

**SOLUCIONES DEFINIDAS POR LA
COMUNIDAD PARA REDUCIR DISPARIDADES
EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL
QUE RECIBEN LOS LATINOS**

INFORME POBLACIONAL DEL GRUPO LATINO DE TRABAJO
DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL PROYECTO DE
CALIFORNIA PARA REDUCIR DISPARIDADES



CENTRO PARA REDUCIR DISPARIDADES EN SALUD, UC DAVIS

2921 Stockton Blvd, Suite 1400, Sacramento, CA 95817

E-MAIL: CRHD@ucdmc.ucdavis.edu

ucdmc.ucdavis.edu/crhd

Cita sugerida:

Aguilar-Gaxiola, S., Loera, G., Méndez, L., Sala, M., Concilio Latino para la Salud Mental, y Nakamoto, J. (2012). *Soluciones definidas por la comunidad para reducir disparidades en los servicios de salud mental que reciben los Latinos: Proyecto de California para Reducir Disparidades, Informe Poblacional del Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica*. Sacramento, CA: UC Davis.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Agradecimientos..... | iv |
| Resumen ejecutivo | vi |
| Capítulo 1: Introducción | 1 |
| Antecedentes de la población latina en los EE. UU. y California | 2 |
| Estado de salud mental de los latinos | 2 |
| Utilización de los servicios de salud mental por los latinos | 3 |
| Integración de los servicios de salud mental y la atención primaria de salud | 5 |
| Obstáculos relacionados con el acceso y la utilización de los servicios de salud mental por los latinos | 6 |
| Determinantes sociales de la salud mental para los latinos..... | 7 |
| El futuro de los latinos de la tercera edad al enfrentarse a la exclusión social | 8 |
| Valores culturales de los latinos que afectan la atención de salud mental | 8 |
| Limitaciones del conocimiento existente sobre la atención de salud mental para los latinos | 9 |
| Investigación participativa con base en la comunidad..... | 9 |
| El Proyecto de California para Reducir Disparidades (<i>California Reducing Disparities Project</i>)..... | 10 |
| Antecedentes y la Ley de Servicios de Salud Mental | 10 |
| Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica (SPW, por sus siglas en inglés) | 11 |
| Objetivo del informe | 12 |
| Capítulo 2: Metodología de investigación | 15 |
| Organización del estudio | 16 |
| Estructura de las Mesas de Trabajo | 16 |
| Selección de lugares y participantes | 16 |
| Participantes en foros de condados | 19 |
| Participantes en foros LGBTQ | 19 |
| Participantes en foros de escuelas preparatorias y colegios comunitarios..... | 19 |
| Análisis de datos | 20 |
| Capítulo 3: Resultados y discusiones | 21 |
| Acceso: Obstáculos individuales, comunitarios y sociales a la atención de salud | 22 |
| Obstáculos individuales para acceder a la atención de salud mental | 22 |
| Estigma asociado a los problemas de salud mental..... | 22 |
| Obstáculos culturales..... | 23 |
| Masculinidad | 24 |
| Violencia y trauma..... | 24 |
| Obstáculos relacionados con el conocimiento y la toma de conciencia..... | 25 |
| Obstáculos comunitarios para acceder a la atención de salud mental | 26 |
| Escasez de servicios cultural y lingüísticamente apropiados | 26 |
| Escasez de profesionales de salud mental calificados..... | 26 |
| Escasez de programas académicos de salud mental en las escuelas..... | 27 |
| Obstáculos estructurales a la atención de salud..... | 28 |

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Obstáculos sociales para acceder a la atención de salud mental | 28 |
| Recursos socioeconómicos y condiciones de vida | 29 |
| Transporte inadecuado | 29 |
| Exclusión social | 30 |
| Estrategias para mejorar el acceso a los programas y servicios existentes..... | 31 |
| Recursos comunitarios y culturales..... | 31 |
| Resiliencia individual y comunitaria | 31 |
| Participación de la familia..... | 31 |
| La iglesia y los líderes religiosos | 32 |
| Mentores y modelos de la comunidad..... | 32 |
| Pláticas comunitarias | 33 |
| Estrategias identificadas por la comunidad para los programas de prevención e intervención temprana | 34 |
| Programas de salud mental en las escuelas | 34 |
| Instituciones comunitarias y coubicación de recursos | 35 |
| Medios de comunicación comunitarios..... | 36 |
| Tratamiento adecuado en términos culturales y lingüísticos..... | 37 |
| Desarrollo de fuerza de trabajo: Formación de trabajadores del sector de la salud mental culturalmente competentes..... | 37 |
| Vinculación y participación comunitarias | 38 |
| Evaluación y resultados | 39 |
| Estrategias efectivas para diseñar enfoques eficaces para la evaluación de las recomendaciones implementadas | 39 |
| Confiabilidad y relevancia | 39 |
| Conocimiento y compromiso de atender a los latinos | 39 |
| Participación del usuario y la familia | 39 |
| Grupos de directores | 39 |
| Estrategias de prevención e intervención temprana identificadas por la comunidad para mejorar el tratamiento de salud mental..... | 40 |
| Estrategias centrales identificadas por la comunidad para mejorar los servicios y tratamientos comunitarios | 40 |
| Estrategia central 1. Implementar estrategias entre compañeros..... | 40 |
| Estrategia central 2. Emplear planes de estudio de psicoeducación familiar..... | 40 |
| Estrategia central 3. Promover el bienestar y el manejo de enfermedades | 40 |
| Estrategia central 4. Emplear estrategias de desarrollo de capacidades comunitarias | 40 |
| Estrategia central 5. Crear una campaña educativa significativa para reducir el estigma | 41 |
| Estrategia central 6. Incluir las mejores prácticas en servicios integrados para reforzar el tratamiento | 41 |
| Estrategias directivas y recomendaciones para reducir las disparidades en salud mental..... | 41 |
| Estrategias directivas y acciones recomendadas | 41 |
| Estrategia directiva 1: Programas académicos de salud mental en las escuelas | 41 |
| Estrategia directiva 2: Instituciones comunitarias y coubicación de servicios | 42 |
| Estrategia directiva 3: Medios de comunicación social y comunitarios | 42 |
| Estrategia directiva 4: Desarrollo de la fuerza de trabajo | 43 |

