010

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	24.436	12.677	11.759
-ESPAÑOLA	20.729	10.739	9.990
-EXTRANJERO	3.707	1938	1.769
*COMUNITARIO	762	400	362
*EXTRACOMUNITARIO	2.945	1.538	1.407
-EUROPEO	133		
-AMÉRICA LATINA	2014		
-ASIA	264		
-AFRICA	513		
-OTROS	21		

La distribución de los niños palmesanos entre los diferentes tipos de centros escolares (público-privado) no es proporcional.

Dicha distribución varía mucho según la nacionalidad del colectivo. De esta forma los centros públicos concentran un volumen mucho más elevado de alumnos extranjeros que los centros privados y los privados concertados. Así mientras que en los públicos la concentración de extranjeros es de un 21%, en los privados y concertados sólo es de un 6%.

Tabla 11.-Distribución de los niños de Primaria entre los centros educativos

	TOTAL	EXTRANJ	PRIVADO	CONCERTAD	PÚBLICO
TOTAL	24.436	312	1.512	12.572	10.040
-ESPAÑOLA	20.729	105	1.428	11.869	7.327
-EXTRANJERO	3.707	207	84	703	2.713
*COMUNITARI	762	165	47	125	425
*EXTRACOMU	2.945	42	37	578	2.288

De los 2014 niños latinos escolarizados en primaria en Palma en el curso 2009-2010, 1693 según los datos de la Consellería d'Educació estudian en colegios Públicos y 321 en otro tipo de centros. Su distribución por país es la siguiente.

Tabla 12.-Distribución niños latinos por países

NIÑOS LATINOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA EN COLEGIOS PÚBLICOS DE PALMA 2009-2010	
Argentina	325
Bolivia	274
Brasil	65
Colombia	233
Cuba	17
El Salvador	4
Ecuador	463
Honduras	1
Méjico	11
Panamá	2
Paraguay	45
Perú	36
Puerto Rico	1
Uruguay	106
Venezuela	32
Chile	78
Total	1693

II.-HIPÓTESIS

HIPOTESIS.

La hipótesis inicial es que el proceso de inmigración en los niños provoca un aumento en la prevalencia de trastornos psiquiátricos respecto a los niños que no han experimentado dicho proceso migratorio. Nuestro estudio pretende determinar si los niños inmigrantes latinos que residen en Palma de Mallorca y con edades comprendidas entre 6 y 12 presentan más trastornos emocionales y conductuales que los niños nativos que no han emigrado.

III.-OBJETIVOS



OBJETIVOS

1.-OBJETIVOS PRIMARIOS

1.-Conocer la prevalencia total de trastorno mental en niños inmigrantes latinoamericanos entre 6 y 12 años, residentes en Palma de Mallorca.

2.-Conocer la prevalencia de cada uno de los trastornos mentales más frecuentes en la etapa infantil en los niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma.

2.-OBJETIVOS SECUNDARIOS

1.-Determinar si existen diferencias en la prevalencia de trastornos mentales entre niños inmigrantes latinos de 6 a 12 años y niños españoles de similares características sociodemográficas.

2.-Determinar si hay asociación entre prevalencia de trastorno mental en niños inmigrantes latinos y sus variables sociodemográficas.

3.-Determinar si hay asociación entre prevalencia de trastorno mental en niños inmigrantes latinos y variables relacionadas con la inmigración.

4.-Determinar si hay asociación entre prevalencia de trastorno mental en niños inmigrantes latinos y nivel de malestar psíquico de los padres.

5.-Determinar si hay asociación entre prevalencia de trastorno mental en niños inmigrantes latinos y grado de aculturación familiar.

6.-Determinar si hay asociación entre prevalencia de trastorno mental en niños inmigrantes latinos y estrés aculturativo.

OBJETIVOS

IV.-MATERIAL Y MÉTODO

1.-DISEÑO.

Se trata de un estudio observacional, de diseño transversal, de corte o prevalencia en población general.

Va a tratar de determinar la prevalencia de trastorno psiquiátrico según criterios DSM-IV en los niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años, escolarizados en colegios públicos de Palma de Mallorca. Al mismo tiempo se estudiará muestra de niños españoles de similares características sociodemográficas, con la que se compararán los datos.

2.- MUESTRA

2.1 SUJETOS DE ESTUDIO:

Se estudió a *niños inmigrantes de primera o segunda generación de origen latinoamericano, *con edades comprendidas entre 6 y 12 años, *escolarizados en los colegios públicos de Palma de Mallorca. Dichos niños se han comparado con una muestra control de niños españoles escolarizados en sus mismos centros educativos.

La selección de los niños inmigrantes se hizo en función de la nacionalidad y no del lugar de nacimiento por lo que de esta forma también se incluyeron a niños nacidos en España con al menos uno de los padres de origen latino (“segundas generaciones”)

Dentro de los países latinos se incluyeron todos los países de Centro América y Sudamérica.

2.2.-TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para determinar el tamaño de la muestra a estudiar, representativa de los 1693 niños latinos escolarizados en el curso académico 2009-2010 en Palma en centros públicos, se hizo un estudio piloto en uno de los centros escolares a estudio. Teniendo en cuenta que la proporción encontrada de trastorno psiquiátrico en dicho centro entre los inmigrantes fue de 25%, y para obtener un nivel de confianza del 95,5% y un error del 3% se estimó el tamaño de muestra necesario de 326 sujetos.

En dicho estudio piloto se encontró una cumplimentación de ambas fases del estudio de un 50% por lo que calculamos la necesidad de al menos 652 niños inmigrantes.

2.3.-TIPO DE MUESTREO

Se realizó una división geográfica de la ciudad de Palma en 7 áreas radiales. De los 31 colegios públicos ubicados en Palma de Mallorca se seleccionaron 7, uno por cada área. Los centros educativos seleccionados fueron los que tuvieron mayor representatividad de población inmigrante en cada área (Tabla 13)

Figura 7. Situación centros educativos seleccionados



Tabla 13.-Centros educativos seleccionados

- 1-Colegio Público Son Pisá
- 2.-Colegio Público Felip Bauça
- 3.-Colegio Público Marian Aguiló
- 4.-Colegio Público Jaume I
- 5.-Colegio Público Escola Graduada
- 6.-Colegio Público Santa Isabel
- 7.-Colegio Público Jafuda Cresques

En cada uno de dichos centros se seleccionaron todos los niños inmigrantes latinos de primera y segunda generación escolarizados en educación primaria, con un total de 697 niños.

También se seleccionó el grupo nativo control representante de los niños españoles. Estuvo integrado en igual número, por los compañeros de clase de los niños inmigrantes de origen español, siendo seleccionado el consecutivo en la lista escolar del mismo sexo. Se excluyeron de este grupo los niños inmigrantes de cualquier procedencia (países latinos y no latinos) o de otros países de la Unión Europea.

3.-INSTRUMENTOS

3.1.-PRIMERA FASE

En la primera fase se entregó a los padres de los niños a estudio el cuadernillo de recogida de datos para que ellos lo cumplimentaran. Este constaba de:

3.1.1.-Cuestionario que recoge variables sociodemográficas (sexo, edad, composición familiar), variables de la inmigración (país de origen, duración de su residencia en España, existencia de reunificación familiar, etc.), variables relacionadas con el grado de aculturación (deseo de regresar a su país) y estrés aculturativo (percepción de discriminación en padres o hijos) (ANEXO 1)

Tabla 14.-Codificación variables sociodemográficas

1.-SEXO	1. NIÑO 2. NIÑA
2.-EDAD	AÑOS
3.-NÚMERO DE HERMANOS	NÚMERO
4.-NÚMERO HERMANOS EN ESPAÑA	NÚMERO
5.-MADRE RESIDENTE EN DOMICILIO	1.-SI 2.-NO
6.-PADRE RESIDENTE EN DOMICILIO	1.-SI 2.-NO
7.-TRABAJO	1.-SI 2.-NO
8.-PROFESIÓN	NOMINAL
9.-CURSO ACADÉMICO	NÚMERO

Tabla 15.-Codificación variables relacionadas con inmigración

1.-PAÍS DE ORIGEN	NOMINAL
2.-TIEMPO DESDE INMIGRACIÓN	Nº AÑOS
3.-REUNIFICACIÓN FAMILIAR	1.-SI 2.-NO
4.- CONVIVENCIA PREVIA REUNIFICACIÓN	1.-PADRE 2.-MADRE 3.-ABUELOS 4.-TIOS 5.-OTROS
5.-MADRE RESIDENTE EN ESPAÑA	1.-SI 2.-NO
6.-PADRE RESIDENTE EN ESPAÑA	1.-SI 2.-NO

Tabla 16.-Codificación variables relacionadas con aculturación

1.-PROYECTO DE RETORNO	1.-SI 2.-NO, AUNQUE NOS GUSTARÍA 3.-NO
2.-RELACIÓN PERSONAS PROPIO PAÍS	1.-NADA
3.-RELACIÓN PERSONAS ESPAÑOLAS	2.-POCO 3.-ALGO 4.-BASTANTE 5.-MUCHO
4.-INTENSIDAD CONTACTO CON ESPAÑOLES	1.-ESPORÁDICO 2.-OCASIONAL 3.-A MENUDO 4.-AMIGOS 5.-FAMILIARES
5.-MANTENIMIENTO COSTUMBRES PAÍS PROPIO	1.-SI
6.-MANTENIMIENTO COSTUMBRES ESPAÑA	2.-NO

Tabla 17. –Codificación variables relacionadas con estrés aculturativo

1.-REPETICIÓN DE CURSO A CAUSA INMIGRACIÓN	1.-SI 2.-NO
3.- PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN	1.-SI 2.-NO
4.-PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN HACIA EL HIJO	1.-SI 2.-NO

Dicho cuestionario entre la población española únicamente recogía las variables sociodemográficas (ANEXO 2)

3.1.2.-Child Behavior Checklist6-18 (CBCL), cuestionario desarrollado por Achenbach (Achenbach & Edelbrock, 1983) (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach & Rescorla, 2007) que servirá para hacer el cribado de la presencia de síntomas conductuales y emocionales en los niños. (ANEXO 3). Desde 1991 el CBCL ha sido traducido a 33 lenguas y usado en diversas culturas, por lo que se ha utilizado mucho en investigaciones de epidemiología psiquiátrica. El CBCL de Achenbach ha sido adaptado en España. (Sardinero, Pedreira, & Muñiz, 1997)

Consta de dos secciones: la primera con 20 ítems de competencia social y una segunda sección de problemas comportamentales con 118 ítems (realmente son 113 ya que el ítem 56 se divide en 6 opciones para obtener más información) que pueden ser categorizados 0 (no observado), 1 (algunas veces), 2 (a menudo).

La corrección del CBCL permite obtener un informe en el que se recoge la información de:

-Competencia social: 1.-participación en actividades, 2.-interacción social y 3.-resultados académicos.

-Puntuación en escalas sindrómicas: 1.- ansiedad-depresión, 2.-depresión con aislamiento, 3.-quejas somáticas, 4.-problemas sociales, 5.-problemas del pensamiento, 6.-problemas de atención, 7.-problemas de conducta, 8.-conducta agresiva.

-Problemas internalizantes, problemas externalizantes, problemas totales.

-Diagnóstico orientado hacia DSM-IV: 1.-problemas afectivos, 2.- problemas de ansiedad, 3.-problemas somáticos, 4.-problemas de hiperactividad/déficit atención, 5.-problemas oposicionista desafiante, 6.-problemas de conducta 7.-tiempo cognitivo lento, 8. -problemas obsesivo-compulsivo 9.-problemas de estrés postraumático.

La puntuación total que refleja la psicopatología del niño se obtiene a partir de la suma de los 118 ítems, siendo dicha puntuación de “Problemas Totales” la que hemos utilizado de punto de corte. La puntuación total se transforma en puntuaciones T, según baremos diferenciados por sexo y grupo de edad (4-11, 12-18), con el objetivo de eliminar la diferencia en presencia de patología de estos grupos. El T score de 60 es el punto de corte para lo subclínico y el T score de 64 para clínico.

Para considerar screening positivo hemos utilizado el punto de corte T60, tal como aconsejan los autores del CBCL. Todos los niños con CBCL positivo, así como una proporción de los que tengan CBCL negativo pasarán a la segunda fase.

El CBCL puede ser autocumplimentado por los padres en un tiempo aproximado de 15 minutos.

3.1.3.-General Health Questionnaire (GHQ-28) (ANEXO 4) sirve de screening para determinar probables casos psiquiátricos entre los padres de los niños a estudio. Fue desarrollado (Goldberg & William, 1996) como método de identificación de casos psiquiátricos en la práctica clínica general y en la comunidad. Su primera versión constaba de 60 ítems, habiéndose desarrollado con posterioridad versiones más reducidas que incluyen 30, 28 y 12 ítems.

En este estudio elegimos la versión de 28 ítems por estar validada en España y porque con similares características de validez y poder discriminativo que el GHQ-60 representa una ventaja por su brevedad. Otra ventaja que aporta el GHQ-28 es que tiene 4 subescalas para síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión.

Para el estudio de validez interna del GHQ-28 sus autores obtuvieron para el punto de corte de 5/6 una sensibilidad de 80% una y de especificidad 88,8%.

Ha sido validado en España con el PSE9 (Muñoz, 1991) obteniéndose con punto de corte 5/6 una sensibilidad de 77% y especificidad de 78%.

La forma de puntuación del GHQ para identificar casos es el “método GHQ”, que puntúa 0-0-1-1 cada ítem y finalmente da una puntuación global. Nos va a permitir diferenciar probables casos de no casos, habiendo seleccionado el punto de corte de 5/6.

También nos permite trabajar con la puntuación total obtenida de una manera cuantitativa y con las puntuaciones de cada una de las 4 subescalas.

3.2.-SEGUNDA FASE

3.2.1.-Diagnostic Interview Schedule Children for Parents (DISC-P)

En la segunda fase se concertará una cita con los padres para una entrevista mediante el DISC IV-P, que permite llegar a un diagnóstico de trastornos psiquiátricos según la clasificación del DSM-IV (American Psychiatric Association) e ICD-10 (World Health Organization)

El DISC es una entrevista estructurada elaborada por el National Institute of Mental Health (NIMH) (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000) desde 1979, con varias versiones posteriores. Ha sido validada al español por Canino en la universidad de Puerto Rico (Bravo et al., 2001). Puede ser administrada por entrevistadores no clínicos previamente entrenados.

El DISC tiene dos versiones: el DISC-P para padres o cuidadores, para estudio de niños entre 6 y 17 años y el DISC-Y para administrar directamente a niños y jóvenes entre 9 y 17 años. Ambos cubren el mismo tipo de preguntas. Debido al rango de edad indicado y a los aspectos éticos optamos por el DISC-P.

El DISC-IV investiga la presencia de diagnósticos ocurridos durante los pasados 12 meses y las últimas 4 semanas. Consta de 6 módulos relacionados con diagnósticos de Ansiedad, Humor, Conducta disruptiva, Uso de sustancias, Esquizofrenia y Trastornos diversos. Tiene también una sección que permite hacer diagnóstico a lo largo de la vida, pero que no hemos empleado en el estudio.

Debido a que se trata de una entrevista estructurada, con respuestas limitadas y ausencia de preguntas abiertas se desarrolló la versión computerizada de la entrevista que es la C- DISC-IV. Su empleo es permitido por “the Division of Child and Adolescent Psychiatry at Columbia University” tras evaluación del proyecto en que se va a emplear. Dicho programa está disponible en inglés y español y debe instalarse en DOS o Windows.

Las respuestas las analiza un programa informático, que a través de algoritmos realiza el diagnóstico. El tiempo de cumplimentación es entre una hora y una hora y media.

4.- PROCEDIMIENTO

Dicho estudio fue autorizado por la Consellería d'Educació y por el Comité Etico de Investigación Clínica de les Illes Balears (ANEXO5).

Se procedió con la documentación formativa remitida desde la Universidad de Columbia a un entrenamiento del DISC-IV P para los entrevistadores, que fueron psiquiatras, médicos internos residentes de psiquiatría y una enfermera especialista en salud mental infanto-juvenil. Se procedió a consensuar las normas para utilizar el DISC y manejo del software.

El estudio de campo se realizó desde enero del 2010 hasta junio del 2011, de forma consecutiva en los diversos colegios, de manera que cuando se acababan las dos fases en un centro se pasaba a otro.

En cada centro escolar se hizo tras autorización de dirección una reunión informativa con los profesores y posteriormente con los padres. En la convocatoria a los padres se adjuntaba una carta informativa del estudio para todos los alumnos del centro, fueran o no a participar. (ANEXO 6)

Tras proceder a la selección de las muestras y codificación con los listados de alumnos de cada centro se prepararon los cuadernillos de recogida de información a entregar en sobres también codificados. Los profesores repartieron dichos sobres a sus alumnos para que se lo entregaran a sus padres y estos los devolvieran cumplimentados y cerrados. En dicho cuadernillo todos los datos eran anónimos.

Antes de realizar las pruebas se solicitó el consentimiento informado (ANEXO7), que formaba parte del cuadernillo de recogida de datos.

Todos los casos que pasaban a la segunda fase fueron convocados vía telefónica (único dato personal que se solicita) para realizar la entrevista DISC-IV con los padres.

5.-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

5.1 PASOS PREVIOS AL ANÁLISIS. CODIFICACIÓN

Las respuestas del cuestionario y de la entrevista se registraron según el código de identificación y por lo tanto de manera anónima. Se procedió a codificar las variables nominales: país de origen, oficio y diagnóstico según DSM-IV.

Tabla 18.-Codificación país de origen

1.-ESPAÑA	8.-PANAMA	15.-PERU
2.-MÉJICO	9.-CUBA	16.-BRASIL
3.-GUATEMALA	10.-R.DOMINICANA	17.-URUGUAY
4.-SALVADOR	11.-VENEZUELA	18.-PARAGUAY
5.-HONDURAS	12.-COLOMBIA	19.-ARGENTINA
6.-NICARAGUA	13.-ECUADOR	20.-CHILE
7.-COSTA RICA	14.-BOLIVIA	21.-PUERTO RICO

Tabla 19.-Profesión (Clasificación internacional de ocupaciones 2008) (CIUO-08)

1.-MILITARES,POLICÍA	
2.-PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES	
3.-TECNICOS-PROFESIONALES NIVEL MEDIO	
4.-APOYO ADMINISTRATIVO	
5.-SERVICIOS-	VENEDORES COMERCIOS
	CAMARERO 52
	DEPENDIENTE 55
6.-AGRICULTORES Y TRAB. FORESTALES Y PESQUEROS	
7.-OFICIALES, OPERARIOS Y	ARTESANOS
	ALBAÑIL72
8.-OPERADORES INSTALACIONES Y MÁQUINAS	
9.-OCUPACIONES ELEMENTALES	S DOMÉSTICO 91
	CAMARERA PISO 92
	LIMPIEZA 93
	OTRAS 97
10.-AMA CASA	
11.-PARO	

Tabla20.-Codificación de diagnósticos DSM-IV

- 1.-FOBIA ESPECÍFICA
- 2.-FOBIA SOCIAL
- 3.-ANSIEDAD GENERALIZADA
- 4.-ANSIEDAD SEPARACIÓN
- 5.-TRASTORNO DE PÁNICO
- 5.-TICS TRANSITORIOS .CRONICOS. TOURETTE
- 6.-TOC
- 7.-TRASTORNO DEPRESIVO
- 8.-TDAH
- 9.-TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
- 10.-MUTISMO ELECTIVO
- 11.-ENURESIS
- 12.-ENCOPRESIS
- 13.-OTROS.ASPERGER

5.2 ANÁLISIS DE DATOS

Tras la depuración de la base de datos, se realizó un análisis descriptivo de los datos, expresando frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas, con los intervalos de confianza al 95% para las más relevantes, y, en caso de variables cuantitativas, media y desviación estándar con intervalos de confianza al 95%, si mostraron una distribución aproximadamente normal, y mediana con 1º y 3º cuartil en caso contrario.

Para contrastar las hipótesis de asociación entre las variables independientes y la enfermedad psiquiátrica, se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher para variables cualitativas, t de student y ANOVA, o Mann-Whitney y Kruscal-Wallis, para cuantitativas.

Para los cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

V.-RESULTADOS

1.-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

1.1-GRADO DE PARTICIPACIÓN

La participación en la fase 1 de los 697 niños inmigrantes seleccionados en 7 centros educativos fue de un 49,64%, con 346 familias que cumplimentaron el cuaderno de recogida de información.

De ellos pudieron realizar la segunda fase (entrevista) 334 familiares (47,91% del total de la muestra), perdiéndose 12 casos (falta del teléfono para contactar, 3 fallos repetidos a la cita concertada, negación a la entrevista, traslado)

Una comparación de respondedores y muestra total no detecta diferencias entre ambas muestras respecto al país de origen, curso escolar y sexo, aunque sí se aprecia cierta tendencia a responder más en los cursos avanzados (5 y 6) respecto 1º y 2º.

Figura 8.-Distribución de respondedores por curso escolar

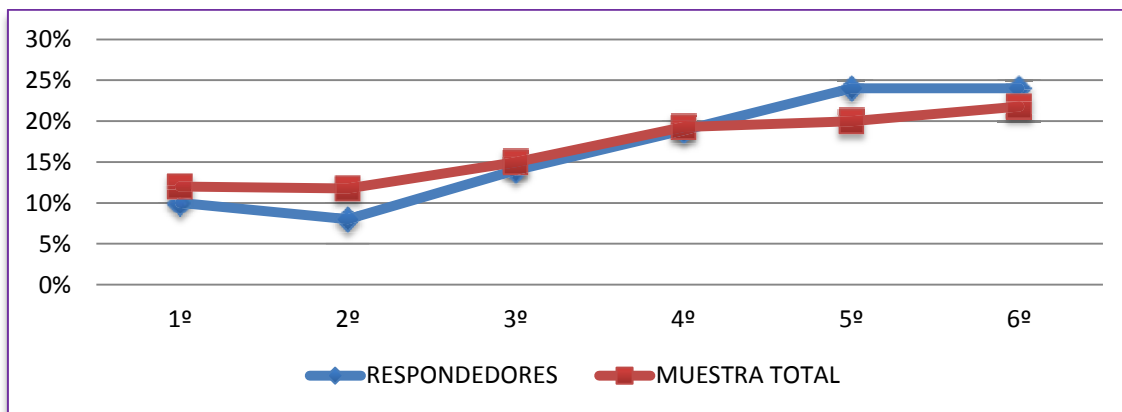


Figura 9.-Distribución de respondedores según país

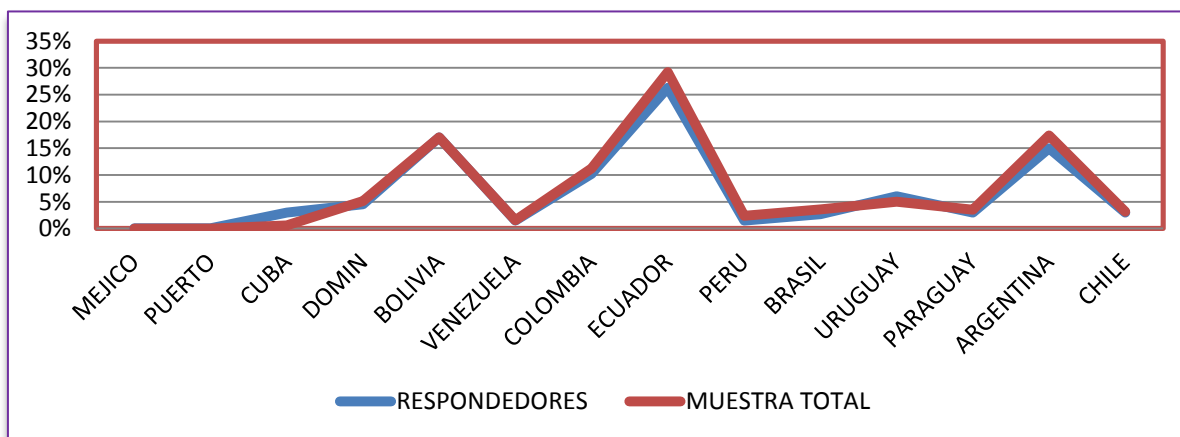
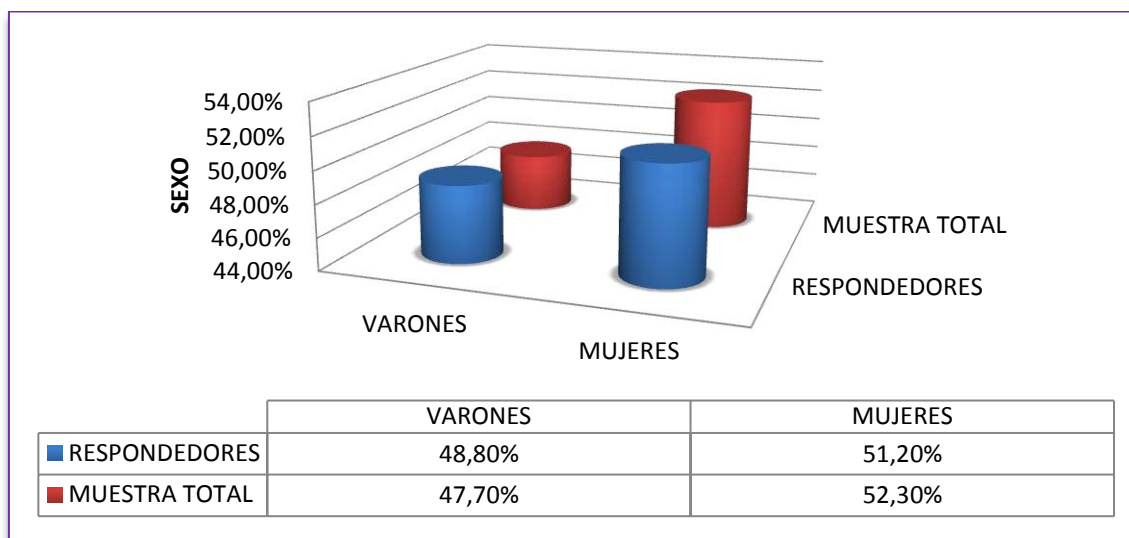


Figura 10.-Distribución de respondedores según sexo



Entre la población seleccionada por su nacionalidad española participan en la fase 1 209 familias (29,98%) y en la fase 2 191 (27,40%) tras perderse 18.

1.2-FAMILIAR QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

Tabla 21.-Familiar respondedor

	INMIGRANTES	ESPAÑOLES
MADRE	82,3%	79,1%
PADRE	17,7%	20,9%

Datos similares respecto al familiar que cumplimenta el cuestionario del estudio entre los inmigrantes y españoles.

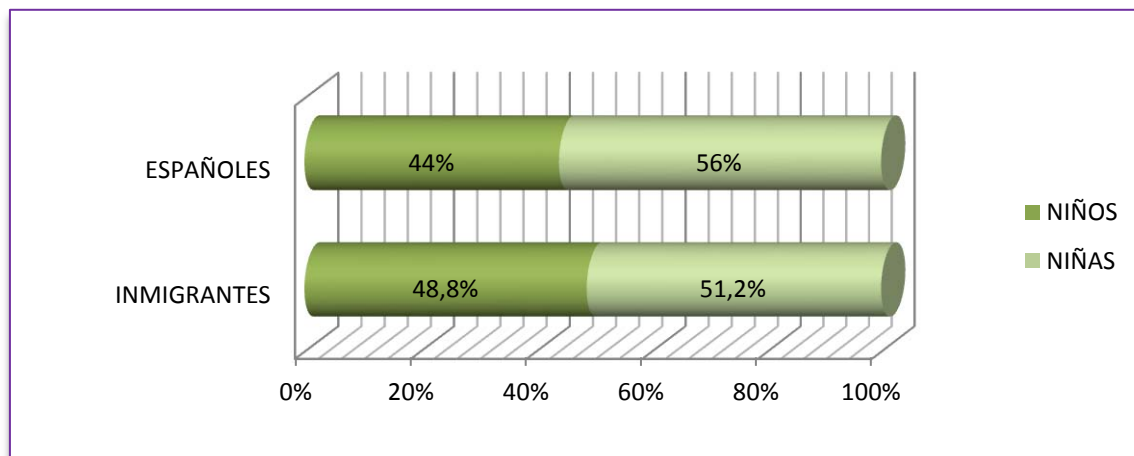
2.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

2.1.-SEXO.

La muestra de los 334 niños inmigrantes estudiados se distribuye según sexo en 163 niños (48,8%) y 171 niñas (51,2%).

La de los niños españoles tiene 84 niños (44%) y 107 niñas (56%)

Figura 11.-Distribución según sexo



2.2.- CURSO ACADÉMICO:

Figura 12.-Distribución de niños inmigrantes por curso escolar

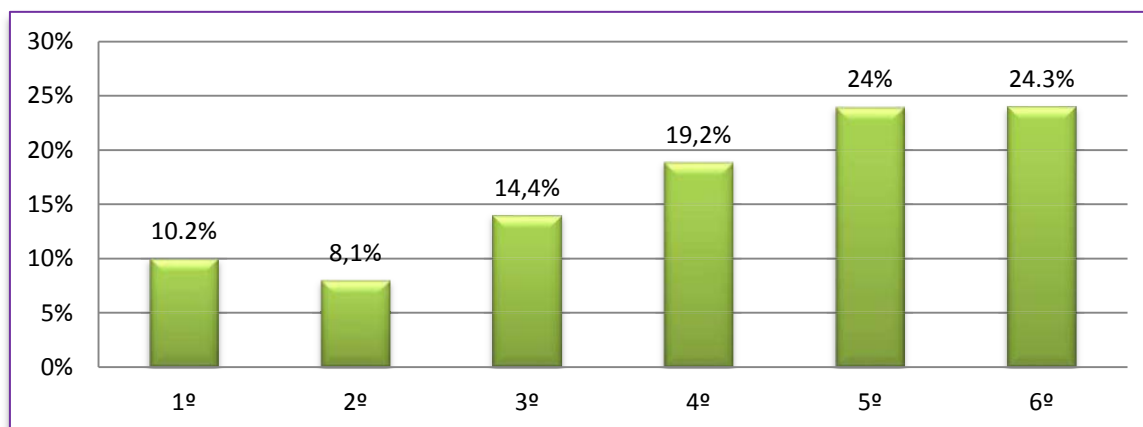


Tabla 22.-Distribución por curso escolar

	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
PRIMERO	34	10,2%	22	11,5 %
SEGUNDO	27	8,1%	13	6,8%
TERCERO	48	14,4%	33	17,3%
CUARTO	64	19,2%	31	16,2%
QUINTO	80	24%	53	27,7%
SEXTO	81	24,3%	40	20,5%

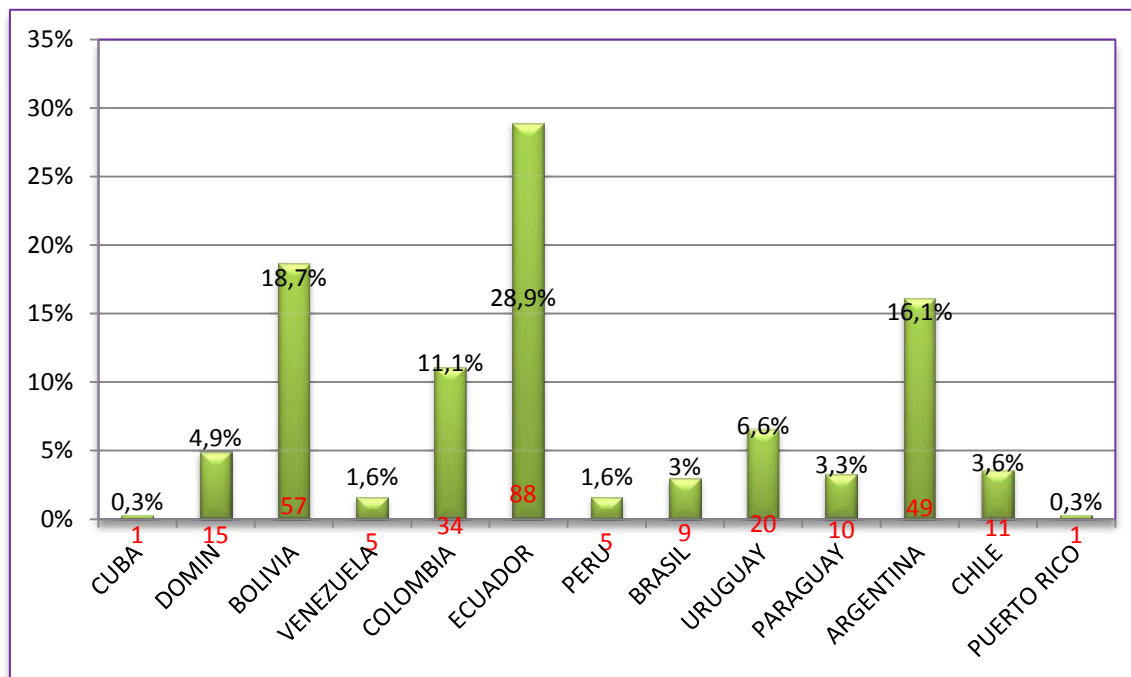
2.3.- NACIONALIDAD

De 29 niños inmigrantes (8,7%), no sabemos el país de origen, correspondiendo principalmente a inmigrantes de segunda generación. El resto, 305 niños, se distribuyen según el país tal como aparece en tabla 23:

Tabla 23.-Distribución inmigrantes por nacionalidad

PAÍS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
Argentina	49	14,7%	16,1%
Bolivia	57	17,1%	18,7%
Brasil	9	2,7%	3%
Colombia	34	10,2%	11,1%
Cuba	1	0,3%	0,3%
Ecuador	88	26,3%	28,9%
Paraguay	10	3%	3,3%
Perú	5	1,5%	1,6%
Puerto Rico	1	0,3%	0,3%
R. Dominicana	15	4,5%	4,9%
Uruguay	20	6%	6,6%
Venezuela	5	1,5%	1,6%
Chile	11	3,3%	3,6%
Total	305	91,3%	100%
Missing	29	8,7%	
Total	334	100%	

Figura 13.-Distribución inmigrantes por país de origen



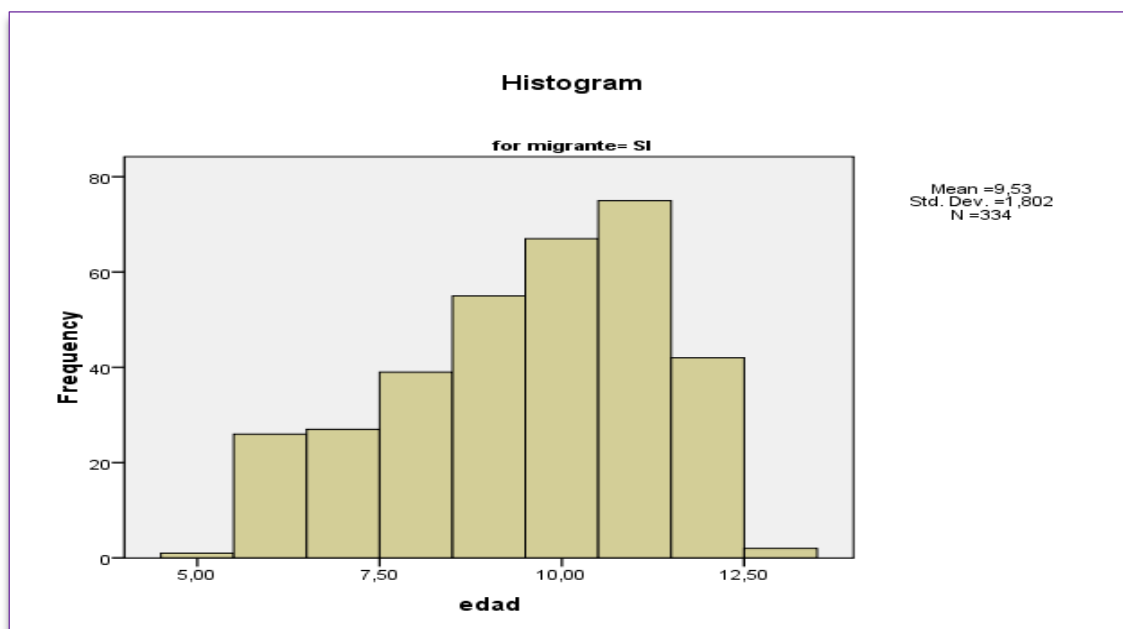
2.4.- EDAD.

La media de la edad de los niños inmigrantes es de 9,53 años (IC95%:9,33-9,72).