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Estrategia directiva 5: Tratamiento lingüística y culturalmente apropiado | 43 |
| Estrategia directiva 6: Desarrollo de capacidades, vinculación y participación comunitarias | 43 |
| Estrategia directiva 7: Incorporación de las recomendaciones de este informe a todos los programas financiados por la ley MHSA | 44 |
| Capítulo 4: Programas y prácticas efectivos determinados por la comunidad..... | 45 |
| Conclusiones..... | 59 |
| Referencias | 61 |
| Apéndice 1: Implicaciones, fortalezas y limitaciones, y recomendaciones para futuras investigaciones | 69 |
| Apéndice 2: Miembros del Concilio Latino para la Salud Mental..... | 71 |
| Apéndice 3: Características demográficas de los participantes | 73 |
| Apéndice 4: Guía de preguntas para los grupos focales..... | 75 |
| Apéndice 5: Manual para las Mesas de Trabajo | 77 |
| Apéndice 6: Abreviaturas y siglas..... | 79 |
| Anexo 1: Prevalencia del tratamiento mínimamente adecuado (MAT) por lugar de nacimiento | 5 |
| Anexo 2: Cinco iniciativas de la Ley de Servicios de Salud Mental | 11 |
| Anexo 3: Modelo lógico de las soluciones de la comunidad para el Proyecto sobre Disparidades en Servicios de Salud Mental de los Latinos | 13 |
| Anexo 4: Seis estrategias clave de las Mesas de Trabajo para latinos | 17 |
| Anexo 5: Lugar de los foros por ciudad, región y condado | 18 |
| Anexo 6: Esquema de organizaciones con programas efectivos determinados por la comunidad del SPW Latino | 48 |

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto, implementado por el Centro para Reducir Disparidades en Salud de UC Davis (CRHD, por sus siglas en inglés) con la colaboración del Departamento de Salud Mental de California, representa un esfuerzo integral para llegar a los latinos, vincularlos y reunir las voces de la comunidad latina que hasta ahora no se habían escuchado. Mediante este proyecto, CRHD creó alianzas con comunidades latinas históricamente desatendidas o desfavorecidas, organizaciones comunitarias y un grupo de líderes y promotores comunitarios apasionados y con gran dedicación, El Concilio (consulte el Apéndice 2), que atienden y comprenden las necesidades de las comunidades latinas. En particular, queremos agradecer a las personas que nos ayudaron a organizar y llevar a cabo los foros comunitarios y a las agencias donde se realizaron los foros. Ellos son:

Facilitadores de los foros: John Aguirre – NAMI California; Leticia Alejandre – California Family Resource Association; Sophie Cabrera – El Dorado County Health and Human Services Agency; Benjamin Flores – Ampla Health; Juan García – El Concilio de Stockton; Juan García – Integral Community Solutions Institute; Luis García – Pacific Clinics; Piedad García – County of San Diego Mental Health Services; Jesse Herrera – Monterey County; Manuel Jimenez – Merced County; Maria Lemus – Visión y Compromiso; Roger Palomino – Integral Community Solutions Institute; Hilton Perez – Ampla Health; Erika Reyes – The Wall - Las Memorias Project; Refugio “Cuco” Rodriguez – Santa Barbara County Alcohol, Drug and Mental Health Services; Ricardo Vasquez – Integral Community Solutions Institute; Henry Villanueva – Ventura County Behavioral Health Department; y Richard Zaldivar – The Wall - Las Memorias Project.

Directores de servicios étnicos de condados: Gigi Crowder – Alameda; Piedad García – San Diego; Mario Guerrero – Sonoma; Jesse Herrera – Monterey; Nelson Jim – San Francisco; JoAnn Johnson – Sacramento; Gladys Lee – Los Ángeles; Jaime Molina – Santa Cruz; Imo Momoh – Contra Costa; Refugio “Cuco” Rodriguez – Santa Bárbara; Luis Tovar – Ventura; Barbara Ann White – Alameda; y Lynda Yoshikawa – San Benito.

Organizaciones: Ampla Health (anteriormente Del Norte Clinics, Inc.) – Chico; Barrio Action – Los Ángeles; Boys & Girls Club – Salinas; El Centro – Oakland; El Concilio – Stockton; Fresno Center – Fresno; Health and Human Services Agency – San Diego; Pacific Clinics – Arcadia; Biblioteca pública de Placerville – Placerville.; Spanish Arte – Sacramento; y The Wall-Las Memorias – Los Ángeles.

Otros: Marina Augusto, Gerente de Servicios de Personal, y Kimberly Knifong, Departamento de Salud Mental de California, Oficina de Servicios Multiculturales; Coalición Multicultural MHSA de California (*California MHSA Multicultural Coalition*, CMMC); y los Grupos de Trabajo de Planificación Estratégica de Afroamericanos, Asiáticos e Isleños del Pacífico, Nativos Americanos y Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e

Inquisitivos (LGBTQ).

Estudiantes voluntarios: Mayra Gutierrez – Estudiante, Secundaria Cristo Rey, Sacramento, California; Mariel Lerma – Estudiante, Universidad de California, Davis; David Patron – Estudiante, Universidad de California, Davis; y Wendy Reyes – Estudiante, Secundaria Cristo Rey, Sacramento.

Agradecimientos especiales:

Agradecemos profundamente y estamos en deuda con **Rachel Guerrero**, cuya perspectiva, liderazgo y promoción fueron clave para el desarrollo y la implementación inicial del Proyecto para la Reducción de Disparidades de California. Ella comprendió la necesidad de que se escuchen las voces históricamente silenciadas de las distintas comunidades desfavorecidas de California y nos recordó a todos la importancia fundamental de traducir esas voces en evidencia definida por la comunidad que permita modificar las políticas y prácticas de los servicios de salud mental en California.