Tabla 24.-Distribucion inmigrantes por edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	1	0,3%
6	26	7,8%
7	27	8,1%
8	39	11,7%
9	55	16,5%
10	67	20,1%
11	75	22,5%
12	42	12,6%
13	2	0,6%
Total	334	100%

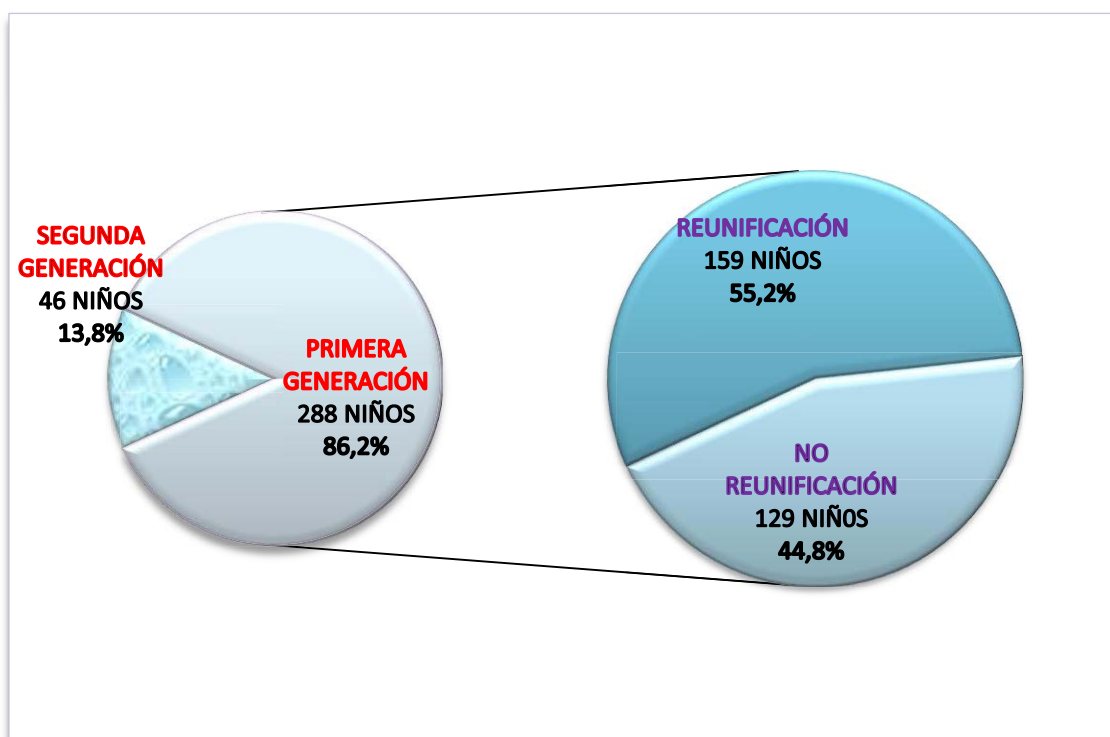
Figura 14.-Edad niños inmigrantes



En la muestra hay 288 niños inmigrantes de primera generación (86,2%), que han nacido en su país de origen y han realizado proceso migratorio. El resto 46 niños (13,8%) han nacido en España, pero poseen la nacionalidad de sus padres: inmigrantes de segunda generación.

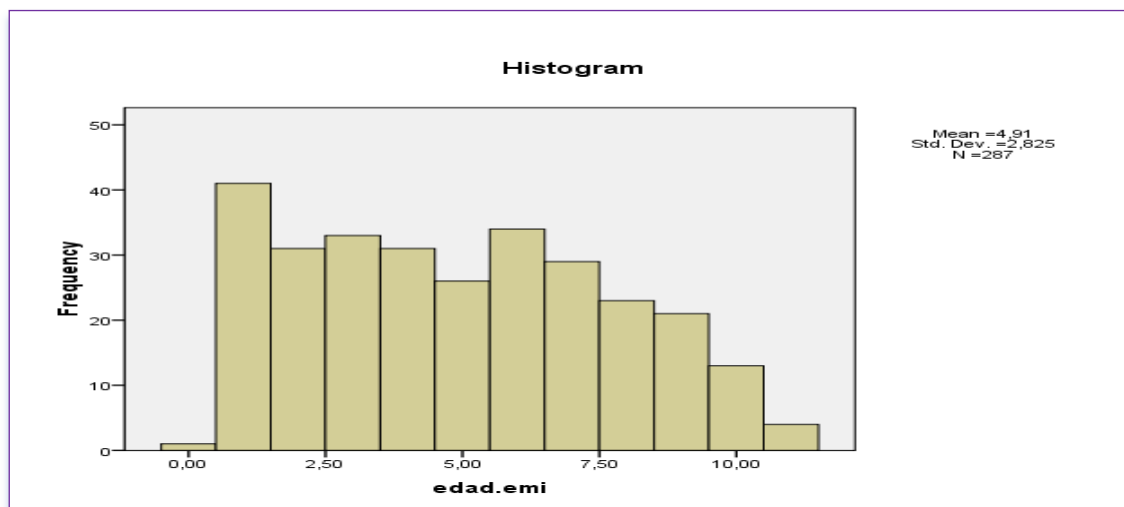
De los inmigrantes de primera generación un 55,2% de los niños (159) han experimentado el proceso de reunificación familiar, pasando un tiempo separado de sus padres antes de llegar a España. En el resto, 44,8 % (129) la inmigración se hizo sin reunificación.

Figura 15.-Distribución inmigrantes según generación y reunificación



En los niños de primera generación la edad media a la que realizaron el proceso migratorio fue de 4,9 años (4,5-5,24)-Mediana 5 años, primer cuartil 2 años y tercer cuartil 7 años.

Figura 16.-Edad a la que han inmigrado

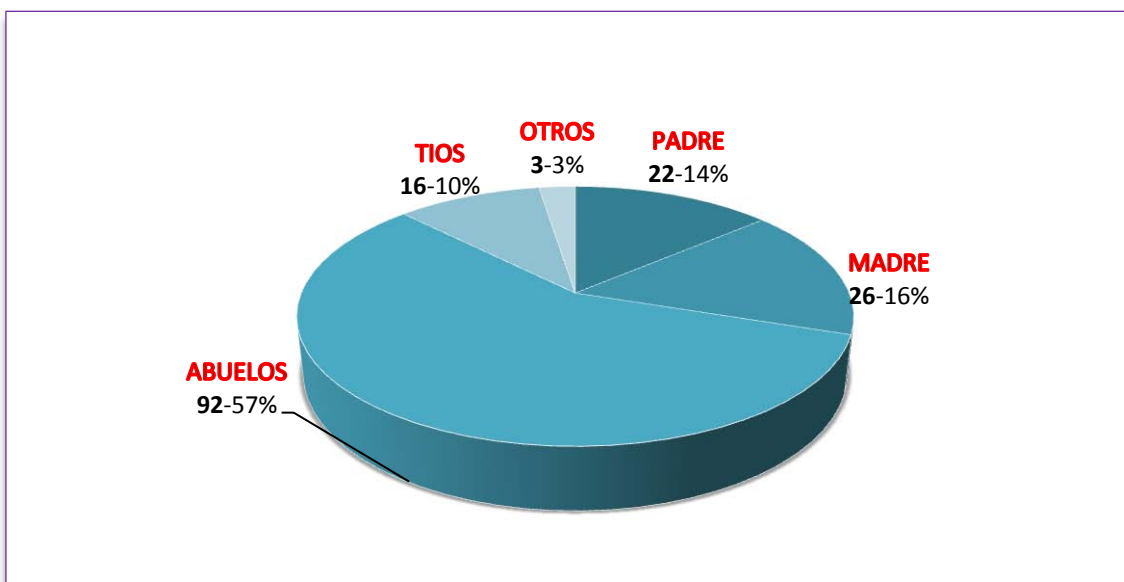


Respecto al tiempo que llevan residiendo en España la media es de 4,9 años (IC: 95%:4,6-5,2), con una mediana de 5 años, primer cuartil 3 y tercer cuartil de 7 años.

Los padres de los niños inmigrantes residen en España desde una media de 7,3 años (IC 95%:6,9-7,7).

La edad de los niños que vivieron el proceso de reunificación familiar cuando se marcharon sus padres de su país era de una media de 3 años (IC 95%: 2,7-3,4).

Figura 17.-Persona con quien residieron antes de reunificación



2.5.- FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVEN LOS NIÑOS:

El porcentaje de niños inmigrantes que conviven con su madre en el domicilio es de un 99,4%, y los niños españoles conviven con su madre en un 95,3%.

Tabla 25.-Convivencia con la madre

MADRE EN DOMICILIO	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
SI	332	99,4%	181	95,3%
NO	2	0,6%	9	4,7%

Los niños inmigrantes conviven con el padre en el domicilio en un 80,2% de los casos, y los españoles en un 69,5%.

Tabla 26.-Convivencia con el padre

PADRE EN DOMICILIO	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
SI	268	80,2%	132	69,5%
NO	66	19,8%	58	30,5%

Respecto al número de hermanos que tienen los niños se encuentran cifras similares entre inmigrantes y españoles. Lo mismo ocurre con el número de hermanos que residen fuera del domicilio.

Tabla 27.-Número de hermanos

		INMIGRANTES	ESPAÑOLES
NUMERO HERMANOS	Media; IC95%	1,67 (1,53-1,81)	1,60 (1,43-1,77)
	Mediana	1	1
	Mínimo-máximo	0-7	0-5
NUMERO HERMANOS EN DOMICILIO	Media; IC 95%	1,35 (1,23-1,48)	1,33 (1,16-1,49)
	Mediana	1	1

2.6.- SITUACIÓN LABORAL DE LOS PADRES:**Tabla 28.-**Distribución según situación laboral

	INMIGRANTES	ESPAÑOLES
SI TRABAJA	266 (79,9%)	145 (76,3%)
NO TRABAJA	67 (20,1%)	45 (23,7%)

2.7.-OCUPACIÓN DE LOS PADRES:**Tabla 29.-**Distribución según ocupación

OCUPACIÓN	INMIGRANTES	ESPAÑOLES
1.-MILITARES,POLICÍA	0%	1,6%
2.-PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES	0,6%	0,5%
3.-TECNICOS- PROFESIONALES NIVEL MEDIO	2,2%	7,9%
4.-APOYO ADMINISTRATIVO	4,7%	8,5%
5.-SERVICIOS- VENDEDORES	19,3%	24,9%
COMERCIOS CAMARERO	7,5%	
6.-AGRICULTORES Y TRAB. FORESTALES Y PESQUEROS	0,9%	0,5%
7.-OFICIALES, OPERARIOS Y	9,3%	7,4%
ARTESANOS ALBAÑIL	4,3%	
8.-OPERADORES INSTALACIONES Y MÁQUINAS	0,3%	0,5%

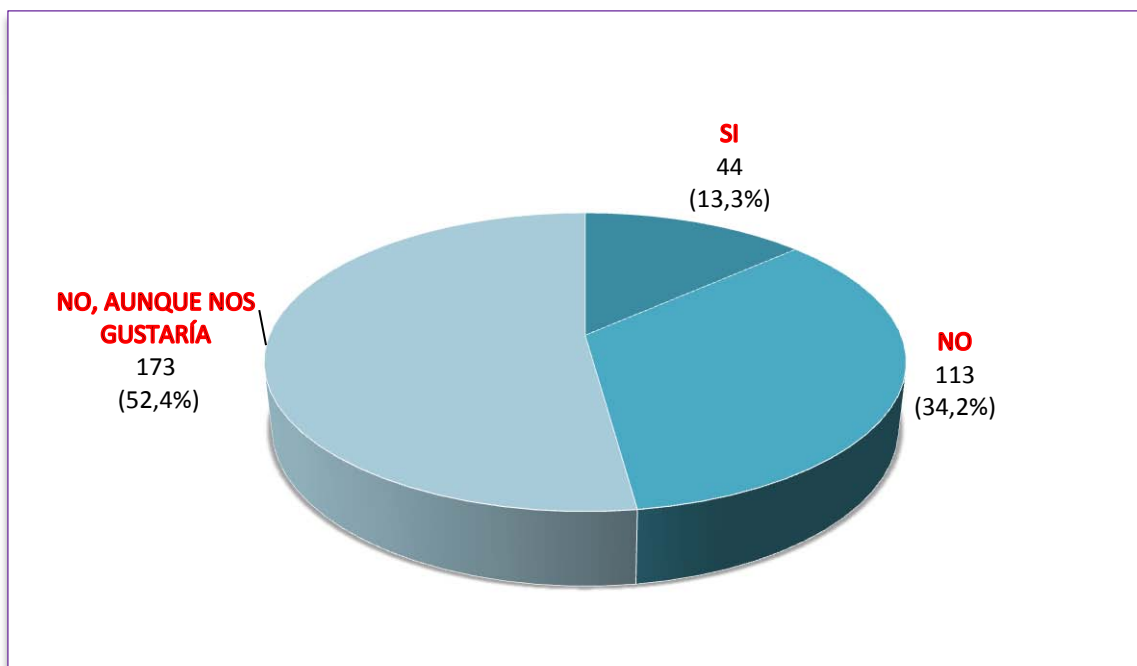
RESULTADOS

9.-		46,6%	28,5%
OCUPACIONES ELEMENTALES	S	28%	9,5%
	DOMÉSTICO		
	CAMARERA PISO	4,7%	3,7%
	LIMPIEZA	6,8%	8,5%
	OTRAS	7,1%	6,8%
10.-AMA CASA		10,9%	12,2%
11.-PARO		5,3%	7,4%

2.8.-DESEO DE RETORNO AL PAÍS DE ORIGEN.

En relación a la cuestión del deseo de regreso al país de origen, 44 padres de inmigrantes han respondido que “sí” desean regresar a su país, 173 que “no, aunque es lo que les gustaría” y 113 que “no” desean regresar.

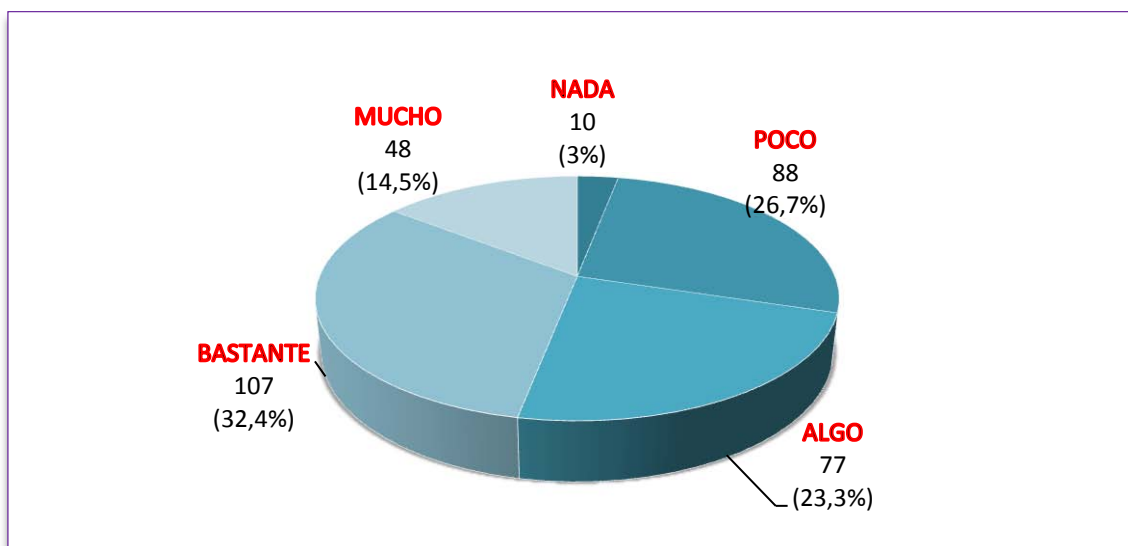
Figura 18.- ¿Tiene pensado regresar pronto a su país?



2.9.-GRADO DE RELACIÓN CON PERSONAS DEL PAÍS DE ORIGEN.

A la cuestión del grado en que se relacionan los inmigrantes con personas de su mismo país durante su estancia en España 10 familiares dijeron que “nada”, 88 “poco”, 77 “algo”, 107 “bastante” y 48 “mucho”. En un 29,7 % poco o nada.

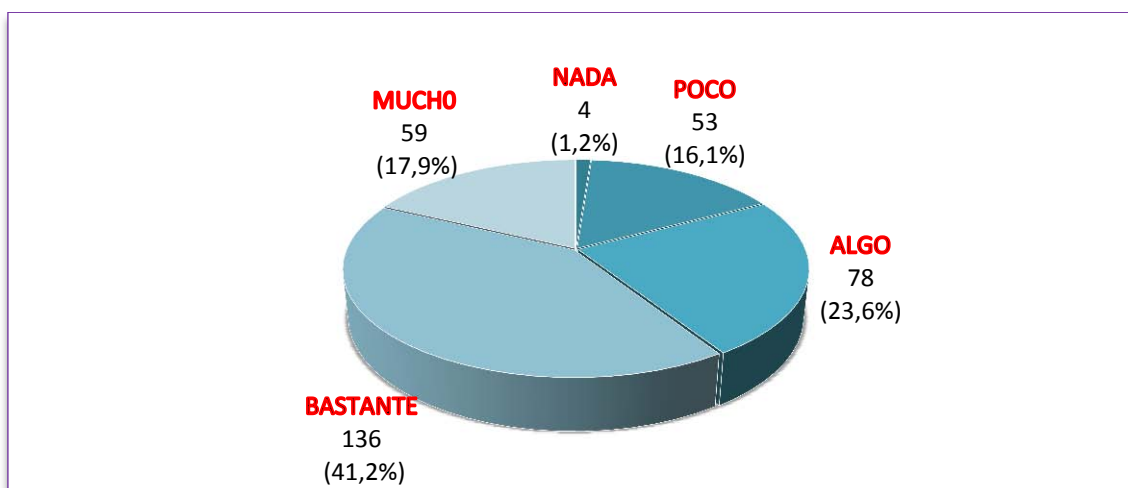
Figura 19.- ¿En qué grado se relaciona con las personas de su país?



2.10.-GRADO DE RELACIÓN CON PERSONAS ESPAÑOLAS.

Respecto al grado en que se relacionan con personas españolas 4 familias responden “nada”, 53 “poco”, 78 “algo”, 136 “bastante” y 59 “mucho”. En un 59,1% de los casos se relacionan mucho o bastante.

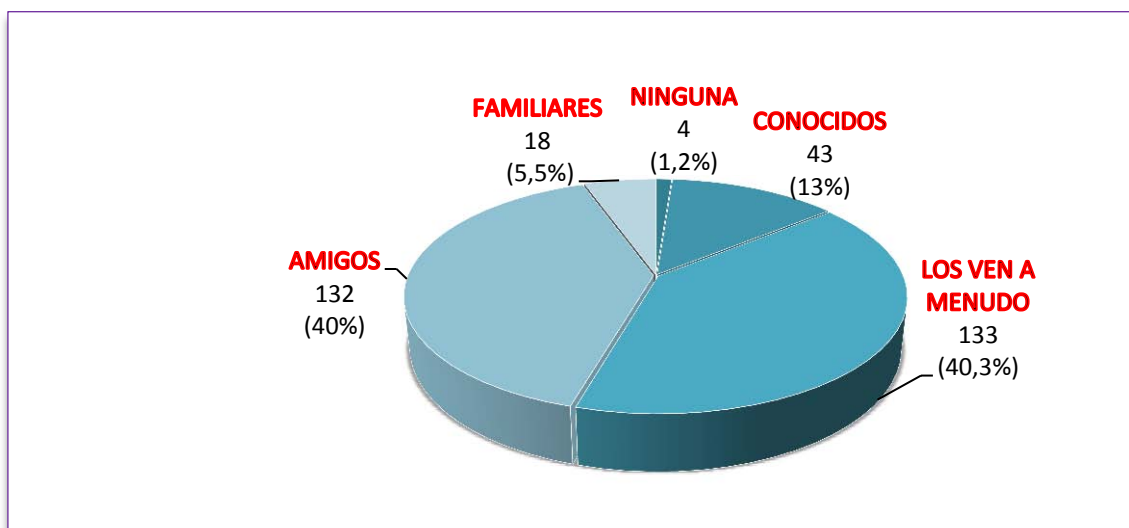
Figura 20.- ¿En qué grado se relaciona con las personas españolas?