Nuestro profundo agradecimiento a **Ambrose Rodriguez**, CEO y fundador del Instituto Latino de Salud Mental (*Latino Behavioral Health Institute*, LBHI), por su liderazgo y compromiso con este proyecto tan importante. Ambrose y su equipo realizaron los primeros tres foros y ayudaron a preparar el terreno para el resto del proyecto.

Queremos reconocer la invaluable contribución de la **Dra. Katherine Flores**, cuya generosidad y visión nos permitieron convocar la primera reunión con el financiamiento de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (*Health Resources and Services Administration*, HRSA) de U.S. – Mexico Border Centers of Excellence Consortium “*Collaborations To Eliminate Disparities: Model Programs That Work*”. La primera reunión culminó con la creación del Concilio Latino para la Salud Mental (*Latino Mental Health Concilio*) de California. La Dra. Flores también es miembro del Concilio y participó activamente en las reuniones y llamadas telefónicas mensuales, además de realizar importantes contribuciones al estudio y a este informe.

Muchas gracias a la **Dra. Nina Wallerstein** por su generosidad para reunirse con los miembros del Concilio al comienzo de este proyecto, y por ayudarnos a crear un modelo basado en la investigación participativa con base en la comunidad (CBPR, por sus siglas en inglés), que nos guió en todo el proyecto.

También queremos agradecer la participación de **Yiling Loera**, que altruistamente ofreció su tiempo para crear el sitio web del Concilio Latino para la Salud Mental en la primera etapa del proyecto.

Agradecemos la ayuda y colaboración del **Centro para la Ciencia Clínica Traslacional** (*Clinical and Translational Science Center*, CTSC) de UC Davis. Nuestro proyecto contó con el respaldo parcial del Centro Nacional de Recursos para la Investigación (*National Center for Research Resources*, NCRR),

AGRADECIMIENTOS

los Institutos Nacionales de la Salud (*National Institutes of Health*, NIH), mediante el financiamiento #UL1 RR024146. El contenido del presente es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente refleja las opiniones oficiales de NIH.

Por último, y muy especialmente, queremos decir que no hay palabras para expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las personas y comunidades de California que participaron en los foros comunitarios o Mesas de Trabajo y grupos focales. Nuestro agradecimiento a la multitud de latinos de toda California que compartieron su valioso tiempo, experiencia y sabiduría con nosotros, y esperamos que encuentren que sus voces están bien representadas en

este informe. Aunque el personal de CRHD estuvo a cargo de dirigir el proceso para escribir y llegar a las conclusiones y recomendaciones que se presentan en este informe, puede decirse, que en sentido figurado, fueron los participantes mismos quienes redactaron el informe. Siempre estaremos en deuda con los miembros de la comunidad latina por acceder a compartir sus puntos de vista. Su involucramiento fue un desprendimiento natural de la confianza generada y de la convicción de que el mensaje se transmitiría a los responsables de políticas públicas en materia de salud mental y que su participación contribuiría para mejorar el acceso a una atención de salud de calidad, reducir las disparidades en los servicios de salud mental y mejorar la calidad de vida de los latinos y otras poblaciones desfavorecidas de California.

RESUMEN EJECUTIVO

En nombre del Departamento de Salud Mental de California (CDMH, por sus siglas en inglés), nos complace presentarles los resultados de la investigación del **Proyecto para Reducir Disparidades de California** (*California Reducing Disparities Project, CRDP*): **Grupo latino de trabajo de planificación estratégica** (*Strategic Planning Workshop, SPW*). Este Resumen Ejecutivo ofrece una breve reseña del Proyecto CRDP, seguida de una reseña del objetivo de la investigación, el estado de salud mental de los latinos, los resultados principales, las estrategias identificadas por la comunidad para mejorar el tratamiento de salud mental y las recomendaciones y estrategias directivas para reducir las disparidades en salud de los latinos.

Este proyecto analizó las disparidades en salud mental de la población latina. Nuestro objetivo fue desarrollar e implementar un proceso adecuado para identificar prácticas prometedoras fundamentadas en las fortalezas definidas por la comunidad, modelos, recursos y enfoques para que puedan utilizarse como estrategias para reducir las disparidades en salud mental. Para lograr nuestro objetivo, utilizamos una serie de temas del Departamento de Salud Mental de California (2009). También utilizamos el método de trabajo de la investigación participativa con fundamentos basados en la comunidad (CBPR) de Minkler y Wallerstein (2008) para garantizar una participación comunitaria continua que con el tiempo vaya creando y fortaleciendo las alianzas y logre una mayor vinculación comunitaria (McCloskey *et al.*, 2011).

En general, nuestros resultados sugieren que a los grupos raciales y étnicos minoritarios de los EE. UU. les va mucho peor que a sus compañeros blancos ("whites") en una gran variedad de indicadores de salud (Smedley, Stith y Nelson, 2003). Los grupos étnicos y raciales no blancos hoy constituyen un tercio de la población de los Estados Unidos (Humes, Jones y Ramirez, 2011), y a medida que la población del país se vuelve cada vez más diversa, la aprobación de la ley de reforma del servicio de salud (Andrulis, Siddiqui, Purtle y Duchon, 2010) se convierte en un reglamento clave para promover la equidad en salud en todas las poblaciones de diversidad étnica, racial y sexual.

EL PROYECTO DE CALIFORNIA PARA REDUCIR DISPARIDADES (CALIFORNIA REDUCING DISPARITIES PROJECT)

Con el objetivo de reducir las disparidades en salud mental, mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud y aumentar los resultados positivos para las comunidades raciales, étnicas, LGBTQ y culturales en California, el Departamento de Salud Mental de California lanzó una iniciativa de Prevención e Intervención Temprana con asignaciones de la Proposición 63, conocida como la Ley de Servicios de Salud Mental (*Mental Health Services Act, MHSA*). El proyecto se centra en cinco poblaciones: (1) Afroamericanos; (2) Asiáticos / Isleños del

Pacífico; (3) Latinos; (4) Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Inquisitivos (LGBTQ); y (5) Nativos Americanos. Como parte del proyecto, se crearon cinco Grupos de Trabajo de Planificación Estratégica (SPW), uno correspondiente a cada población, con el objetivo de suministrarle al Departamento de Salud Mental de California evidencia definida por la comunidad y estrategias específicas de la población para reducir las disparidades en salud mental.