2.11.-TIPO DE VINCULACIÓN CON LOS ESPAÑOLES.

Para cuantificar el grado de relación que tienen con los españoles se les preguntó a los inmigrantes sobre el tipo de contacto que tienen con ellos. 4 personas respondieron que “ningún contacto, sólo en la calle y lugares públicos”, 43 “por vecindad, trabajo o estudios, pero no les suele hablar”, 133 “los ven a menudo por vecindad, trabajo o estudios”, 132 tienen “amigos españoles” y 18 tienen “familiares españoles”.

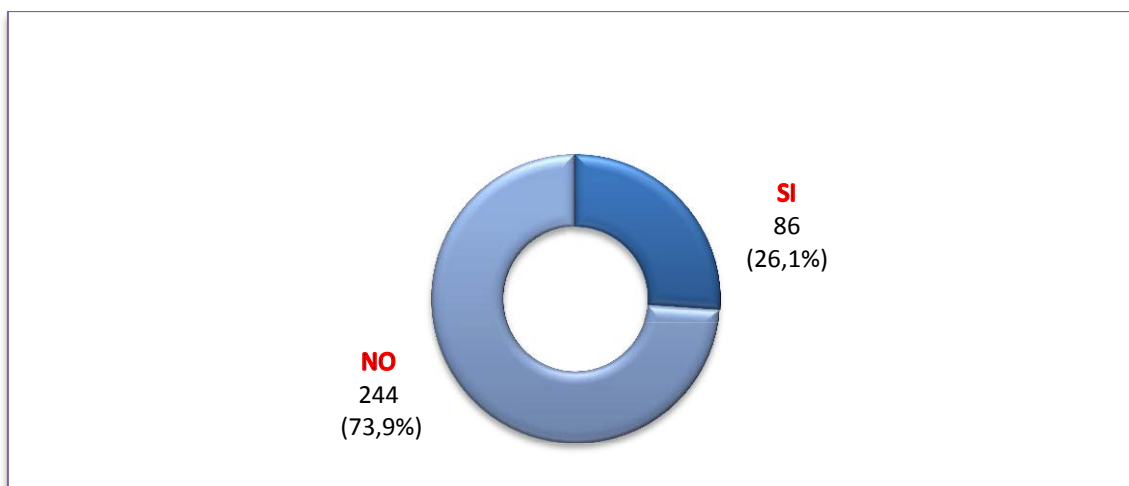
Figura 21.- ¿Qué tipo de vinculación tiene con las personas españolas?



2.12.-DISCRIMINACIÓN

Respecto a si se han sentido discriminados por su procedencia de un país extranjero 86 personas han respondido que “si” frente a 244 que han respondido “no”.

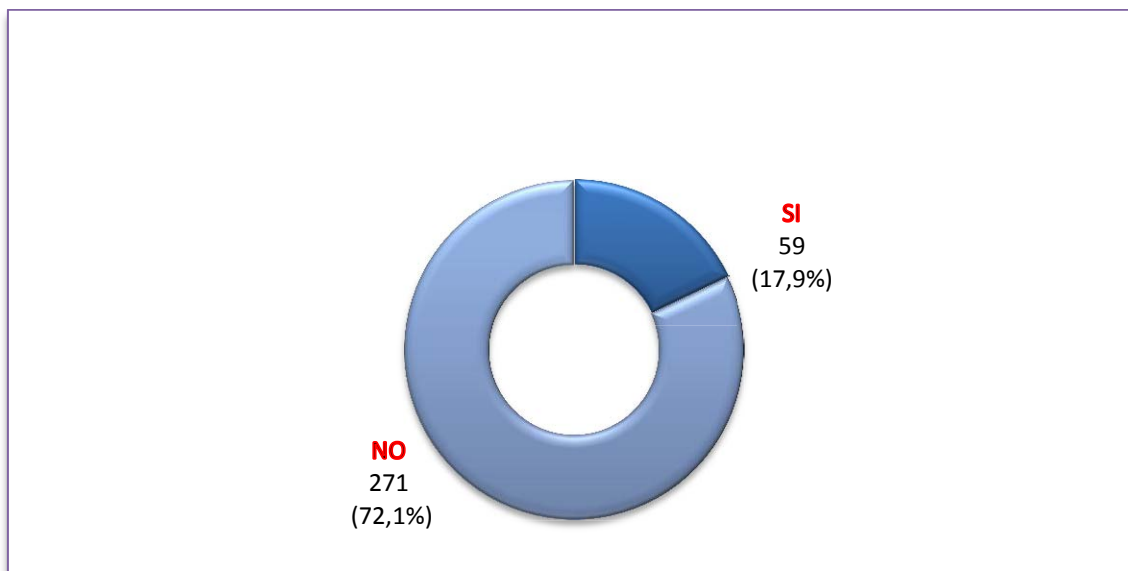
Figura 22.- ¿Se ha sentido discriminado?



2.13.-DISCRIMINACIÓN HACIA SUS HIJOS

En 59 casos los padres de los niños inmigrantes han respondido que sus hijos “sí” han recibido un trato diferente por ser extranjeros, frente a 271 que han respondido “no”.

Figura 23.- ¿En alguna ocasión su hijo ha recibido un trato diferente por ser inmigrante?



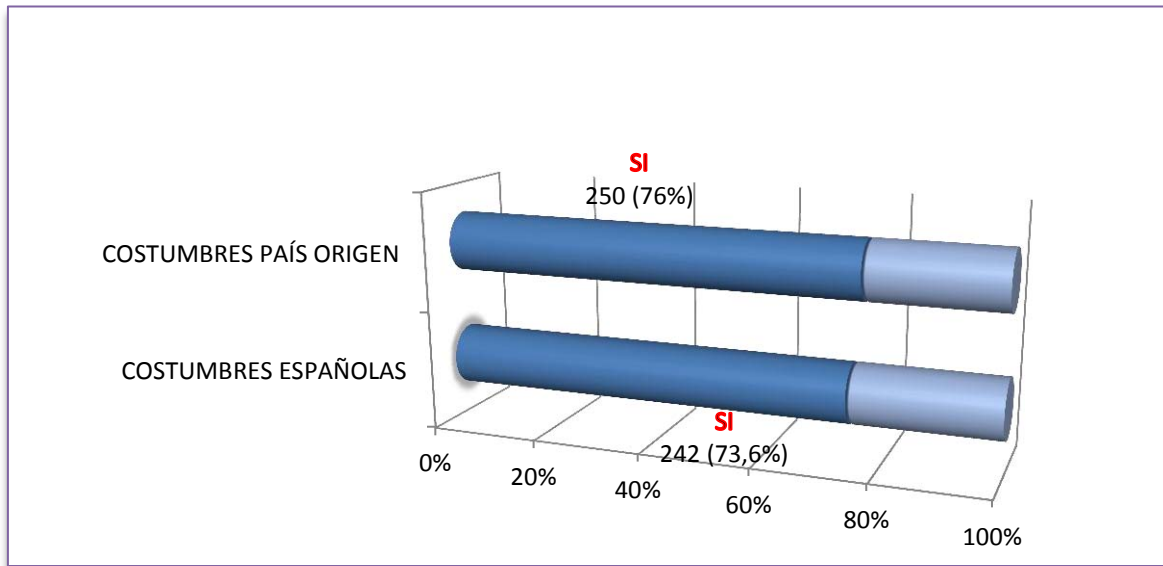
2.14.-MANTENIMIENTO COSTUMBRES PAÍS DE ORIGEN/ESPAÑA.

Respecto a su deseo de seguir poniendo en práctica las costumbres de su país de origen se han obtenido resultados similares con el deseo de seguir poniendo en práctica las costumbres españolas.

En 250 casos (76%) si desean mantener sus costumbres del país de origen, mientras que 79 preferirían no mantenerlas (24%).

En 242 casos (73,6%) si desean mantener las costumbres españolas, mientras que 87 (26,4%) no las desean mantener.

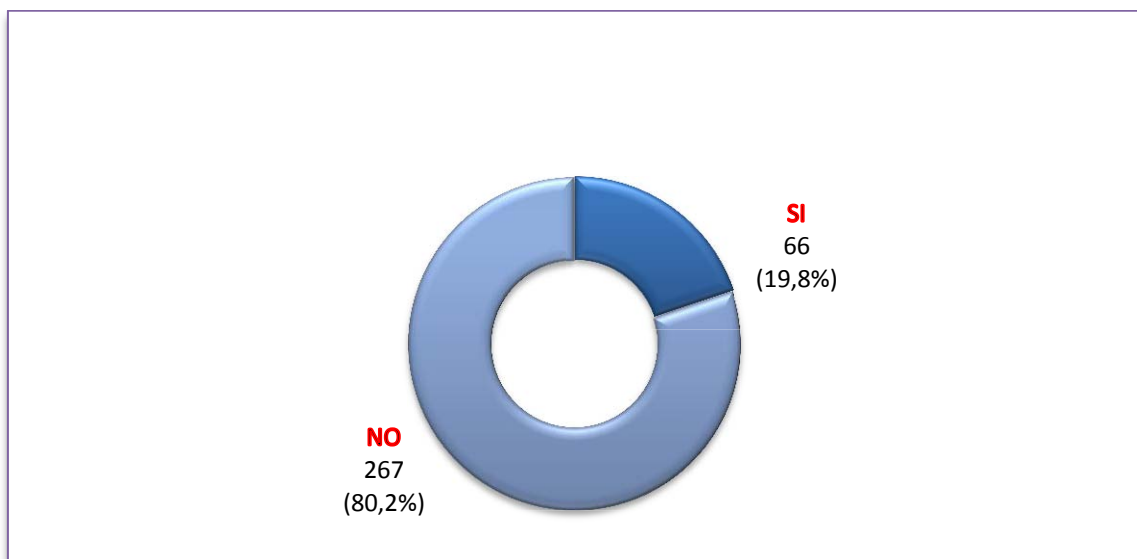
Figura 24.- ¿Si dependiera de usted ¿mantendría las costumbres...?



2.15.-REPETICIÓN DE CURSO POR EMIGRAR.

Sobre la repercusión que ha tenido el proceso migratorio en el rendimiento académico, 66 niños (19,8%) han tenido que repetir curso, atribuyendo sus padres este hecho a la migración. En el resto de casos (267; 80,2%) no ha sido necesario.

Figura 25.- ¿Su hijo ha repetido algún curso por emigrar?



2.16.-RESULTADOS GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE.GHQ

Tabla 30.-Resultados del GHQ cualitativos

GHQ	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
POSITIVO	50	15,8%	37	19,6%
NEGATIVO	267	84,2%	152	80,4%
TOTAL	317	100%	189	100%
Missing	17		3	
total	334		192	

Tabla 31.-Resultados del GHQ cuantitativos

PUNTUACIONES MEDIAS GHQ	INMIGRANTES	ESPAÑOLES
GHQ-TOTAL (IC:95%)	2,7 (2,22-3,22)	2,5 (1,93-3,17)
GHQ-SALUD	0,8	0,78($\pm 2 \times 0,11$)
GHQ ANSIEDAD	1,09 ($\pm 2 \times 0,10$)	1.07 ($\pm 2 \times 0,14$)
GHQ FUNCIONAMIENTO	0,59	0,47
GHQ DEPRESION	0,25	0,22

3.- DESCRIPCIÓN PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL

3.1.- RESULTADOS DEL CBCL:

-De los 324 inmigrantes evaluados con el CBCL, en 83 casos (25,6%) tuvieron una puntuación por encima de T score 60 y por lo tanto resultados considerados subclínicos o clínicos. En 241 (62,3%) tuvieron puntuación menor.

La prevalencia de CBCL + entre inmigrantes es 25,6 (IC 95%: 20,9-30,4)

-Entre los españoles el CBCL + se dio en 44 niños (23,2%) y negativo en 146 (76,8%)

La prevalencia de CBCL + entre españoles es 23,2 (IC 95% 17,2-29,2)

Tabla 32.-Resultados del CBCL

CBCL	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
CLINICO-SUBCLINICO	83	25,6%	44	23,2%
NEGATIVO	241	74,4%	146	76,8%

	Valor	gl	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	0,389	1	0.533

Estimación de riesgo: La razón de las ventajas para CBCL fue 1,14 (IC95%: 0,75-1,73)

De los 127 casos en los que el CBCL dio resultado positivo (83 para inmigrantes y 44 para españoles) al pasar a la segunda fase y hacer DISC únicamente fueron positivos en 96 casos (75,6%)

3.2.-RESULTADOS GENERALES DEL DISC.

Respecto los resultados de la segunda fase de la evaluación se han encontrado los siguientes datos:

-Entre los inmigrantes a 69 casos (20,7%) se les ha diagnosticado un trastorno mental, frente a 265 niños (79,3%) a los que no se les ha detectado ningún trastorno.

La prevalencia de trastorno mental entre niños inmigrantes hispanoamericanos en Palma es de 20,7 (IC95%: 16,3-25)

-Entre la población española se ha diagnosticado trastorno mental a 31 niños (16,2%), frente a 160 niños (83,8%) a los que no se ha detectado trastorno.

La prevalencia de trastorno mental entre la población española estudiada es 16,2 (IC95%:11,0-21,5)

Tabla 33.-Resultados DISC

DISC	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO	69	20,7%	31	16,2%
NO DIAGNÓSTICO	265	79,3%	160	83,8%

Para determinar si hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados de prevalencia de trastorno psiquiátrico entre inmigrantes y españoles se realiza la prueba estadística de Chi cuadrado; no se puede determinar que las diferencias encontradas entre ambas muestras no se deban al azar.

	Valor	gl	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	1,545	1	0.214

La **ODDS RATIO**, calculada como el cociente entre la odds entre inmigrantes (0,26) y la odds entre españoles (0,19) es de **1,35**. Dicho valor corresponde a la proporción de veces que aparece diagnóstico psiquiátrico entre los inmigrantes frente a los españoles.

RESULTADOS

La odds ratio de los intervalos de confianza al 95% son 2,14 para el límite inferior y 0,84 para el límite superior.

3.3.-NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS.

Entre los inmigrantes 69 niños tienen diagnóstico psiquiátrico. Esto representa un 20,7% del total.

Estos niños van a tener un total de 97 diagnósticos que se reparten con la siguiente proporción: 50 niños 1 diagnóstico (14,97% de la población), 13 niños dos diagnósticos (3,85% de la población), 4 niños tres diagnósticos (1,19%), 1 niño cuatro diagnósticos y 1 niño cinco diagnósticos.

En 1,78% de la población se dan tres o más diagnósticos. Los que tienen tres o más diagnósticos se distribuyen de la siguiente manera: 83,3% **varones**, 66,7% de **primera generación**, 50% **reunificados**.

Tabla 34.-Número diagnósticos

	INMIGRANTES		ESPAÑOLES	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNÓSTICO	69	20,7 %	31	16,2%
1 DIAGNÓSTICO	50	14,97%	17	8,85%
2 DIAGNÓSTICOS	13	3,85%	8	4,16%
3 DIAGNÓSTICOS	4	1,19%	5	2,60%
4 DIAGNÓSTICOS	1	0,29%	1	0,52%
5 DIAGNÓSTICOS	1	0,29%	0	
TOTAL DIAGNÓSTICOS	97		52	

Entre los niños españoles reciben diagnóstico 31 niños, 16,2%, teniendo un diagnóstico en 17 casos (8,85%), dos diagnósticos en 8 casos (4,16%), tres diagnósticos en 5 casos (2,60%), y 4 diagnósticos en un caso (0,52%). En un 3,12 % se reciben 3 o más diagnósticos.

3.4.-DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS

Tabla 35.-Prevalencia por tipo de diagnóstico psiquiátrico en niños inmigrantes

DIAGNÓSTICO NIÑOS INMIGRANTES	NÚMERO DE NIÑOS	PREVALENCIA
1.-FOBIA ESPECÍFICA	24	7,19% (IC95% 4,57%-10,10%)
2.-FOBIA SOCIAL	5	1,50% (IC95% 0,34%-2,95%)
3.-ANSIEDAD GENERALIZADA	3	0,90% (IC95% 0,04%-2,06%)
4.-ANSIEDAD SEPARACIÓN	6	1,80% (IC95% 0,52%-3,37%)
5.-TRASTORNO DE PÁNICO	1	0,30% (IC95% 0,14%-1,04%)
5.-TICS TRANSITORIOS .CRONICOS. TOURETTE	8	2,40% (IC95% 0,91%-4,18%)
6.-TOC	3	0,90% (IC95% 0,04%-2,06%)
7.-TRASTORNO DEPRESIVO	6	1,80% (IC 95% 0,52%-3,37%)
8.-TDAH	27	8,08% (IC 95% 5,31%-11,16%)
9.-TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	5	1,50% (IC 95% 0,34%-2,95%)
10.-MUTISMO ELECTIVO	1	0,30% (IC 95% -0,14%-1,04%)
11.-ENURESIS	6	1,80% (IC 95% 0,52%-3,37%)
12.-ENCOPRESIS	2	0,60% (IC 95% -0,08%-1,58%)
13.-OTROS.ASPERGER	2	0,60% (IC 95% -0,08%-1,58%)
Número total diagnósticos	97	

Tabla 36.- Prevalencia por tipo de diagnóstico psiquiátrico en niños españoles

DIAGNÓSTICO NIÑOS ESPAÑOLES	NÚMERO DE NIÑOS	PREVALENCIA
1.-FOBIA ESPECÍFICA	12	6,25% (IC 95% 3,09%-9,93%)
2.-FOBIA SOCIAL	0	0,00% (IC 95% -0,26%-0,26%)
3.-ANSIEDAD GENERALIZADA	1	0,52% (IC 95% -0,24%-1,8%)
4.-ANSIEDAD SEPARACIÓN	7	3,65% (IC 95% 1,26%-6,56%)
5.-TRASTORNO DE PÁNICO	1	0,52% (IC 95% -0,24%-1,8%)
5.-TICS TRANSITORIOS .CRONICOS. TOURETTE	5	2,60% (IC 95% 0,61%-5,12%)
6.-TOC	1	0,52% (IC 95% -0,24%-1,8%)
7.-TRASTORNO DEPRESIVO	1	0,52% (IC 95% -0,24%-1,8%)
8.-TDAH	18	9,37% (IC 95% 5,51%-13,76%)
9.-TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	4	2,08% (IC 95% 0,32%-4,36%)
10.-MUTISMO ELECTIVO	0	0,00% (IC 95% -0,26%-0,26%)
11.-ENURESIS	1	0,52% (IC 95% -0,24%-1,8%)
12.-ENCOPRESIS	1	0,52% (IC 95% -0,24%-1,8%)
13.-OTROS.ASPERGER	0	0,00% (IC 95% -0,26%-0,26%)
Número total diagnósticos	52	

4.-RELACIÓN DE DISC CON DIVERSAS VARIABLES.