La iniciativa Prevención e Intervención Temprana (PEI, por sus siglas en inglés) es clave para reducir las disparidades y los factores de riesgo, y crear factores y aptitudes de protección. El National Research Council and Institute of Medicine (NRC/IOM; 2009) define a la "prevención" como programas y servicios destinados a "poblaciones que actualmente no padecen un trastorno, con tres niveles de intervención: *universal* (para todos), *selectivo* (para grupos o personas que tienen un riesgo mayor al promedio) e *indicado* (para personas con alto riesgo con fenotipos específicos o síntomas tempranos de un trastorno). No obstante, también hace un llamado a la comunidad para la prevención para que adopte la promoción de la salud mental dentro del espectro de la investigación de salud mental" (pág. 386).

La primera actividad del Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica se llevó a cabo en mayo de 2009 durante una reunión a la que asistieron 15 personas, entre ellas, investigadores, responsables de políticas públicas, líderes de salud mental pública, usuarios y defensores, líderes de salud comunitaria, directores de servicios étnicos y profesionales de la educación. La reunión inicial consistió en (1) una presentación y debate de los objetivos generales del SPW Latino; (2) una presentación del modelo CBPR como marco de referencia para guiar el trabajo de este grupo de partes interesadas, y (3) la creación del Concilio Latino para la Salud Mental (consulte la lista de miembros del Concilio en el Apéndice 2). El Concilio está constituido principalmente por varios grupos que representan una gama de intereses, edades, tipos de profesión y niveles académicos, entre ellos, defensores de usuarios de servicios de salud mental, directores de servicios étnicos, proveedores de servicios de salud mental, promotoras, educadores y representantes de diversos grupos, incluyendo trabajadores migrantes, trabajadores del sector de justicia juvenil y personas LGBTQ. El Departamento de Salud Mental de California otorgó el financiamiento que permitió al Centro para Reducir Disparidades en Salud (CRHD) de la Universidad de California, Davis, desarrollar el SPW Latino y planificar y llevar a cabo los objetivos y actividades del SPW Latino. Se eligió al CRHD de UC Davis por su vasta trayectoria en el estudio y tratamiento de temas de salud mental entre los latinos de California. Durante la reunión, el SPW Latino se propuso elaborar una agenda política y de investigación a largo plazo para brindar apoyo a las estrategias con fundamentos sólidos para reducir las disparidades en los servicios de salud mental para latinos en California.

RESUMEN EJECUTIVO

ESTADO DE SALUD MENTAL DE LOS LATINOS

Muchos de los latinos nacidos en el extranjero ingresaron a los EE. UU. como trabajadores migrantes y, después de muchos años de trabajo, trajeron a sus familias para establecerse en el país en forma permanente. Sin embargo, el proceso de inmigración y la transición de su país de origen a los EE. UU. fue difícil para este segmento de la población latina. Muchos han sufrido grandes presiones para aculturarse y asimilarse, y además han tenido que lidiar con el estrés ocasionado por las dificultades económicas y pobreza que a menudo acompañan estas transiciones tan difíciles. Como resultado de la inmigración a los EE. UU., muchos latinos se han enfrentado a diversas experiencias y factores estresantes (p. ej., problemas de vivienda, abuso, trauma, estigma y discriminación) que de no tratarse y resolverse pueden conducir a problemas de salud mental.

La falta de sensibilidad de servicios cultural y lingüísticamente apropiados (p. ej., en el idioma preferido por los clientes), sumada al estigma de la salud mental, hace que muchos latinos con enfermedades mentales no busquen la atención de salud que necesitan. La falta de profesionales de salud mental completamente bilingües y biculturales normalmente se traduce en obstáculos idiomáticos y a menudo origina problemas de comunicación e interpretación. El idioma es un factor importante asociado al uso de los servicios de salud mental y la eficacia del tratamiento. Lamentablemente, la cantidad de profesionales con buen dominio del español sigue siendo insuficiente para satisfacer las necesidades de los latinos, en especial de los inmigrantes monolingües. Los latinos con un dominio limitado del inglés por lo general no cuentan con la información clave importante, por ejemplo, cómo y dónde buscar los servicios de salud mental. Por otro lado, los obstáculos idiomáticos contribuyen a los problemas que enfrentan los latinos para acceder al transporte público para ir a las clínicas de salud mental y a las dificultades que tienen para llenar los papeles necesarios en las clínicas.

ACCESO: OBSTÁCULOS INDIVIDUALES, COMUNITARIOS Y SOCIALES A LA ATENCIÓN DE SALUD

Este estudio se enfocó en identificar las prácticas efectivas de la comunidad para aumentar la concientización y el acceso a los servicios de salud mental y mejorar la prevención e intervención de los latinos en California. Esta sección del informe está organizada en tres áreas principales: (1) obstáculos individuales, (2) obstáculos comunitarios y (3) obstáculos sociales.

Resultado principal 1: Los participantes del estudio y los foros observaron que las percepciones negativas sobre la atención de salud mental representan un factor importante que contribuye al acceso limitado o la falta

de acceso a la atención de salud. Entre muchas otras inquietudes, las más comunes fueron el estigma, la cultura, la masculinidad, la exposición a la violencia y la falta de información y concientización.

Los participantes del foro informaron que el acceso limitado o la falta de acceso a los servicios de salud mental representan un factor significativo que afecta la salud mental de la comunidad latina. Los participantes también mencionaron los obstáculos para acceder a los servicios de salud mental e identificaron muchas de las causas relacionadas con dichos obstáculos. El análisis del contenido de los resúmenes de las Mesas de Trabajo y los grupos focales generó cinco temas centrales relativos a los obstáculos individuales: (1) estigma asociado a los problemas de salud mental, (2) obstáculos culturales, (3) masculinidad, (4) violencia y trauma, y (5) falta de conocimiento y conciencia sobre el sistema de salud mental. Hemos detallado cada uno de los obstáculos, e incluimos referencias para permitirles a los lectores comprender las opiniones de los participantes en sus propias palabras.