4.1.-SEXO

Tabla 37.-Distribución trastorno mental según sexo

DISC	NIÑOS		NIÑAS	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	34	20,9%	34	19,9%
NO DIAGNÓSTICO -	129	79,1%	137	80,1%
TOTAL	163	100%	171	100%

	Valor	gl	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	0,049	1	0.825	
Test exacto de Fisher				0.892

4.2.-CURSO ACADÉMICO

Tabla 38.-Distribución trastorno mental según curso escolar

	DIAGNÓSTICO POSITIVO+		DIAGNÓSTICO NEGATIVO-		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
PRIMERO	3	8,8%	31	91,2 %	34
SEGUNDO	4	14,8%	23	85,2%	27
TERCERO	12	25%	36	75%	48
CUARTO	14	21,9%	50	78,1%	64
QUINTO	17	21,3%	63	78,7%	80
SEXTO	18	22,2%	63	77,8%	81

	Valor	gl/ Chi esperable	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	4,243	511.07	0.515

4.3.-NACIONALIDAD

Tabla 39.-Distribución trastorno mental según nacionalidad

PAÍS	DIAGNOSTICO +		DIAGNOSTICO -		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Argentina	10	20,4%	39	79,6%	49
Bolivia	10	17,6%	47	82,4%	57
Brasil	3	33,3%	6	66,7%	9
Colombia	11	32,4%	23	67,6%	34
Cuba	0	0	1	100%	1
Ecuador	16	18,2%	72	81,8%	88
Paraguay	2	20%	8	80%	10
Perú	2	40%	3	60%	5
Puerto Rico	0	0	1	100%	1
R. Dominicana	2	13,3%	13	86,7%	15
Uruguay	3	15%	17	85%	20
Venezuela	2	40%	3	60%	5
Chile	4	36,4%	7	63,6%	11

	Valor	gl /Chi esperable al azar	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	9,43	12.....19,68	0.666

4.4.-EDAD

La edad se distribuye según los siguientes percentiles, no siguiendo una distribución normal. Para el análisis de relación entre la variable cuantitativa edad y la cualitativa DISC se utiliza pruebas no paramétricas, usando el estadístico de Mann-Whitney U para dos variables independientes con resultados no significativos (sig asimp 0.115)

Tabla 40.-Distribución trastorno mental según edad

	PERCENTILES EDAD						
	5	10	25	50	75	90	95
DISC +	6	7	8	10	11	12	12
DISC -	6	7	8	10	11	11	12

4.5.-GENERACIÓN:

Tabla 41.-Distribución trastorno mental según generación

DISC	PRIMERA GENERACIÓN		SEGUNDA GENERACIÓN	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	60	20,8%	9	19,6%
NO DIAGNÓSTICO -	228	79,2%	37	80,4%
TOTAL	288	100%	46	100%

	Valor	gl/ Chi esp	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	0,471	1.....3,84	0.492	
Test exacto de Fisher				0.566

4.6.-REUNIFICACIÓN

Tabla 42.-Distribución trastorno mental según reunificación

DISC	REUNIFICACIÓN		NO REUNIFICACIÓN	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	38	23,9%	22	17,1%
NO DIAGNÓSTICO -	121	76,1%	107	82,9%
TOTAL	159	100%	129	100%

	Valor	gl /Chi esp.	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	2,023	1.....3.84	0.155	
Test exacto de Fisher				0.189

La ODDS ratio entre la odds de niños con reunificación familiar (0,314) y la odds de niños inmigrantes sin reunificación (0,205) es: 1,531.

4.7.-FAMILIAR CON EL QUE CONVIVEN ANTES DE REUNIFICACIÓN:

Tabla 43.-Distribución trastorno mental según familiar con el que conviven antes reunificación

	DIAGNÓSTICO POSITIVO+		DIAGNÓSTICO NEGATIVO-		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
PADRE	6	27,3%	16	72,7 %	22
MADRE	8	30,8%	18	69,2%	26
ABUELOS	20	21,7%	72	78,3%	92
TIOS	3	18,8%	13	81,2%	16
OTROS	1	33,3%	2	66,7%	3

	Valor	gl/ Chi esp	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	1,288	4.....9,49	0.863

4.8.-LA MADRE CONVIVE EN EL DOMICILIO

Tabla 44.-Distribución trastorno mental según convivencia con la madre

DISC	MADRE EN DOMICILIO		MADRE NO EN DOMICILIO	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	67	20,2%	1	50%
NO DIAGNÓSTICO -	265	79,8%	1	50%
	332	100%	2	100%

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	1,09	1....3,84	0.296	
Test exacto de Fisher				0.366

4.9.-EL PADRE CONVIVE EN EL DOMICILIO

Tabla 45.-Distribución trastorno mental según convivencia con el padre

DISC	PADRE EN DOMICILIO		PADRE NO EN DOMICILIO	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	50	18,7%	18	27,3%
NO DIAGNÓSTICO -	218	81,3%	48	72,7%
TOTAL	268	100%	66	100%

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	2,425	1.....3,84	0.119	
Test exacto de Fisher				0.127

RESULTADOS

La ODDS ratio entre la odds de niños inmigrantes que no conviven con su padre (0,375) y la odds de niños inmigrantes que si conviven con su padre (0,229) es: 1,63

4.10.-SITUACIÓN LABORAL DE LOS PADRES.

Tabla 46.-Distribución trastorno mental según situación laboral padres

DISC	SI TRABAJA		NO TRABAJA	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	47	17,6%	21	31,3%
NO DIAGNÓSTICO -	220	82,4%	46	68,7%
TOTAL	267	100%	67	100%

La presencia de diagnóstico psiquiátrico entre los hijos inmigrantes de los padres que están sin trabajar se da en un 31,34%, mientras que entre los que si trabajan se da en un 17,60%.

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	6,158	1.....3,84	0.013	
Test exacto de Fisher				0.017

Entre la variable trabajar o no y la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el grupo de población inmigrante hay relación estadísticamente significativa.

4.11.-OCUPACIÓN.

Tabla 47.-Distribución trastorno mental según ocupación padres

OCUPACION	DIAGNOSTICO +		DIAGNOSTICO -		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
1.-MILITARES,POLICÍA	0	0	0	0	0
2.-PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES	1	50%	1	50%	2
3.-TECNICOS- PROFESIONALES NIVEL MEDIO	0	0%	7	100%	7
4.-APOYO ADMINISTRATIVO	2	14,3%	12	85,7%	14
5.-SERVICIOS- VENDEDORES COMERCIOS	11	17,7%	51	82,3%	62
6.-AGRICULTORES Y TRAB. FORESTALES Y PESQUEROS	0	0%	3	100%	3
7.-OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS	9	29%	22	1%	31
8.-OPERADORES INSTALACIONES Y MÁQUINAS	0	0%	1	100%	1
9.-OCUPACIONES ELEMENTALES	28	18,8	121	81,2%	149
10.-AMA DE CASA	9	25,7%	26	74,3%	35
11.-PARO	6	35,3%	11	64,7%	17

RESULTADOS

	Valor	gl /Chi esp	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	9,303	10.....18,31	0.504

4.12.-DESEO DE RETORNO A PAÍS DE ORIGEN.

Tabla 48.-Distribución trastorno mental según el deseo de retorno

DISC	SI DESEAN REGRESAR		NO, AUNQUE LES GUSTARÍA		NO DESEAN REGRESAR	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	15	34,1%	35	20,2%	17	15.04%
NO DIAGNÓSTICO -	29	65,9%	138	79,8%	96	84,95%
TOTAL	44	100%	173	100%	113	100%

	Valor	gl /Chi esp	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	7,101	2.....5,99	0.029

La presencia de diagnóstico psiquiátrico entre los niños inmigrantes de las familias que “desean regresar a su país” es de 34,09%, en las familias que “no van a regresar, aunque es lo que les gustaría” 20,23%, mientras que la presencia en niños de familias que “no desean regresar a su país de procedencia” es de 15,04%

Entre la variable deseo de regreso al país de origen y la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el grupo de población inmigrante hay relación estadísticamente significativa. Si quieren regresar a su país tienen con más frecuencia diagnóstico psiquiátrico que los que no desean regresar y que los que no van a regresar aunque les gustaría.

La ODDS ratio entre la odds de niños inmigrantes cuyos padres desean regresar a su país (0,51) y la odds de niños inmigrantes cuyos padres no desean regresar (0,17) es: 2,73 (IC95%: 1,22-6,09)

4.13.-RELACIÓN CON PERSONAS DE SU PAÍS DE ORIGEN.

Tabla 49.-Distribución trastorno mental según relación con el país de origen

DISC	NADA		POC0		ALGO		BASTANTE		MUCHO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	1	10%	20	22,7%	13	16,9%	22	20,6%	12	25%
NO DIAGNÓSTICO -	9	90%	68	77,3%	64	83,1%	85	79,4%	36	75%
TOTAL	10	100%	88	100%	77	100%	107	100%	48	100%

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	1,962	4.....9,49	0.743

4.14.-RELACIÓN CON PERSONAS ESPAÑOLAS

Tabla 50.-Distribución trastorno mental según relación con españoles

DISC	NADA		POC0		ALGO		BASTANTE		MUCHO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	2	50%	17	32,1%	15	19,2%	23	16,9%	11	18,6%
NO DIAGNÓSTICO -	2	50%	36	67,9%	63	80,8%	113	83,1%	48	81,4%
TOTAL	4	100%	53	100%	78	100%	136	100%	59	100%

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	8,307	4.....9,49	0.081

RESULTADOS

La ODDS ratio entre la odds de los que tienen poca o nada de relación españoles (0,5) y la odds de los que tienen bastante o mucha relación (0,203) es 2,46.

4.15.-TIPO DE VINCULACIÓN CON LOS ESPAÑOLES.

Tabla 51.-Distribución trastorno mental según tipo de vinculación a españoles

DISC	NINGUNA		CONOCIDO		LOS VE A MENUDO		AMIGOS		PARIENTES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	1	25%	12	27,9%	28	21%	24	18,2%	2	11,1%
NO DIAGNÓSTICO -	3	75%	31	72,1%	105	79%	108	81,8%	16	88,9%
TOTAL	4	100%	43	100%	133	100%	132	100%	18	100%

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig
Chi cuadrado Pearson	2,944	4.....9,49	0.567

A pesar de la falta de significación estadística se aprecia una tendencia a presentar menor frecuencia de trastorno psiquiátrico a medida que aumenta la vinculación con los españoles.

La ODDS ratio entre la odds de los que tienen ninguna relación con españoles o sólo tratan con ellos como conocidos, sin apenas hablar (0,38) y la odds de los que tienen entre los españoles amigos o parientes (0,20) es 1,9

4.16.-DISCRIMINACIÓN.

Tabla 52.-Distribución trastorno mental según percepción de discriminación

DISC	SI DISCRIMINACIÓN		NO DISCRIMINACIÓN	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	32	37,2%	36	14,8%
NO DIAGNÓSTICO -	54	62,8%	208	85,2%
TOTAL	86	100%	244	100%

	Valor	gl / Chi esp	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	20,545	13,84	<0.0001	
Test exacto de Fisher				<0.001

La presencia de diagnóstico psiquiátrico entre los niños inmigrantes de las familias que se han sentido discriminadas por su procedencia de país extranjero es de 37,20%, mientras que la presencia en niños de familias que no han tenido sensación de ser discriminados es de 14,8%

El Chi-cuadrado de Pearson es de 20,545, mayor que el valor de Chi que puede ser explicado para 1 grado de libertad y nivel de confianza 0,05 por el azar (3,84) y para nivel de confianza 0,01:6,63

Entre la variable sentimiento de discriminación y la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el grupo de población inmigrante hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Aquellos niños inmigrantes cuya familia se ha sentido discriminada, tienen con más frecuencia diagnóstico psiquiátrico que los que no se han sentido discriminados.

4.17.-DISCRIMINACIÓN HACIA SUS HIJOS.

Tabla 53.-Distribución trastorno mental según percepción de discriminación hacia sus hijos

DISC	SI TRATO DIFERENTE		NO TRATO DIFERENTE	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	24	40,7%	44	16,2%
NO DIAGNÓSTICO -	35	59,3%	227	83,8%
TOTAL	59	100%	271	100%

	Valor	gl	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	18,43	1	<0.001	
Test exacto de Fisher				<0.001

La presencia de diagnóstico psiquiátrico entre los niños inmigrantes de las familias que han percibido que sus hijos han recibido un trato diferente por ser extranjeros es de 40,7%, mientras que la presencia en niños de familias que no han tenido dicha sensación es de 16,2%

Entre la variable “sentimiento de que sus hijos han recibido trato diferente” y la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el grupo de población inmigrante hay relación estadísticamente significativa ($p<0,001$).

Aquellos niños inmigrantes, procedentes de familias que han creído que sus hijos recibían un trato diferente por ser extranjeros, tienen con más frecuencia diagnóstico psiquiátrico que los que no tienen la misma creencia.

4.18.-MANTENIMIENTO COSTUMBRES PAÍS DE ORIGEN

Tabla 54.-Distribución trastorno mental según mantenimiento costumbres país de origen

DISC	SI MANTIENE COSTUMBRE		NO MANTIENE COSTUMBRE	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	51	20,4%	17	21,5%
NO DIAGNÓSTICO -	199	79,6%	62	78,5%
TOTAL	250	100%	79	100%

	Valor	gl	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	0,085	1	0.770	
Test exacto de Fisher				0.751

4.19.-MANTENIMIENTO COSTUMBRES ESPAÑOLAS

Tabla 55.-Distribución trastorno mental según mantenimiento costumbres españolas

DISC	SI MANTIENE COSTUMBRE		NO MANTIENE COSTUMBRE	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	44	18,2%	24	27,6%
NO DIAGNÓSTICO -	198	81,8%	63	72,4%
TOTAL	242	100%	87	100%

	Valor	gl	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	3,803	1	0.051	
Test exacto de Fisher				0.062

RESULTADOS

A pesar de la falta de significación estadística se aprecia una tendencia a presentar menor frecuencia de trastorno psiquiátrico en aquellos que si tienen deseos de mantener las costumbres españolas.

La **ODDS ratio** entre la odds de los que no desean mantener las costumbres españolas, (0,38) y la odds de los que si desean mantenerlas (0,22) es 1,72

4.20.-REPETICIÓN DE CURSO POR LA MIGRACIÓN.

Tabla 56.-Distribución trastorno mental según repetición de curso por inmigrar

DISC	REPETICIÓN		NO REPETICIÓN	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	19	28,8%	49	18,4%
NO DIAGNÓSTICO -	47	71,2%	218	81,6%
TOTAL	66	100%	267	100%

	Valor	gl	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	5,546	1	0.060	
Test exacto de Fisher				0.087

A pesar de la falta de significación estadística se aprecia una tendencia a presentar mayor frecuencia de trastorno psiquiátrico en aquellos que han repetido algún curso académico debido al proceso de migración

La **ODDS ratio** entre la odds de los que han repetido algún curso por la migración, (0,40) y la odds de los que no han repetido (0,22) es 1,81.

4.21.-GHQ.

Tabla 57.-Distribución trastorno mental según GHQ de los padres

DISC	GHQ +		GHQ -	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO +	19	38%	45	16,8%
NO DIAGNÓSTICO -	31	62%	223	83,2%
TOTAL	50	100%	268	100%

La presencia de diagnóstico psiquiátrico entre los niños inmigrantes de las familias cuyos padres dan resultado positivo en el GHQ es de 38 %, mientras que la presencia en niños de familias con resultado negativo en el GHQ es de 16,8%

	Valor	gl	Asymp. Sig	Exact Sig.
Chi cuadrado Pearson	11,351	1	0.001	
Test exacto de Fisher				0.002

Entre la variable GHQ y la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el grupo de población inmigrante hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Aquellos niños inmigrantes cuyos padres puntúan de forma positiva el GHQ, tienen con más frecuencia diagnóstico psiquiátrico que aquellos cuyos padres tienen puntuación por debajo punto de corte en el GHQ.

VI.-DISCUSIÓN

Nuestro estudio nos ha permitido demostrar que la prevalencia de psicopatología entre los niños latinos residentes en Palma de Mallorca y con edades comprendidas entre 6 y 12 años es muy alta, de forma que 1 de cada 5 niños presentan un trastorno mental.

La importancia de este estudio reside principalmente en dos aspectos. Por una parte hay pocos estudios epidemiológicos publicados sobre salud mental realizados en población infantil general en España; la mayoría de los estudios han analizado poblaciones clínicas o bien se han centrado en un único trastorno. Por otra parte nuestro estudio investiga dos poblaciones culturalmente diferentes, y hasta donde sabemos es pionero en investigación sobre la transculturalidad infantil.

Sin más pasamos a comentar la discusión sobre los resultados obtenidos.

1.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

El grupo de población inmigrante que terminó ambas fases del estudio tuvo unas características similares a la muestra total de inmigrantes seleccionada en cuanto a las variables que sí conocíamos, que eran el curso escolar, el país y el sexo.

La proporción de participación fue mayor en el tercer ciclo de primaria (5º y 6ª), que en el segundo (3º y 4º) y primero (1º y 2º de primaria). Dicha participación fue similar entre los españoles, y posiblemente tuvo que ver con que cuando los niños tienen entre 10 y 12 años es cuando tienen más demanda por problemas relacionados con la salud mental y sus padres están más familiarizados con dichos trastornos, a diferencia de en edades más tempranas. Un 48,3% del total de inmigrantes estudiados estaban en 5º o 6º de primaria y la edad media de los inmigrantes fue de 9,53 años (IC95%:9,33-9,72).

Dispusimos de una muestra final de 334 niños, distribuidos entre 48,8% de niños y 51,2% niñas, que se repartieron entre todos los países según los datos censales, con predominio de ecuatorianos 28,9% , bolivianos 18,7% y argentinos 16,1%.

La mayoría de los niños fueron inmigrantes de primera generación, 86,2% frente a un 13,8% que eran niños nacidos en España, con uno o ambos padres de origen latino de los cuales mantenían su nacionalidad. Llevaban residiendo en España una media de 4,9 años. Entre los niños inmigrantes de primera generación destacó una proporción alta de niños que vinieron a España

DISCUSIÓN

tras llevar un periodo de tiempo separados de sus padres (55,2%). La media de edad que tenían cuando se fueron sus padres fue de 3 años (IC95%:2,7-3,4) y en un 57% de los casos se quedaron a vivir con sus abuelos.