Resultado principal 2: Una parte significativa de los participantes latinos creen que el acceso limitado y la utilización deficiente de los servicios de salud mental en la comunidad latina se deben principalmente a la carencia de servicios cultural y lingüísticamente apropiados, sumado a la falta de trabajadores de la salud mental bilingües y biculturales, la escasez de programas educativos para jóvenes latinos y un sistema de atención de salud que es excesivamente rígido.

A partir del análisis del contenido de las Mesas de Trabajo, surgieron cuatro temas persistentes en el ámbito de la comunidad. Estos temas, que representan obstáculos que contribuyen a una atención de salud inadecuada y una salud mental y evolución más pobres en términos generales, son los siguientes: (1) escasez de servicios cultural y lingüísticamente apropiados, (2) escasez de profesionales capacitados en salud mental, (3) escasez de programas de salud mental académicos y escolares, y (4) obstáculos estructurales a la atención de salud. Los cuatro temas centrales se analizaron como áreas de preocupación para lidiar con las causas de las enfermedades mentales, y se consideraron obstáculos para acceder y utilizar los servicios de salud mental.

Resultado principal 3: Los participantes identificaron los factores sociales y económicos como las causas principales de enfermedades mentales y los obstáculos importantes para lograr y mantener el bienestar entre los latinos.

Los determinantes sociales de la salud mental constituyeron un tema predominante en todos los grupos. Los determinantes sociales se refieren a las condiciones sociales en las que la gente crece, vive,

RESUMEN EJECUTIVO

trabaja y envejece, y que tienen una influencia poderosa sobre la salud de las personas (*Commission on Social Determinants of Health*, 2007). El análisis de contenido reveló los siguientes tres obstáculos clave: (1) recursos sociales y económicos y condiciones de vida, (2) transporte inadecuado y (3) exclusión social.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS EXISTENTES

En esta sección del informe se identifican y se describen las estrategias para contactar, invitar y vincular a la comunidad latina de California. En especial, se centra en la identificación de estrategias proporcionadas por la comunidad para mejorar el acceso, la calidad de la atención de salud y aumentar los resultados positivos para los latinos en California. Esta parte está organizada en dos áreas principales: (1) recursos comunitarios y culturales, y (2) estrategias proporcionadas por la comunidad para los programas de prevención e intervención temprana.

Resultado principal 4: Los participantes identificaron los recursos de la comunidad que promovieron la salud mental de sus comunidades. Nuestros datos revelaron que los factores críticos para mejorar el acceso a la atención de salud están asociados a cinco recursos culturales de la comunidad: (1) resiliencia individual y comunitaria; (2) participación de la familia; (3) la iglesia y los líderes religiosos; (4) mentores y modelos de la comunidad; y (5) pláticas comunitarias.

Los recursos y fortalezas de la comunidad pueden definirse como la participación total de individuos y organizaciones comunitarias que se unen para movilizar y aprovechar los recursos existentes en la comunidad y así mejorar el acceso a los programas en curso. Los participantes creen que una buena estrategia para aprovechar los recursos de la comunidad y permitirles a las familias y a los usuarios opinar sobre su recuperación es que los servicios compartan su ubicación (cubicación). La ubicación es un enfoque mediante el cual las organizaciones de la comunidad colaboran y comparten sus recursos para servir mejor a la comunidad latina.

Resultado principal 5: Los participantes recomendaron que la mejor forma de lograr la prevención y la intervención temprana era seguir seis estrategias: (1) programas de salud mental en las escuelas; (2) Instituciones comunitarias y ubicación de servicios; (3) medios de comunicación comunitarios; (4) tratamiento adecuado en términos culturales y lingüísticos; (5) desarrollo de la fuerza de trabajo para contar con profesionales de la salud mental cultural y lingüísticamente competentes, y (6) vinculación y participación comunitaria.

Los datos recabados indicaron que la ubicación de los servicios puede ser sumamente importante para crear una infraestructura de salud mental fácil de entender y relevante para la comunidad latina. Los participantes describieron varios beneficios posibles en la ubicación de servicios para los latinos. Por ejemplo, un director de servicios étnicos (ESM, por sus siglas en inglés) remarcó: “Las familias latinas se benefician cuando las agencias colaboran y comparten recursos dentro de la comunidad, en vez de pedirles a los clientes que se acerquen a nuestra agencia”.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Resultado principal 6: Los participantes identificaron cuatro áreas principales de evaluación: (1) confiabilidad y relevancia; (2) conocimiento y compromiso de atender a los latinos; (3) participación de los usuarios y las familias; y (4) grupos de directores. Los participantes percibieron estas áreas como elementos clave para medir y lograr resultados positivos a través de los cuales los latinos podrían tener acceso a los servicios de salud mental fundamentados en la evidencia práctica realizada en la comunidad, tener altos índices de retención y tener servicios de alta calidad.

En todos los foros, los participantes enfatizaron que las agencias de salud mental debían demostrar su compromiso de atender a las comunidades latinas. Es decir, sus recomendaciones sugirieron que se debería exigir a los programas de salud mental que reciben financiamiento para atender a latinos y mejorar las disparidades en salud mental, producir resultados que demuestren mayor acceso a los servicios, aumento en las tasas de retención, reducción en las tasas de deserción y mayor atención de salud de calidad. Uno de los participantes recomendó asociar el financiamiento a la cantidad de latinos atendidos y determinar la eficacia de los controles en función de la cantidad de usuarios que terminaron el tratamiento anticipadamente.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA IDENTIFICADAS POR LA COMUNIDAD Y BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Estrategia central 1. Implementar estrategias entre compañeros, tales como, programas de apoyo y de asesoría entre ellos mismos, que se centren en la educación y los servicios de apoyo.

RESUMEN EJECUTIVO

Estrategia central 2. Emplear planes de estudio de psicoeducación familiar con el objeto de aumentar la participación de toda la familia y promover la salud y el bienestar.

Estrategia central 3. Promover el bienestar y el manejo de enfermedades, y favorecer los servicios de la comunidad que integran los servicios de salud mental con otros servicios sociales y de salud.