Entre los niños españoles hubo más familias monoparentales que entre los inmigrantes, con un 69,5% de niños que vivían con el padre frente a un 80,2% en los inmigrantes. También encontramos una mayor tasa de padres sin trabajar entre los españoles (23,7 frente a 20,1%). Entre los padres de los inmigrantes hubo un predominio de trabajo en ocupaciones elementales (46,6%), con un 28% de madres que trabajaban en servicio doméstico.

Respecto al deseo que tenían las familias de regresar a sus países llamó la atención que en un 65,7% lo que deseaban era volver a su país aunque no podían, por el malestar que esta situación puede provocar.

Destaca que el colectivo de inmigrantes mantuvo en general similar grado de relación con españoles que con personas de su país. En 88,5% de los casos tuvieron o bien mucha relación con los españoles, o bien tenían amigos o familiares. El hecho de que los latinos no tuvieran dificultades idiomáticas, a diferencia de otros colectivos de inmigrantes, pudo favorecer su grado de integración.

A pesar de ello en un 26,1% se sintieron discriminados e incluso en un 17,9% percibieron que sus hijos habían recibido un trato diferente por ser inmigrantes e incluso que en un 19,8% habían tenido que repetir a causa de haber inmigrado.

Sobre los datos de GHQ y por tanto de la valoración del estado mental de los padres de los niños inmigrantes se obtuvo una prevalencia de probable caso psiquiátrico de un 15,77%, cifra inferior a la obtenida en el estudio en Formentera (Roca et al., 1999) en población general adulta que con el mismo punto de corte obtuvo una prevalencia de 19%. Los resultados de las diversas subescalas fueron similares a dicho estudio: así en la escala de síntomas somáticos en Formentera se obtuvo una media de 0,8 y en nuestra muestra de 0,81; en ansiedad 1 frente a 1,09; en disfunción social 0,5 frente a 0,59 y en depresión 0,3 frente a 0,25 en inmigrantes. Por lo tanto no encontramos diferencias entre dichos padres inmigrantes y la población de baleares.

Los datos del GHQ fueron menores que los que obtuvimos en el estudio realizado por nuestro grupo (Flórez et al., 2008) en el que obtuvimos una prevalencia de GHQ+ de 50%. En dicho estudio la población era recién llegada, residente en un albergue y de diversos grupos étnicos.

2.-RESULTADOS DE PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL

Mientras que la prevalencia de trastorno mental entre los niños inmigrantes latinos fue de 20,7% (IC: 95%: 16,3-25) en la muestra estudiada de españoles fue de 16,2 (IC95%:11-21,5). Aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras destaca el predominio de trastorno mental entre los inmigrantes, con una odds ratio de 1,35.

Dicha cifra de prevalencia es superior a la encontrada en estudios de epidemiología infantil tal como se recogió en la introducción; en estudios de metodología similar en población general, con CBCL y entrevista en segunda fase las cifras encontradas de prevalencia fueron de 12,4% (Fombonne, 1994), 20,3 (Costello et al., 1996), 16,4% (Canino et al., 2004) 17,7 (R. E. Roberts et al., 1998), 12,5% (Srinath et al., 2005)

Del mismo modo ya los resultados obtenidos en la primera fase del estudio a través del screening CBCL mostraron prevalencias de CBCL + entre inmigrantes de 25,6%, (20.93-30,4) frente a 23,2% (IC95%: 17,2-29,2) en muestra española.

Además de esta mayor prevalencia de diagnóstico psiquiátrico entre los inmigrantes importa conocer cuántos diagnósticos tienen, como una forma de cuantificar la gravedad. La comorbilidad se dio en un 28,15% de los casos diagnosticados, frente a 71,85% con un único diagnóstico. En un 1,98% de la población total tuvieron 3 o más diagnósticos. La distribución del número de diagnósticos fue similar a la que encontró (Gomez-Beneyto et al., 1994) en su estudio de Valencia.

Agrupamos los principales diagnósticos psiquiátricos para poder comparar las prevalencia entre inmigrantes y en españoles. Respecto a los trastornos de ansiedad (agrupamiento de fobia específica, fobia social, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, trastorno de pánico y TOC) entre los inmigrantes hubo una prevalencia de **12,59%** y en los españoles 11,46%, con un predominio sobre todo de fobias específicas (7,19%). Las cifras de ansiedad comparándolas con las cifras de prevalencia de trastorno de ansiedad de la bibliografía fue mucho más alta: 5,7% (Costello et al., 1996), 2,9% (Canino et al., 2004) 6,89% (R. E. Roberts et al., 1998). Este mismo autor encontró una prevalencia de 8% entre latinos de 11 a 17 años. Incluso en el de Gomez-Beneyto et al. (1994) que separó por edades hubo una ansiedad máxima de 6,7% a los 15 años.

Los trastornos depresivos en nuestro estudio se encontraron en un **1.80%** de los niños inmigrantes, frente a un 0.52% de los españoles. En relación a los datos de la bibliografía había muchas diferencias sobre la prevalencia de depresión según la edad; (Costello et al., 1996), (9,11 y 13 años) dio una prevalencia de 1,45% y (Canino et al., 2004)(4-17años) 1,7%. En el análisis de

(Gomez-Beneyto et al., 1994) la depresión se diagnosticó en un 0,7% en niños de 8 años, 0.9% en los de 11 y por otra parte 2,5% en los de 15 años. Teniendo en cuenta que nuestra muestra tenía edades entre 6 y 12 años y los diagnósticos en estas edades de depresión deberían ser menos frecuentes, consideramos que en nuestra población de niños inmigrantes han tenido una prevalencia alta de depresión.

Los tics transitorios, crónicos y el síndrome de Tourette como grupo se dio en un 2,4% entre los latinos y 2,6% entre los españoles.

Un 8.08% los niños inmigrantes fueron diagnosticados de TDAH frente a un 9,37% de los españoles. Del mismo modo también hubo un mayor diagnóstico de trastorno negativista desafiante (TND) entre los españoles: 2,08% frente a 1,5%. Destacan estas cifras que siguen siendo muy altas si se comparan con la prevalencia de TDAH en otros estudios, 3,32 (Costello et al., 1996), 3,7 (Canino et al., 2004) o 2.06% (R. E. Roberts et al., 1998). Incluso en estudios de TDAH realizados en Baleares (Cardo, Servera, & Llobera, 2007) en población general se encontró una prevalencia de 4,6% cifra mucho menor a la de nuestra muestra.

Si agrupamos el TDAH junto a TND como trastornos externalizantes tuvimos una prevalencia de 9,58%, cifra similar a la encontrada en el estudio de Zwirs et al. (2007) de 9% en Holanda con inmigrantes de distintos países. Entre los españoles de la muestra la prevalencia de trastornos externalizantes fue de 11,45%,.

En toda la población estudiada no se detectó ningún caso de esquizofrenia. Esto puede estar en relación con la baja prevalencia de dicho trastorno en edades tan tempranas.

Respecto el trastorno bipolar tampoco se diagnosticó ningún caso, lo cual consideramos que pudo estar relacionado ya no únicamente con la baja prevalencia, sino con las dificultades para el diagnóstico de dicho trastorno a través de la entrevista DISC-IV que siguiendo criterios de clasificación diagnóstica del DSM-IV utiliza una evaluación basada en la sintomatología de la manía en el adulto y no en el niño.

Los trastornos de la eliminación, enuresis y encopresis se dieron con una prevalencia de 2,37% en latinos y 1.04% en españoles.

3.-ASOCIACIÓN CON LAS VARIABLES ANALIZADAS EN EL ESTUDIO

Los trastornos mentales se dieron con una prevalencia similar entre los niños (20,85%) y las niñas (19,88%), con un predominio en el segundo y tercer ciclo de primaria frente a los del primer ciclo (1º y 2º curso) (23,6% del total). Tampoco analizando los resultados según la edad se encontraron con la prueba de Mann-Whitney diferencias en la distribución.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las prevalencias de trastorno mental en los niños latinos de los distintos países. Había países en los que la frecuencia fue mayor, como Venezuela, Chile o Brasil, pero debido al número de subgrupos y pequeños tamaños de la muestra no se pudieron sacar conclusiones.

Se halló una prevalencia más alta entre los niños latinos de primera generación, 20,8% que entre los de la segunda 19,56%, pero sin diferencias significativas. De todas formas estos niños nacidos en España y de nacionalidad extranjera tuvieron una prevalencia más alta que los niños españoles criados en el mismo ambiente (16,2%).

Dichos datos discrepan de artículos como el de Sowa et al (2000) que considera que los niños de segunda generación tienen una distribución de trastornos psiquiátricos similar a los no inmigrantes. Está más de acuerdo con (Alegria et al., 2008) que sitúa la prevalencia en las segundas generaciones como intermedia entre las primeras generaciones y la población que no ha sufrido la emigración.

Aunque en los niños que experimentaron la reagrupación familiar y estuvieron separados de sus padres antes de venir a España, hubo una prevalencia mayor (23,89%) frente a los que se instalaron junto a sus padres (17,05%) no hubo diferencias estadísticamente significativas. Sí se encontró la tendencia a tener más trastorno mental entre los reagrupados, con una Odds ratio de 1,53. No se pudieron encontrar diferencias en los resultados en relación al familiar con quien se quedaron en su país.

El que los niños convivieran o no con la madre no fue valorable porque únicamente en dos niños se partió de tal situación. El que no residieran con el padre, lo cual se dio en 66 casos, sí pareció influir aunque de manera no significativa en la salud mental de los niños, con unas prevalencias de trastorno mental entre los que vivían sin su padre en el domicilio de 27,27% y 18,65% entre los que convivían con él. Hubo una Odds Ratio de 1,63, que reflejó la tendencia a tener más trastornos emocionales entre los niños que vivían en hogares sin su padre.

La situación laboral de los padres que participaron en el estudio fue una variable que influyó de manera significativa en la salud mental de los niños. Entre aquellos que sí estaban activos la tasa de trastorno mental fue de 17,6% mientras que entre los que no estaban trabajando

fue de un 31,34%.

El no estar en situación laboral activa se debió por una parte al desempleo y también a dedicarse a las tareas del hogar (10,9% son amas de casa), ya que en un 82,3% de los cuestionarios fueron cumplimentados por las madres. Ya en estudios como el de Xue et al. (2005), aparece la importancia de la pobreza en la salud mental de los niños, con diferencias de distribución entre barrios de diferentes niveles socioeconómicos.

Al haber comparado los niños inmigrantes con los españoles de los mismos colegios y barrios, se intentó hacerlos homogéneos en la variable de nivel económico. Los resultados respecto a ocupación no fueron comparables debido a que el 46,6% de los inmigrantes tenían el padre o madre trabajando en una ocupación elemental (28% servicio doméstico), y el resto de los grupos fueron muy pequeños.

Respecto a cómo influyó el nivel de aculturación en la salud mental de los niños hemos encontrado en la literatura tal como se mencionó en la introducción que la estrategia de aculturación desarrollada iba a influir en el nivel de salud mental. Así la integración iba a ser menos causante de estrés que la marginalización o la asimilación. (Kvernmo & Heyerdahl, 2003).

En nuestro estudio hubo varias variables que registraron cómo se situaba la familia respecto a su país y a España. Analizando ya su repercusión en la salud mental, no hubo diferencias en cuanto a la distribución de trastorno mental en relación al grado de vinculación que tenían los inmigrantes con personas de su propio país. Tampoco las diferencias fueron estadísticamente significativas según grado de relación con personas españolas pero sí hubo cierta tendencia a tener más trastornos psiquiátricos cuando las familias tenían pocas o nulas relaciones. La odds ratio entre los que tuvieron poca o nada de relación con españoles y los que tuvieron bastante o mucha fue 2,46.

Otra variable que orientaba sobre el nivel de aculturación era el tipo de vinculación que se tenía con los españoles; nosotros apreciamos una tendencia a presentar menos frecuencia de trastorno mental a medida que aumentaba la vinculación con los españoles. Así cuando se tenían familiares españoles la prevalencia fue de 11,1%. La odds ratio entre los que no tenían ninguna relación con españoles o sólo tenían conocidos respecto los que tenían amigos o familiares españoles fue de 1,9

En nuestra muestra encontramos asociación estadísticamente significativa entre el deseo de regresar al país y trastorno mental. Entre los que sí deseaban regresar hubo una prevalencia de trastorno de 34,09%, mientras que entre los que le hubiera gustado regresar pero no pudieron fue de 20,23% y entre los que no quisieron regresar 15,04%. El p valor fue de 0.029.

La ODDS ratio entre los niños cuyos padres deseaban regresar y los que no lo deseaban

fue de 3. De esta forma estamos de acuerdo con autores como Yeh (2003) que encontró que entre los jóvenes asiáticos más identificados con América había menos síntomas de salud mental que entre los que se identificaban sobre todo con Asia. Entre los niños latinos que están en ambiente familiar más integrado, sin tanta añoranza del retorno hay menos problemas emocionales.

Sobre la última variable estudiada que fue el deseo de mantener las costumbres del propio país o de las costumbres españolas destacó que de igual manera que ocurrió con las relaciones con personas de su propio país o españolas, no influyó tanto el grado de vinculación con las costumbres propias sino cómo se sitúa uno ante lo español. En aquellos que no desearon mantener las costumbres españolas hubo una mayor tendencia a tener trastorno mentales, con una odds ratio de 1,72 entre los que no las deseaban mantener y los que sí. A partir de esto se podría reflexionar sobre la importancia de la relación con el país acogedor como fuente de estrés y riesgo de enfermedad.

Pasando a revisar las variables relacionadas con el estrés aculturativo encontramos un gran nivel de asociación entre este y la enfermedad mental. Tanto la percepción por parte de los padres de haber sido discriminados, como la percepción de que sus hijos han recibido un trato diferente va a asociarse de forma significativa a que los niños tengan una mayor prevalencia de trastorno mental. De hecho la prevalencia de trastorno mental entre los niños cuyos padres se habían sentido discriminados fue de 37,2% y de 40,7% si la discriminación la habían percibido sobre sus hijos.

También entre aquellos que consideraron que sus hijos habían tenido que repetir debido a la inmigración hubo cierta tendencia a tener más problemas psiquiátricos.

De esta forma consideramos que la percepción de discriminación tal como encontraron diversos autores (Duarte et al., 2008) (Beiser et al., 2011) fue la variable más correlacionada con desarrollar enfermedad mental entre los niños inmigrantes.

Otra variable que se asocia de manera significativa con la prevalencia de trastorno mental entre niños latinos es la presencia de síntomas psiquiátricos entre los padres. Aquellos cuyos padres tienen puntuación positiva en el GHQ y que se consideran probables casos psiquiátricos tienen una mayor prevalencia de trastorno mental. Se comprueba cómo el grado de bienestar psicológico de los padres va a condicionar el proceso de adaptación de sus hijos. Cuanto mejor estén los padres que suponen el soporte emocional de la familia, mejor estarán los hijos.

4.-IMPACTO CLÍNICO:

Los resultados del estudio tienen gran trascendencia a nivel organizativo asistencial al determinar que el colectivo de los niños inmigrantes latinos es un grupo de riesgo, con mayor prevalencia de trastorno mental que la población española estudiada.

Dichos datos deberían justificar el desarrollo de programas específicos de atención a la salud mental del niño inmigrante. Tal como se describe en la literatura (Garrison et al., 1999) (Casas, Achotegui, Collazos, & Flórez, 2005) consideramos necesario el desarrollo de programas de atención multidisciplinarios, que puedan atender a los niños junto a sus padres, que como hemos visto están también en muchos casos afectados por el proceso migratorio. Pero los resultados encontrados también nos hacen pensar en intervenciones preventivas a nivel comunitario que puedan facilitar la integración de los inmigrantes y que puedan disminuir sus experiencias de discriminación. Nuestros datos apoyan que las medidas desarrolladas tanto en escuelas como en la comunidad para mejorar la competencia cultural de los profesionales, para trabajar la interculturalidad están justificadas al prevenir los principales factores de riesgo: discriminación y adaptación a la nueva sociedad,

5.-FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO

Nuestra investigación fue diseñada según la metodología empleada en estudios epidemiológicos representativos que analizan los trastornos mentales en población general infantil. Un diseño en doble fase permitió aumentar el tamaño de la muestra.

En este estudio se emplearon unos instrumentos, tanto el CBCL como el DISC-IV, que se han validado en numerosas culturas y por lo tanto los hace muy adecuados para estudios transculturales.

El comparar los datos de los niños inmigrantes con una muestra de niños españoles de similares características socioeconómicas permite reducir el impacto de la variable nivel social.

Debido a que la escolarización es obligatoria, independientemente del estatus de legalidad de sus padres, para todos los niños hasta los 16 años en España, es un sistema de muestreo propicio para no perder la población en situación de ilegalidad.

Al centrarse únicamente en niños latinos se ha dejado de estudiar otros colectivos de inmigrantes. Del proyecto inicial de tener una muestra más representativa de todos los inmigrantes se ha acotado el estudio únicamente a niños latinos para homogeneizar la muestra, evitar

numerosos subgrupos que dificultarían el análisis, y por la dificultad de disponer de instrumentos validados en numerosas culturas. Por otra parte el colectivo de latinos es el más representativo de los niños inmigrantes como se ha podido conocer a través de los datos censales, posiblemente de manera secundaria a que la inmigración entre hispanos en muchas ocasiones viene precedida por la emigración de la mujer a la que sigue la reunificación familiar.

Se han seleccionado exclusivamente los niños escolarizados en colegios públicos, dejando 321 que estudian en centros concertados y privados, lo que puede implicar cierto sesgo en relación a la influencia del estatus económico.

En cada área de Palma se ha seleccionado el centro escolar con mayor población inmigrante y esto puede también implicar un sesgo ya que en centros educativos con menos niños inmigrantes pueden o bien estar más aislados, con menos apoyo de los pares o más sentimientos de discriminación, o por el contrario más integrados en la nueva sociedad al convivir exclusivamente con niños españoles.

Al utilizar instrumentos que obtienen la información únicamente de los padres puede ocurrir tal como se describe en los estudios de Vollebergh et al. (2005) que varían los diagnósticos.

Aunque entre los inmigrantes la participación fue de un 47,9%, entre los españoles sólo terminaron la segunda fase un 27,4%. Esta diferencia en participación pudo deberse a la información que se daba tanto en las reuniones informativas, como en las cartas explicativas, que posiblemente les hizo pensar que era un estudio exclusivo de inmigrantes y no tenían por qué participar. Siempre hay dudas respecto si los que no responden presentan más problemas mentales o menos que los que sí responden.

A diferencia de la información sobre la muestra inmigrante estudiada, que se podía generalizar a toda la población latina de Palma, los resultados obtenidos en la muestra de españoles únicamente hacían referencia a un sector de la población, en condiciones en muchos casos desfavorecidas, tal como se reflejaron en los datos de situación laboral, que fue incluso peor que entre los inmigrantes (mayor nivel de desempleo).