Estrategia central 4. Emplear estrategias de desarrollo de capacidades comunitarias que promuevan la conexión entre fortalezas y salud en la comunidad y los resultados de la salud mental de los latinos.

Estrategia central 5. Crear una campaña educativa significativa cuyo objetivo sea reducir el estigma y la exclusión y que esté destinada a personas, familias, escuelas, comunidades y agencias en el ámbito local, regional y estatal.

Estrategia central 6. Incluir las mejores prácticas en servicios integrados que sean cultural y lingüísticamente apropiados para reforzar la eficacia del tratamiento.

ESTRATEGIAS DIRECTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LAS DISPARIDADES EN SALUD MENTAL

Estrategia directiva 1: Programas académicos de salud mental en las escuelas

Enfocarse en los adolescentes y en el impacto causado por la falta de detección y diagnóstico adecuado y oportuno de los posibles problemas de salud mental. Las escuelas representan un entorno seguro para que las familias y sus hijos reciban educación sobre salud mental. Asociar los programas de salud mental al desempeño y logro académico.

Estrategia directiva 2: Instituciones comunitarias y ubicación de servicios

Aumentar la colaboración entre las organizaciones comunitarias, escuelas y otras agencias de servicios sociales mediante la coordinación y el aprovechamiento de los recursos que existen en la comunidad para lograr mejorar el acceso al tratamiento entre los latinos.

Estrategia directiva 3: Medios de comunicación social y comunitarios

Utilizar los medios de comunicación más importantes de Estados Unidos e hispanoparlantes para aumentar la toma de conciencia sobre salud mental utilizando mensajes que disminuyan el estigma asociado a los trastornos de salud mental y promover la información y los recursos sobre intervención temprana.

Estrategia directiva 4: Desarrollo de la fuerza de trabajo

Desarrollar y mantener una fuerza de trabajo de salud mental culturalmente competente que se adapte a la cultura y al idioma de las comunidades latinas.

Estrategia directiva 5: Tratamiento lingüística y culturalmente apropiado

La clave para brindar una atención de salud y un tratamiento de alta calidad a la comunidad latina radica en que los profesionales de salud mental y el personal de apoyo entiendan la importancia de comunicarse y adaptarse a las creencias de salud mental de cada paciente.

Estrategia directiva 6: Desarrollo de capacidades, vinculación y participación comunitarias

Brindar recursos para las estrategias comunitarias de desarrollo de capacidades en las organizaciones con bases enfocadas en: (1) fortalecer la difusión y vinculación; (2) crear liderazgo en salud mental dentro de la comunidad latina; (3) definir los resultados de salud mental en el ámbito de la comunidad y en términos que interesen a los latinos; y (4) desarrollar capacidades locales destinadas a reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud mental. Las estrategias para desarrollar capacidades deben enfocarse en convocar y crear alianzas entre los profesionales de salud mental y los líderes de comunidades indígenas para crear y fortalecer las relaciones. Mediante estas alianzas, se deberán de implementar de manera colaborativa las estrategias resaltadas en el presente informe, seguir desarrollando formas en que pueden interactuar para reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud mental. Además, los recursos deberán asignarse a la creación de alianzas entre líderes comunitarios relacionados con los esfuerzos de desarrollo de capacidades en el ámbito local y el liderazgo existente en el ámbito estatal dentro del campo de salud mental latina para desarrollar estrategias que respalden el desarrollo de capacidades de la comunidad local y la implementación de las recomendaciones detalladas en este informe. Se deberán asignar recursos para convocar a los líderes locales y de todo el estado para transmitirles las recomendaciones del SPW y difundirlas a través de una conferencia, campañas educativas y otras actividades de modo de satisfacer mejor las necesidades de la comunidad latina.

Estrategia directiva 7: Incorporación de las recomendaciones de este informe a todos los programas financiados por la ley MHSA

Alentar a los condados a adoptar e implementar las recomendaciones de este informe con el fin de garantizar que los latinos y otras comunidades desfavorecidas tengan un acceso proporcional a todos los programas MHSA.

A pesar de las muchas similitudes entre los diversos grupos latinos, la existencia de diferencias culturales, lingüísticas, educativas y socioeconómicas a veces requieren la clasificación

RESUMEN EJECUTIVO

de los latinos en subpoblaciones con fines investigativos. Es importante distinguir los subgrupos de latinos provenientes de distintas regiones y demografía, historia, cultura y puntos de vista sobre la salud mental para futuras investigaciones. Los investigadores y profesionales de la salud no deberían intentar caracterizar a todos los latinos como un grupo homogéneo e ignorar la diferencia entre y dentro de la heterogeneidad del grupo. Por lo tanto, las estrategias y las recomendaciones para brindar servicios de salud mental a latinos no deben basarse en una receta de “fórmula única” (Aguilar-Gaxiola, Sribney, Raingruber, Wenzel, Fields-Johnson y Loera, 2011; Aguilar-Gaxiola y Ziegahn, 2011; Willerton, Dankoski y Martir, 2008).

Capítulo 1

Introducción

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos del sistema de atención de salud actual en el país es el rápido crecimiento del número de personas que forman parte de minorías raciales o étnicas. Los grupos étnicos y raciales que no son blancos ("whites") representan hoy más de un tercio de la población de los Estados Unidos (Humes, Jones y Ramírez, 2011) y se estima que para el año 2050 representarán el 54% de la población de los EE. UU. (Oficina de Censo de los EE. UU., 2008). Los grupos raciales y étnicos minoritarios (p. ej., afroamericanos, asiáticos, latinos, nativos americanos e isleños del pacífico), junto con los grupos de minorías sexuales (p. ej., lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e inquisitivos [LGBTQ]), los jóvenes en edad de transición, los adultos mayores y las personas con discapacidad constituyen un gran segmento de la población de los EE. UU. y, por lo general, son poblaciones desfavorecidas en términos de acceso y utilización de los servicios de salud y salud mental. Para resolver la falta de acceso a la atención de salud que sufren cada vez más personas de poblaciones desfavorecidas, los profesionales de la salud y médicos deberán recibir capacitación y formación adecuadas que les permitan entender las distintas culturas y experiencias de vida de todos los usuarios de atención de salud (Anand y Lahiri, 2009; Dixon, Lewis-Fernandez, Goldman, Interian, Michaels y Crawford, 2011). En la actualidad, la brecha que existe entre las políticas y las prácticas efectivas de salud mental diseñadas especialmente para las minorías raciales y étnicas ha generado la falta de estrategias innovadoras que se centren en la prevención e intervención temprana de estos grupos. Como respuesta a esta brecha, se creó el Proyecto de California para Reducir Disparidades con el fin de brindarle al Departamento de Salud Mental de California evidencia definida por la comunidad y estrategias específicas para la población destinadas a reducir las disparidades en salud mental. El Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica (SPW) se propuso específicamente identificar las estrategias para la población latina en California.