Como objetivos futuros para proseguir investigando proponemos :

-Ampliar la población diana a inmigrantes de otros orígenes para poder conocer el efecto de la inmigración en las distintas culturas.

-Extender el estudio a otros trastornos que no son evaluados por los instrumentos que hemos empleado como serían los trastornos de espectro autista.

-Incluir en los datos instrumentos que permitan obtener también información de los niños.

DISCUSIÓN

- Mejorar la divulgación del estudio a fin de evitar la no participación.
- Ampliar la edad de inclusión, para poder obtener información de lo que ocurre durante la adolescencia ya que es una edad asociada a muchas dificultades

VII.-CONCLUSIONES



1. La prevalencia de trastorno mental entre los niños inmigrantes latinos escolarizados en colegios públicos de Palma de Mallorca con edades entre 6 y 12 años es de 20,7% (IC:95%: 16,3-25)
2. La prevalencia en la misma población para los trastornos específicos es de: 12,59% para los trastornos de ansiedad, 1,80% para los afectivos, 2,4% para tics, 9,58% para trastornos externalizantes y 2,37% para los trastornos de eliminación.
3. La prevalencia de trastorno mental en la población española estudiada de similares características sociodemográficas fue menor, del 16,2 (IC95%:11-21,5). No se han podido determinar diferencias estadísticamente significativas entre ambas
4. Entre las variables sociodemográficas en los inmigrantes es un factor de riesgo para tener trastorno mental la inactividad laboral de los padres.
5. En los inmigrantes de segunda generación la prevalencia (19,56%) también es mayor que en población española.
6. La reagrupación familiar aumenta la tendencia a tener trastorno mental, pero sin determinarse la asociación estadística,
7. Los problemas de salud mental de los padres se asocian a mayor prevalencia de trastorno mental en los niños inmigrantes.
8. De las variables de aculturación ha sido el deseo de regresar a su país la asociada a tener trastornos mentales.
9. La percepción de discriminación ha sido la variable más correlacionada con desarrollar enfermedad mental entre los niños inmigrantes.

CONCLUSIONES

VIII.-BIBLIOGRAFÍA

A

- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Queen City: Queen City Printer.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms –Profiles*. Unites States of America: Library of Congress.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2007). *Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Unites States of America: Library of Congress.
- Achotegui, J. (2005). Emigration in hard conditions: The immigrant syndrome with chronic and multiple stress (ulysses' syndrome). [Emigrar en situacion extrema. El Síndrome del inmigrante con estres cronico y multiple (Síndrome de Ulises)] *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 16(60), 105-113.
- Alegria, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., Meng, X. L. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. latino groups. *The American Journal of Psychiatry*, 165(3), 359-369. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040704
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z., & Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across latino subgroups in the united states. *American Journal of Public Health*, 97(1), 68-75. doi: 10.2105/AJPH.2006.087205
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Woo, M., Torres, M., Gao, S., & Oddo, V. (2007). Correlates of past-year mental health service use among latinos: Results from the national latino and asian american study. *American Journal of Public Health*, 97(1), 76-83. doi: 10.2105/AJPH.2006.087197
- Alegria, M., Shrout, P. E., Woo, M., Guarnaccia, P., Sribney, W., Vila, D., Canino, G. (2007). Understanding differences in past year psychiatric disorders for latinos living in the US. *Social Science & Medicine (1982)*, 65(2), 214-230. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.026

Appelgren, K. E., & Spratt, E. (2012). Creemos juntos: Understanding and alleviating parental stress among lowcountry migrant workers. *Community Mental Health Journal*, 48(1), 79-83. doi: 10.1007/s10597-011-9372-2

B

Baubet, T., Moro.R.M. (2009) Psychopathologie transculturelle. Issy-les-Moulinaux :Elservier Masson

Beiser, M., Dion, R., Gotowiec, A., Hyman, I., & Vu, N. (1995). Immigrant and refugee children in canada. *Canadian Journal of Psychiatry.Revue Canadienne De Psychiatrie*, 40(2), 67-72.

Beiser, M., Hou, F., Hyman, I., & Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in canada. *American Journal of Public Health*, 92(2), 220-227.

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. doi: 10.1016/j.healthplace.2011.03.005

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.

Berkel, C., Knight, G. P., Zeiders, K. H., Tein, J. Y., Roosa, M. W., Gonzales, N. A., & Saenz, D. (2010). Discrimination and adjustment for mexican american adolescents: A prospective examination of the benefits of culturally-related values. *Journal of Research on Adolescence : The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 20(4), 893-915. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00668.x

Berry, J. W. (1989). Psychology of acculturation. *Nebraska Symposium on Motivation.Nebraska Symposium on Motivation*, 37, 201-234.

Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica.Supplementum*, (418)(418), 67-72.

- Bilenberg, N., Petersen, D. J., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in danish mainstream schools. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(1), 59-67. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00432.x
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., . . . Sanchez-Lacay, A. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in puerto rico. the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, *45*(12), 1120-1126.
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Shrout, P., Ramirez, R., . . . Martinez Taboas, A. (2001). Test-retest reliability of the spanish version of the diagnostic interview schedule for children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, *29*(5), 433-444.
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Kendler, K. S., Su, M., & Kessler, R. C. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: Evidence from the national comorbidity survey replication. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(3), 189-195. doi: 10.1097/01.nmd.0000243779.35541.c6
- Breslau, J., Borges, G., Hagar, Y., Tancredi, D., & Gilman, S. (2009). Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: Variation by origin and age at immigration. *Psychological Medicine*, *39*(7), 1117-1127. doi: 10.1017/S0033291708004698
- Breslau, J., Borges, G., Saito, N., Tancredi, D. J., Benjet, C., Hinton, L., . . . Medina-Mora, M. E. (2011). Migration from mexico to the united states and conduct disorder: A cross-national study. *Archives of General Psychiatry*, *68*(12), 1284-1293. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.140
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D., Saito, N., Kravitz, R., Hinton, L., . . . Aguilar-Gaxiola, S. (2011a). Migration from mexico to the united states and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: A cross-national study. *Archives of General Psychiatry*, *68*(4), 428-433. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.21
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D. J., Saito, N., Anderson, H., Kravitz, R., . . . Mora, M. E. (2011b). Health selection among migrants from mexico to the U.S.: Childhood predictors of adult physical and mental health. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, *126*(3), 361-370.

Brown, A. S. (2011). Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 2, 63. doi: 10.3389/fpsy.2011.00063

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. doi: 10.1017/S0954579409000285

C

Cabral, H., Fried, L. E., Levenson, S., Amaro, H., & Zuckerman, B. (1990). Foreign-born and US-born black women: Differences in health behaviors and birth outcomes. *American Journal of Public Health*, 80(1), 70-72.

Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramirez, R., . . . Martinez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in puerto rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85-93. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.85

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.12

Cantwell, R., Brewin, J., Glazebrook, C., Dalkin, T., Fox, R., Medley, I., & Harrison, G. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 174, 150-153.

Cardo, E., Servera, M., & Llobera, J. (2007). Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of majorca. [Estimacion de la prevalencia del trastorno por deficit de atencion e hiperactividad en poblacion normal de la isla de Mallorca] *Revista De Neurologia*, 44(1), 10-14.

Casas, M., Achotegui, J., Collazos, F., & Flórez, I. (2005). Psiquiatria cultural. *RTM-III recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales* (pp. 496-515). Barcelona: ARS MÉDICA.

BIBLIOGRAFÍA

- Cervantes, R. C., Salgado de Snyder, V. N., & Padilla, A. M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from central america and mexico. *Hospital & Community Psychiatry*, 40(6), 615-619.
- 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. doi: 10.1037/1099-9809.14.2.168
- Chimienti, G., Nasr, J. A., & Khalifeh, I. (1989). Children's reactions to war-related stress. affective symptoms and behaviour problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(6), 282-287.
- Choi, H., Meininger, J. C., & Roberts, R. E. (2006). Ethnic differences in adolescents' mental distress, social stress, and resources. *Adolescence*, 41(162), 263-283.
- Cochrane, R. (1979). Psychological and behavioural disturbance in west indians, indians and pakistanis in britain: A comparison of rates among children and adults. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 134, 201-210.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles Del Psicologo*, 29(3), 307-315.
- 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.
- 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
- Crijner, A. A. M., Bengi-Arslan, L., & Verhulst, F. C. (2000). Teacher-reported problem behaviour in turkish immigrant and dutch children: A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 439-444.

D

- 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. doi: 10.3399/bjgp09X407063
- Degarmo, D. S., & Martinez, C. R., Jr. (2006). A culturally informed model of academic well-being for latino youth: The importance of discriminatory experiences and social support. *Family Relations*, 55(3), 267-278. doi: 10.1111/j.1741-3729.2006.00401.x
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 54-62. doi: 10.1007/s00787-007-0636-x
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(3), 291-297. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.07.016
- Dion, K.K. & Dion, K.L. (2001). Gender and cultural adaptation in immigrant families. *Journal of Social Issues*, 57, 511-521.
- Duarte, C. S., Bird, H. R., Shrout, P. E., Wu, P., Lewis-Fernandez, R., Shen, S., & Canino, G. (2008). Culture and psychiatric symptoms in puerto rican children: Longitudinal results from one ethnic group in two contexts. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(5), 563-572. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01863.x

E

- Eapen, V., al-Gazali, L., Bin-Othman, S., & Abou-Saleh, M. (1998). Mental health problems among schoolchildren in united arab emirates: Prevalence and risk factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(8), 880-886. doi: 10.1097/00004583-199808000-00019
- EITINGER, L. (1959). The incidence of mental disease among refugees in norway. *The Journal of Mental Science*, 105(439), 326-338.

Ezpeleta, L., Guillamon, N., Granero, R., de la Osa, N., Maria Domenech, J., & Moya, I. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a spanish slum. *Social Science & Medicine (1982)*, 64(4), 842-849. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.10.031

F

Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 297-309. doi: 10.1177/1359104508100128

Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87(5), 366-370.

Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: Comparative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7407), 134. doi: 10.1136/bmj.327.7407.134

Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. (1997) America's children: Key national indicators of well-being. Washington, DC:Author.

Finch, B. K., Kolody, B., & Vega, W. A. (2000). Perceived discrimination and depression among mexican-origin adults in california. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 295-313.

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.

Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734. doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca

Florez, I., Aguirre, I., & Ibarra, O. (2008). Salud mental en un colectivo de emigrantes en palma de mallorca. *Medicina Balear*, 23(2), 27-32.

Fombonne, E. (1994). The chartres study: I. prevalence of psychiatric disorders among french school-age children. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 164(1), 69-79.

G

- 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.
- Gau, S. S., Chong, M. Y., Chen, T. H., & Cheng, A. T. (2005). A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in taiwan. *The American Journal of Psychiatry, 162*(7), 1344-1350. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1344
- Gergen, P. J., Ezzati, T., & Russell, H. (1988). DTP immunization status and tetanus antitoxin titers of mexican american children ages six months through eleven years. *American Journal of Public Health, 78*(11), 1446-1450.
- Goldberg, D., & William, P. (1996). *Cuestionario de salud general. GHQ. guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Goldlust, J., & Richmond, A. H. (1974). A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review, 8*, 193-225.
- 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.
- Gonzales, N., Deardorff, J., & Formoso, D. (2006). Family mediators of the relation between acculturation and adolescent mental health. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 55*, 318-330.
- Gonzales, N. A., German, M., Kim, S. Y., George, P., Fabrett, F. C., Millsap, R., & Dumka, L. E. (2008). Mexican american adolescents' cultural orientation, externalizing behavior and academic engagement: The role of traditional cultural values. *American Journal of Community Psychology, 41*(1-2), 151-164. doi: 10.1007/s10464-007-9152-x
- Goodman, R., & Richards, H. (1995). Child and adolescent psychiatric presentations of second-generation afro-caribbeans in britain. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 167*(3), 362-369.

- Goodman, R., Slobodskaya, H., & Knyazev, G. (2005). Russian child mental health--a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 14*(1), 28-33. doi: 10.1007/s00787-005-0420-8
- 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.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Anderson, K. (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among mexican americans and non-hispanic whites in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*(12), 1226-1233. doi: 10.1001/archpsyc.61.12.1226
- Greene, M. L., Way, N., & Pahl, K. (2006). Trajectories of perceived adult and peer discrimination among black, latino, and asian american adolescents: Patterns and psychological correlates. *Developmental Psychology, 42*(2), 218-236. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.218
- Guarnaccia, P. J., & Lopez, S. (1998). The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7*(3), 537-53, viii-ix.

H

- 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.
- Hickling, F. W., McKenzie, K., Mullen, R., & Murray, R. (1999). A jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a london psychiatric hospital. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 175*, 283-285.
- Hovey, J. D., & Magana, C. G. (2002). Exploring the mental health of mexican migrant farm workers in the midwest: Psychosocial predictors of psychological distress and suggestions for prevention and treatment. *The Journal of Psychology, 136*(5), 493-513. doi: 10.1080/00223980209605546

Hutchinson, G., Takei, N., Bhugra, D., Fahy, T. A., Gilvarry, C., Mallett, R., . . . Murray, R. M. (1997). Increased rate of psychosis among african-caribbeans in britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *171*, 145-147.

J

Jaycox, L. H., Stein, B. D., Kataoka, S. H., Wong, M., Fink, A., Escudero, P., & Zaragoza, C. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(9), 1104-1110. doi: 10.1097/00004583-200209000-00011

K

Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., . . . Fink, A. (2003a). A school-based mental health program for traumatized latino immigrant children. [pendiente de que la envíen bibliosalut] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 311-318. doi: 10.1097/00004583-200303000-00011

Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., . . . Fink, A. (2003b). A school-based mental health program for traumatized latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 311-318. doi: 10.1097/00004583-200303000-00011

Kolaitis, G., Tsiantis, J., Madianos, M., & Kotsopoulos, S. (2003). Psychosocial adaptation of immigrant greek children from the former soviet union. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*(2), 67-74. doi: 10.1007/s00787-003-0310-x

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. doi: 10.1097/00004583-200301000-00011

L

LaFromboise, T., Coleman, H. L., & Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, *114*(3), 395-412.

Lapouse, R., & Monk, M. A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 48(9), 1134-1144.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

M

Malzberg, B. (1964). Mental disease among native and foreign-born whites in new york state, 1949-1951. *Mental Hygiene*, 48, 478-499.

McKelvey, R. S., Sang, D. L., Baldassar, L., Davies, L., Roberts, L., & Cutler, N. (2002). The prevalence of psychiatric disorders among vietnamese children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 177(8), 413-417.

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. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01011.x

Mikolajczyk, R. T., Bredehorst, M., Khelaifat, N., Maier, C., & Maxwell, A. E. (2007). Correlates of depressive symptoms among latino and non-latino white adolescents: Findings from the 2003 california health interview survey. *BMC Public Health*, 7, 21. doi: 10.1186/1471-2458-7-21

Minnis, H., McMillan, A., Gillies, M., & Smith, S. (2001). Racial stereotyping: Survey of psychiatrists in the united kingdom. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7318), 905-906.

Mohler, B. (2001). Cross-cultural issues in research on child mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 763-76, ix.

Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: Toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 655-664. doi: 10.1093/schbul/sbq051

Mullick, M. S., & Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in bangladesh: An exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 663-671. doi: 10.1007/s00127-005-0939-5

Muñoz, P. *Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana*. (Unpublished . Beca Fis 93/0905,

N

National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organization. (1995) Mental Health of the immigrant child: A Report to the Annie E. Casey Foundation. Washington, DC: Author.

Nwadiora, E., & McAdoo, H. (1996). Acculturative stress among amerasian refugees: Gender and racial differences. *Adolescence*, 31(122), 477-487.

O

Odegaard, O. (1932). Emigration and insanity. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl*, 4, 1-206.

Odegaard, O. (1945). The distribution of mental diseases in norway. *Acta Psychiatr Neurol Scand*, 20, 247-252.

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.

Observatori Municipal de Palma. (2010). *Alumnado matriculado en centros de palma, por sexo, nacionalidad y tipo de centro. curso 09/10*. Retrieved 10/01, 2009, from http://www.observatoripalma.org/imgdb/archivo_doc8932.pdf

Observatori Municipal de la Igualtat. (2010). *Població estrangera 2009. anàlisis sociodemogràfica de la població estrangera empadronada a palma*. Retrieved 12/01, 2011, http://www.observatoripalma.org/imgdb/archivo_doc8322.pdf

P

Pedersen, C. B., Mortensen, P. B., & Cantor-Graae, E. (2011). Do risk factors for schizophrenia predispose to emigration? *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 229-234. doi: 10.1016/j.schres.2011.01.013

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. doi: 10.1037/0002-9432.74.2.174

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. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e4ce24

R

Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390-398. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816429c2

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.

Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 155(6), 715-725.

Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2006). Prevalence of youth-reported DSM-IV psychiatric disorders among african, european, and mexican american adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1329-1337. doi: 10.1097/01.chi.0000235076.25038.81

Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 959-967. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006

- Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montano, J. J., Salva, J. J., . . . Leal, S. (1999). Mental disorders on the island of formentera: Prevalence in general population using the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 410-415.
- Romero, A. J., Martinez, D., & Carvajal, S. C. (2007). Bicultural stress and adolescent risk behaviors in a community sample of latinos and non-latino european americans. *Ethnicity & Health*, 12(5), 443-463. doi: 10.1080/13557850701616854
- 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. doi: 10.1097/00004583-198909000-00001
- S**
- Sack, W. H., Clarke, G., Him, C., Dickason, D., Goff, B., Lanham, K., & Kinzie, J. D. (1993). A 6-year follow-up study of cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 431-437. doi: 10.1097/00004583-199303000-00027
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 760-765. doi: 10.1001/archpedi.158.8.760
- Sam, D. L. (2000). Psychological adaptation of adolescents with immigrant backgrounds. *The Journal of Social Psychology*, 140(1), 5-25. doi: 10.1080/00224540009600442
- Sardinero, E., Pedreira, J., & Muñoz, J. (1997). . El cuestionario CBCL de achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud: Revista De Psicología Clínica y Salud*, 3(8), 447-480.
- Selten, J. P., Cantor-Graae, E., & Kahn, R. S. (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 111-115. doi: 10.1097/YCO.0b013e328017f68e

BIBLIOGRAFÍA

- Selten, J. P., Cantor-Graae, E., Slaets, J., & Kahn, R. S. (2002). Odegaard's selection hypothesis revisited: Schizophrenia in surinamese immigrants to the netherlands. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(4), 669-671.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 28-38. doi: 10.1097/00004583-200001000-00014
- Smokowski, P. R., & Bacallao, M. L. (2007). Acculturation, internalizing mental health symptoms, and self-esteem: Cultural experiences of latino adolescents in north carolina. *Child Psychiatry and Human Development*, *37*(3), 273-292. doi: 10.1007/s10578-006-0035-4
- 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.
- Sowa, H., Crijnen, A. A., Bengi-Arslan, L., & Verhulst, F. C. (2000). Factors associated with problem behaviors in turkish immigrant children in the netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(4), 177-184.
- Srinath, S., Girimaji, S. C., Gururaj, G., Seshadri, S., Subbakrishna, D. K., Bholra, P., & Kumar, N. (2005). Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of bangalore, india. *The Indian Journal of Medical Research*, *122*(1), 67-79.
- 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.
- Stevens, G. W., & Vollebergh, W. A. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *49*(3), 276-294. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01848.x

T

- 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.
- 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.
- Tursz, A. (2001). Mental disorders in children: The value of epidemiology. [Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant: l'apport de l'epidemiologie] *Archives De Pediatrie : Organe Officiel De La Societe Francaise De Pediatrie, 8*(2), 191-203.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(4), 578-588.