Las prácticas determinadas por la comunidad son "un conjunto de prácticas que las comunidades han utilizado y han comprobado que tienen resultados positivos según lo muestra el consenso de la comunidad con el transcurso del tiempo, y que independientemente de haberse o no medido en forma empírica, han alcanzado un nivel de aceptación por parte de la comunidad".

—Grupo de Trabajo del Proyecto de Evidencia definida por la Comunidad, 2007

ANTECEDENTES DE LA POBLACIÓN LATINA EN LOS EE. UU. Y CALIFORNIA

El término latino suele utilizarse para referirse a diversas ascendencias (p. ej., personas provenientes de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o América Central, u otras culturas u orígenes españoles) e incluyen diversos antecedentes migratorios y otros factores como diferencias de condiciones

generacionales y condiciones socioeconómicas (SES, por sus siglas en inglés). Desde el año 2000, los principales segmentos de población latina del país están conformados por personas de ascendencia mexicana (64%); centroamericanos y sudamericanos (14%), mayormente salvadoreños, guatemaltecos y colombianos; puertorriqueños (9%); cubanos (3.5%) y dominicanos (2.7%) (Oficina de Censo de los EE. UU., 2010). Además, los latinos nacidos en el extranjero comprenden el 6% de la población total de los Estados Unidos (Grieco, 2010).

La población de California es la más diversa de los Estados Unidos y del mundo, y está formada por inmigrantes de más de 60 países diferentes (*Public Policy Institute of California*, 2007). Los latinos, que se calcula ascienden a 14 millones, es decir, el 37.6% por ciento de la población del país, constituyen el grupo racial o étnico más grande de California y cada vez tienen mayor incidencia en la composición demográfica del estado (*Pew Hispanic Center*, 2010; Oficina de Censo de los EE. UU., 2010). Más de la mitad (53%) de los alumnos de escuela primaria en California tiene origen latino (Departamento de Educación de California, 2012).

Para el año 2050, los latinos representarán el 52% de los 60 millones de residentes de California, según las proyecciones del Departamento de Finanzas de California (2010). Los latinos son mayoría en la población en nueve condados de California: Imperial, Monterey, San Benito, Fresno, Madera, Merced, Kings, Tulare y Colusa (Lin, 2011). También representan la mayoría de la población en 16 ciudades y barrios de California: Anaheim (53%), Chula Vista (58%), Downey (70.7%), El Monte (69%), Fontana (67%), Inglewood (51%), Moreno Valley (54%), Norwalk (70%), Ontario (69%), Oxnard (73.5%), Palmdale (54%), Pomona (71%), Salinas (75%), San Bernardino (60%), Santa Ana (78.2%) y West Covina (53%) (Lin, 2011).

La gran mayoría de los latinos de California (82%) son descendientes de mexicanos (Grieco, 2010). Los mexicanos representan el mayor segmento de población latina que inmigró a California. Por ejemplo, entre 2000 y 2010 cuatro millones (33%) de mexicanos vinieron a los EE. UU., 2.8 millones de ellos (70%) vinieron a California (Camarena, 2011). Según Hayes-Bautista (2004), desde hace más de 150 años hay grandes flujos de inmigrantes de México a California. Además, también están inmigrando a California un gran número de latinos provenientes de América Central, América del Sur y el Caribe (*Pew Hispanic Center*, 2010).

ESTADO DE SALUD MENTAL DE LOS LATINOS

Muchos de los latinos nacidos en el extranjero ingresaron a los EE. UU. como trabajadores migrantes y, después de muchos años de trabajo, trajeron a sus familias para establecerse en el país en forma permanente. Sin embargo, el proceso de inmigración y la transición de su país de origen a los EE. UU. fue difícil para este segmento de la población latina. Muchos han sufrido grandes presiones para aculturarse y asimilarse, y además han tenido que lidiar con el estrés ocasionado por las dificultades económicas

y pobreza que a menudo acompañan estas transiciones tan difíciles (Alegria, Canino, Rios, Vera, Calderon y Rusch, 2002; Kouyoumdjian, Zamboanga y Hansen, 2003). Como resultado de la inmigración a los EE. UU., muchos latinos se han enfrentado a diversas experiencias desfavorables (p. ej., problemas de vivienda, abuso, trauma, estigma y discriminación) que de no tratarse y resolverse pueden dar lugar a problemas de salud mental.

Aunque los latinos padecen otros trastornos de salud mental importantes, por ejemplo, esquizofrenia y trastorno bipolar, la depresión sigue siendo la mayor preocupación y la principal causa de discapacidad entre los principales grupos étnicos y raciales de los Estados Unidos (McKenna, Michaud, Murray y Marks, 2005), en especial entre los jóvenes latinos. Los jóvenes latinos se enfrentan a diversos factores de estrés que pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC, por sus siglas en inglés], 2004; Portes y Rumbant, 2001). Por ejemplo, Cervantes, Zarza y Salinas (2007) descubrieron que el estrés entre los jóvenes latinos se manifestaba a través de problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión, que eventualmente los conducía al abuso de sustancias tóxicas o suicidio. William Vega, profesor y director ejecutivo del Instituto sobre Envejecimiento Edward R. Roybal de la Universidad del Sur de California, plantea la necesidad de enfocarse en los jóvenes latinos cuando dice: “El examinar a los jóvenes latinos, en especial a los jóvenes en edad de transición para formar parte del sistema, y no brindar la continuidad de los servicios, llevará al consumo de sustancias tóxicas y a la exacerbación de los problemas y trastornos del comportamiento y, eventualmente, a la prisión y al aumento de los costos de atención de salud” (comunicación personal, 16 de diciembre de 2011).