V

- Vega, W. A., Sribney, W. M., Aguilar-Gaxiola, S., & Kolody, B. (2004). 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among mexican americans: Nativity, social assimilation, and age determinants. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(8), 532-541.
- Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*(6), 861-864. doi: 10.1097/00004583-198911000-00009
- 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
- Vuorenkoski, L., Kuure, O., Moilanen, I., Penninkilampi, V., & Myhrman, A. (2000). Bilingualism, school achievement, and mental wellbeing: A follow-up study of return migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 41*(2), 261-266.

Vuorenkoski, L., Moilanen, I., Myhrman, A., Kuure, O., Penninkilampi, V., & Kumpulainen, E. (1998). Long-term mental health outcome of returning migrant children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(4), 219-224.

W

Wong, D. F., Chang, Y., He, X., & Wu, Q. (2010). The protective functions of relationships, social support and self-esteem in the life satisfaction of children of migrant workers in shanghai, china. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 143-157. doi: 10.1177/0020764009102755

Wong, F. K., Chang, Y. L., & He, X. S. (2009). Correlates of psychological wellbeing of children of migrant workers in shanghai, china. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), 815-824. doi: 10.1007/s00127-009-0003-y

X

Xue, Y., Leventhal, T., Brooks-Gunn, J., & Earls, F. J. (2005). Neighborhood residence and mental health problems of 5- to 11-year-olds. *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 554-563. doi: 10.1001/archpsyc.62.5.554

Y

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.

Z

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.

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.

Zwirs, B. W., Burger, H., Schulpen, T. W., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J. K. (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 556-566. doi: 10.1007/s10802-007-9112-9

IX.-ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA INMIGRANTES

- FAMILIAR QUE RELLENA ENCUESTA 1.-padre
2.-madre
- SEXO DE SU HIJO/A: 1.-niño
2.-niña
- EDAD DE SU HIJO/A.....
- PAIS DE PROCEDENCIA.....
- ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE EMIGRÓ SU HIJO/A?.....
- ¿LLEGÓ A ESPAÑA TRAS LLEVAR TIEMPO SEPARADO DE USTED/ES? 1-si 2.-no
- ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE EMIGRÓ USTED?.....
- SI HUBO REUNIFICACIÓN FAMILIAR, CON QUIEN SE QUEDO EN SU PAÍS 1.-padre
2.-madre
3.-abuelos
4.-tíos
5.-otros
- NUMERO DE HERMANOS:.....
- NÚMERO HERMANOS EN ESPAÑA:.....
- ¿VIVE EN ESPAÑA LA MADRE? 1.-si
2.-no
- ¿VIVE EN ESPAÑA EL PADRE? 1.-si
2.-no
- ¿QUE CURSO ESTUDIA SU HIJO/A?.....
- ¿HA PERDIDO ALGÚN CURSO POR EMIGRAR? 1.-si
2.-no

-¿TRABAJA USTED?: 1.-si
2.-no

-¿CUAL ES SU TRABAJO?.....

-¿TIENEN PENSADO REGRESAR PRONTO A SU PAÍS?
1.-si
2.-no, aunque sería lo que nos gustaría
3.-no queremos regresar

-¿EN QUÉ GRADO SE RELACIONAN CON PERSONAS DE SU PAÍS DE ORIGEN?
1.-nada 2.-poco 3.-algo 4.-bastante 5.-mucho

-¿EN QUÉ GRADO SE RELACIONAN CON PERSONAS ESPAÑOLAS?
1.-nada 2.-poco 3.-algo 4.-bastante 5.-mucho

-¿CÚAL ES EL GRADO DE CONTACTO QUE MANTIENE VD CON PERSONAS ESPAÑOLAS?
1.-ningún contacto, en la calle y lugares públicos.
2.-por vecindad, trabajo o estudios, pero no suelo hablar.
3.-las ve a menudo por vecindad, trabajo o estudios
4.-tiene amigos españoles
5.-tiene parientes españoles

-¿SE HAN SENTIDO DISCRIMINADOS? 1.-si 2.-no

-¿CREE QUE EN ALGUNA OCASIÓN SU HIJO HA RECIBIDO UN TRATO DIFERENTE POR SER INMIGRANTE?
1.-si 2.-no

-SI DEPENDIERA DE USTED ¿MANTENDRÍA LAS COSTUMBRES DE SU PAÍS?
1.-si 2.-no

-SI DEPENDIERA DE USTED ¿MANTENDRÍA LAS COSTUMBRES DE ESPAÑA?
1.-si 2.-no

ANEXO 3

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(AS) DE 6-18 AÑOS PARA PADRES (CBCL/6-18)

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a), incluso aunque piense que otras personas no están de acuerdo con usted. Si lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2

<p>I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo(a)? Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>En comparación con otros(as) niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<p>En comparación con otros(as) niños(as) de su edad, ¿cómo hace cada uno de estos deportes?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Peor que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Mejor que los demás</td> </tr> </table>	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás							
No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás							
<p>II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo(a)? (No incluya deportes) Por ejemplo: coleccionar sellos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, coches, cantar, etc. (No incluya ver TV u oír la radio)</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>En comparación con otros(as) niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> </tr> </table>	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	<p>En comparación con otros(as) niños(as) de su edad, ¿cómo hace estas actividades?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Peor que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Mejor que los demás</td> </tr> </table>	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás							
No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás							
<p>III. ¿A qué organizaciones, clubes, equipos u otros grupos pertenece su hijo(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>En comparación con otros(as) niños(as) de su edad, ¿en qué grado se implica en cada uno de estos grupos?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No sé</td> <td>Menos activo</td> <td>Promedio</td> <td>Más activo</td> </tr> </table>	No sé	Menos activo	Promedio	Más activo					
No sé	Menos activo	Promedio	Más activo							
<p>IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo(a)? Por ejemplo: cuidar niños, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, etc. (Incluya tanto trabajos o tareas pagados como no pagados)</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>En comparación con otros(as) niños(as) de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No lo sé</td> <td>Peor que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Mejor que los demás</td> </tr> </table>	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás					
No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás							

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tiene su hijo(a)?
(No incluya a sus hermanos(as)) Ninguno 1 2 o 3 4 o más

2. Sin contar las horas que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa en actividades con sus amigos?
(No incluya a sus hermanos(as)) Menos de 1 1 o 2 3 o más

VI. En comparación con otros niños de la misma edad, ¿cómo....

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos y hermanas
b. se lleva con otros niños(as)/chicos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. juega solo(a) y hace sus tareas solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Rendimiento escolar No va al colegio porque _____

Marque una cruz en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo(a)

	Suspense (0-3)	Por debajo del promedio (4)	Promedio (5-6)	Por encima del promedio (7-10)
a. Lectura, Idiomas nacionales, Literatura, Gramática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia, Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias (física, química, biología)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras asignaturas como: Tecnología, Informática, Inglés, Francés, etc. No incluya religión, gimnasia, música	e. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Recibe su hijo(a) algún tipo de educación especial, está en una clase o en un colegio especial? No Sí-Especifique en qué tipo de clase o escuela especial está:

3. ¿Ha repetido su hijo(a) algún curso? No Sí- ¿Qué curso/s repitió y por qué?

4. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema académico o de otro tipo en el colegio? No Sí-Por favor, descríbalo

¿Cuándo empezaron estos problemas?

¿Han terminado estos problemas? No Sí-¿Cuándo?

¿Tiene su hijo alguna enfermedad o incapacidad (física o mental)? No Sí-Por favor descríbalas

¿Qué es lo que más le preocupa sobre su hijo(a)?

Por favor, describa los aspectos más positivos del niño

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as). Para cada frase que describe a su hijo(a) *ahora o durante los últimos seis meses* haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) *muy a menudo o bastante a menudo*. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) *algo o algunas veces*. Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo(a) *no es cierta*. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	1.	Se comporta como si fuera más pequeño	0	1	2	32.	Cree que tiene que ser perfecto(a)
0	1	2	2.	Bebe alcohol sin permiso de los padres	0	1	2	33.	Cree o se queja de que nadie le quiere
0	1	2	3.	Discute mucho	0	1	2	34.	Cree que los demás le quieren perjudicar
0	1	2	4.	No termina las cosas que empieza	0	1	2	35.	Se siente inferior o cree que no vale nada
0	1	2	5.	Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar	0	1	2	36.	Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso(a) a tener accidentes
0	1	2	6.	Hace sus necesidades fuera del váter	0	1	2	37.	Se mete en muchas peleas
0	1	2	7.	Es presumido(a), engreído(a)	0	1	2	38.	Los demás se burlan de él/ella a menudo
0	1	2	8.	No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo	0	1	2	39.	Va con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	9.	No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado(a) (describa): _____	0	1	2	40.	Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0	1	2	10.	No puede estar quieto(a) sentado(a), es movido(a), o hiperactivo(a)	0	1	2	41.	Impulsivo(a); actúa sin pensar
0	1	2	11.	Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0	1	2	42.	Prefiere estar solo(a)
0	1	2	12.	Se queja de que se siente solo(a)	0	1	2	43.	Mentiroso(a) o tramposo(a)
0	1	2	13.	Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	44.	Se muerde las uñas
0	1	2	14.	Llora mucho	0	1	2	45.	Nervioso(a), ansioso(a) o tenso(a)
0	1	2	15.	Es cruel con los animales	0	1	2	46.	Movimientos nerviosos o tics (describa): _____
0	1	2	16.	Es agresivo(a), cruel o malo(a) con los demás	0	1	2	47.	Pesadillas
0	1	2	17.	Sueña despierto(a); se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	48.	No cae bien a otros niños(a)/jóvenes
0	1	2	18.	Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	49.	Padece de estreñimiento
0	1	2	19.	Exige mucha atención	0	1	2	50.	Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0	1	2	20.	Rompe sus propias cosas	0	1	2	51.	Se siente mareado(a)
0	1	2	21.	Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas	0	1	2	52.	Se siente culpable por cualquier cosa
0	1	2	22.	Desobedece en casa	0	1	2	53.	Come demasiado
0	1	2	23.	Desobedece en la escuela	0	1	2	54.	Se cansa demasiado
0	1	2	24.	No come bien	0	1	2	55.	Tiene sobrepeso
0	1	2	25.	No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	0	1	2	56.	Problemas físicos <i>sin causa médica</i> :
0	1	2	26.	No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	a.	Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	27.	Se pone celoso(a) fácilmente	0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	28.	Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	c.	Náuseas, se siente mal
0	1	2	29.	Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa): _____	0	1	2	d.	Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas) (describa): _____
0	1	2	30.	Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	e.	Erupciones u otros problemas en la piel
0	1	2	31.	Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	f.	Dolores de estómago o retortijones
					0	1	2	g.	Vómitos
					0	1	2	h.	Otros (describa): _____
					0	1	2	57.	Ataca a otras personas físicamente
					0	1	2	58.	Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
					0	1	2	59.	Juega con sus órganos sexuales en público

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	60.	Juega demasiado con sus órganos sexuales	0	1	2	86.	Tozudo(a), malhumorado(a), irritable
0	1	2	61.	Trabajo deficiente en la escuela	0	1	2	87.	Cambios repentinos de humor o sentimientos
0	1	2	62.	Mala coordinación o torpeza	0	1	2	88.	Malhumorado(a), pone mala cara
0	1	2	63.	Prefiere estar con niños(as)/jóvenes mayores que él/ella	0	1	2	89.	Desconfiado(a), receloso(a)
0	1	2	64.	Prefiere estar con niños(as)/jóvenes menores que él/ella	0	1	2	90.	Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0	1	2	65.	Se niega a hablar	0	1	2	91.	Habla de querer matarse
0	1	2	66.	Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____	0	1	2	92.	Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____
0	1	2	67.	Se fuga de casa	0	1	2	93.	Habla demasiado
0	1	2	68.	Grita mucho	0	1	2	94.	Se burla de los demás o molesta mucho
0	1	2	69.	Muy reservado(a); se calla todo	0	1	2	95.	Tiene rabietas o mal genio
0	1	2	70.	Ve cosas que no existen (describa): _____	0	1	2	96.	Piensa demasiado sobre temas sexuales
0	1	2	71.	Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo	0	1	2	97.	Amenaza a otros
0	1	2	72.	Prende fuegos	0	1	2	98.	Se chupa el dedo
0	1	2	73.	Problemas sexuales (describa): _____	0	1	2	99.	Fuma tabaco
0	1	2	74.	Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso(a)	0	1	2	100.	No duerme bien (describa): _____
0	1	2	75.	Muy tímido(a)	0	1	2	101.	Hace novillos, falta a la escuela sin motivo
0	1	2	76.	Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes	0	1	2	102.	Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0	1	2	77.	Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche	0	1	2	103.	Infeliz, triste o deprimido(a)
0	1	2	78.	Desatento(a), se distrae fácilmente	0	1	2	104.	Más ruidoso(a) de lo común
0	1	2	79.	Problemas para hablar (describa): _____	0	1	2	105.	Toma alcohol o drogas (describa): _____
0	1	2	80.	Se queda mirando al vacío	0	1	2	106.	Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0	1	2	81.	Roba en casa	0	1	2	107.	Se orina en la ropa durante el día
0	1	2	82.	Roba fuera de casa	0	1	2	108.	Se orina en la cama
0	1	2	83.	Almacena cosas que no necesita (describa): _____	0	1	2	109.	Se queja mucho
0	1	2	84.	Comportamiento raro (describa): _____	0	1	2	110.	Desea ser del sexo opuesto
0	1	2	85.	Ideas raras (describa): _____	0	1	2	111.	Se aísla, no se relaciona con los demás
					0	1	2	112.	Se preocupa mucho
					0	1	2	113.	Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo(a) y que no esté incluido en esta lista.
					0	1	2		_____
					0	1	2		_____
					0	1	2		_____

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

ANEXO 4**General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 Items)****POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE:**

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

ULTIMAMENTE:

1. **Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual
Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2. **¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. **¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. **¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5. **¿Ha padecido dolores de cabeza?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. **¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. **¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
8. **¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
9. **¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10. **¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11. **¿Se ha notado con los nervios a flor de piel y malhumorado?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12. **¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
13. **¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**

No, en absoluto	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

ANEXO 5



Dra. Isabel Florez Fernández
servicio de psiquiatría
Hospital Son Dureta

Palma, 25 de noviembre de 2009

El Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears, en su reunión 11/09 de día 25 de noviembre de 2009, evaluó las aclaraciones del estudio N° IB 1245/09 PI, denominado **PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES EN NIÑOS INMIGRANTES LATINOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS EN PALMA DE MALLORCA** de la investigadora principal Dra. Isabel Florez Fernández del servicio de psiquiatría del Hospital Son Dureta.

Una vez presentadas y evaluadas, este Comité acuerda emitir informe favorable.

Lo que le comunica a los efectos oportunos.

Atentamentg,



Isabel M^a Borrás Rosselló
Secretaria en funciones del CEIC Illes Balears

ANEXO 6

Estimados padres de los alumnos del Colegio Público de

Soy la Dra. Isabel Flórez Fernández, psiquiatra infantil del Hospital Universitario de Son Dureta. Les escribo para informarles del estudio que estamos realizando en diversos centros escolares de Palma de Mallorca y que en los próximos días se hará en el colegio de Son Piza, al que asisten sus hijos.

El estudio Transpalma, estudia los problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes de origen latino entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca, comparándolos con los niños de nacionalidad española. El objetivo es determinar si el duro proceso que es la emigración y el cambio de residencia, de costumbres, etc, puede afectar de alguna manera en el bienestar de su hijo. Esto puede ayudar a la mejor planificación de los recursos sanitarios.

Por ello se hará una selección al azar en la que su hijo puede ser elegido por su nacionalidad procedente de un país Latinoamericano o bien por su origen español..

Dicho estudio ha sido aprobado por la Conselleria d'Educació y por el Comité Etico de la Conselleria de Sanitat.

El procedimiento a seguir de dicho estudio será el siguiente:

- 1.-A los niños seleccionados sus profesores les entregarán un sobre con un cuadernillo dentro que tendrán que rellenar uno de ustedes (padre o madre). El tiempo aproximado de cumplimentación es de 20 minutos.
- 2.-Ustedes devolverán el cuestionario al profesor de su hijo en el sobre cerrado.
- 3.-A algunos de ustedes les llamaremos al teléfono que nos habrá facilitado en el cuestionario y concertaremos una cita para una entrevista, intentando adaptarnos a su disponibilidad de horarios.
- 4.-Si se realiza la entrevista con ustedes será de una hora de duración. En ningún momento hablaremos con sus hijos.

El próximo día **14de enero jueves a las 17.30** en la **sala de Audiovisuales** haremos una reunión informativa para aclararles todas las dudas que puedan tener. Habrá servicio de guardería gratuita que proporciona la APIMA. También nos pueden localizar y consultar en el número de teléfono **658.152.498** o correo mi.florez@ssib.es

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán **anónimas**.

Muy agradecida por su atención

Dra Isabel Flórez

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio TRANS PALMA

El propósito de esta ficha de consentimiento es informar a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma.

La presente investigación es conducida por la Dra. Isabel Flórez Fernández del Hospital Universitario de Son Dureta. El propósito de este estudio es evaluar los problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes de origen latino entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca, en relación a niños de origen español. Esto puede ayudar a la mejor planificación de los recursos sanitarios y poder hacer campañas de prevención. Por otra parte en el caso de detección de problemas en su hijo se le comunicaría a través del número de teléfono que usted nos da.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder este cuadernillo que se calcula hacer en 20 minutos. Incluye las variables sociodemográficas, el CBCL y el GHQ, A algunos casos de ustedes se le pedirá responder a preguntas en una entrevista (DISC-IV), que se concertará vía telefónica y cuya duración es de una hora. Toda la información procederá de ustedes; en ningún momento vamos a hablar con sus hijos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Los datos recogidos en la base de datos serán anónimos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique a usted o a su hijo en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Isabel Flórez Fernández. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la presencia de problemas conductuales y emocionales en niños emigrantes de origen latino entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca.

Me han indicado también que tendré que responder este cuestionario y en ocasiones preguntas en una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del Participante

Fecha