En un estudio que sentó precedentes, se examinó la prevalencia vitalicia de los trastornos psiquiátricos entre los latinos urbanos y rurales de origen mexicano de California (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, *et ál*, 1998), los autores determinaron que el lugar de nacimiento o país de origen guardaba relación con la evolución de la salud mental. En el caso de inmigrantes mexicanos, las tasas de trastornos mentales eran inferiores a las tasas de los que habían nacido en los EE. UU. (Vega *et ál*, 1998). El estudio también demostró que la rápida asimilación a la cultura estadounidense estaba asociada a repercusiones negativas en la salud mental. Los inmigrantes recién llegados tienen mejor salud mental que las personas de la misma edad nacidas en los EE. UU., un fenómeno denominado “paradoja del inmigrante”. Sin embargo, a medida que los inmigrantes permanecen más tiempo en los EE. UU., los factores sociales y culturales protectores de su país de origen comienzan a desaparecer. En el caso de los inmigrantes mexicanos, los índices de trastornos mentales aumentan dependiendo del tiempo de permanencia en los EE. UU., las personas que han vivido más de 13 años en el país tienen tasas de prevalencia más altas que aquellas que tienen menos de 13 años viviendo en los EE. UU. (Vega *et ál*, 1998). El deterioro de la salud de los inmigrantes después de un tiempo en los EE. UU. está asociado a la mayor aculturación social, incluyendo los cambios de estilo de vida, prácticas culturales, mayor estrés y la adopción de nuevas normas sociales (Alegria, Chatterji, Wells, Cao, Chen, Takeuchi *et ál*, 2008). Alegria y colegas (2008) determinaron que esta tendencia es más evidente

en los inmigrantes mexicanos y menos notoria entre otros grupos de inmigrantes latinos como los puertorriqueños.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR LOS LATINOS

Las disparidades actuales en los servicios de salud mental para los latinos son graves, persistentes y están bien documentadas (Alegria, Mulvaney-Day, Torres, *et ál*, 2007; Alderete, Vega, Kolody, y Aguilar-Gaxiola, 2000; Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, *et ál*, 1999; Woodward, Dwinell, y Arons, 1995). Los latinos tienen menor acceso a los servicios de salud mental que los blancos (“whites”), tienen menores probabilidades de recibir atención de salud, y tienen mayor propensión a recibir atención de salud de mala calidad al solicitar tratamiento. Los motivos son variados, entre ellos, acceso inadecuado y calidad de atención de salud poco satisfactoria, cobertura de seguro limitada, comunicación ineficaz entre el proveedor y el paciente, falta de confianza por parte de los pacientes, suposiciones de los médicos sobre la distribución de enfermedades y su incapacidad para percibir la gravedad entre las minorías, y poca representación de las minorías en la fuerza de trabajo (con implicaciones en la cobertura del seguro médico).

Los resultados de la Encuesta de Servicios y Prevalencia Mexico-Americanos (*Mexican American Prevalence and Services Survey*, MAPSS; Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalano y Caraveo-Anduaga, 1998) indican que existen disparidades incluso más drásticas en la atención de salud mental de los México-Americanos que en otros subgrupos de latinos u otras minorías étnicas. Solo alrededor de un cuarto (27%) de los adultos de origen mexicano que presentaron uno o más trastornos psiquiátricos en los últimos 12 meses reciben algún tipo de servicio (esto incluye servicios ofrecidos por proveedores de salud mental, profesionales médicos en general, consejeros y otros proveedores profesionales, y proveedores informales como curanderos y sobadores). Esto significa que aproximadamente tres de cada cuatro latinos de origen mexicano (73%) con un trastorno mental diagnosticable que necesitan servicios no reciben tratamiento (esto también se conoce como “brecha de tratamiento” [*treatment gap*]). El problema de la poca demanda es aún mayor en los inmigrantes mexicanos. Según el estudio MAPSS, el 85% de los inmigrantes mexicanos que necesitaban servicios quedaron sin tratamiento (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, *et ál*, 1999). Esta poca demanda extrema de los servicios de salud mental es todavía más pronunciada entre los trabajadores agrícolas mexicanos (solo el 9% de las personas que necesitan asesoramiento de salud mental obtienen los servicios). Las investigaciones han demostrado reiteradamente que los miembros de esta población no reciben ningún tipo de atención de salud salvo que presenten una disfunción extrema o que representen un peligro para sí mismos o para los demás (Vega, Kolody y Aguilar-Gaxiola, 2001). Esta inequidad suele ser el resultado de obstáculos que pueden comprenderse mejor si se analizan como problemas de accesibilidad, disponibilidad, adecuación, costo y falta de asesoramiento, que se describen brevemente a continuación.

Accesibilidad: El aislamiento geográfico físico y la dispersión de algunos subgrupos latinos como los trabajadores migrantes generalmente se acompaña de la falta de oportunidades de

acceso a los servicios de atención de salud. Por ejemplo, los trabajadores agrícolas muchas veces trabajan más de ocho horas al día, y les queda poco tiempo al final del día para su atención de salud, aunque dicha atención sea muy necesaria. Los trabajadores migrantes son renuentes a tomar tiempo libre del trabajo para atenderse, ya que cualquier interrupción de la jornada laboral implica la disminución de sus ingresos y, por consiguiente, de su sustento.

Disponibilidad: La falta considerable de centros de salud mental y de médicos generales y especialistas, en especial en las zonas rurales (y en algunas urbanas) es un factor que se ha identificado en reiteradas ocasiones como un problema importante (Badger *et al.*, 1999; *National Advisory Committee on Rural Health*, 1992, 1993; Rost, Williams, Wherry y Smith, 1995). La escasez de profesionales en áreas rurales genera la necesidad de que los profesionales de la salud sean independientes, integrales y capaces de manejar todos los problemas biopsicológicos que presentan sus pacientes (Bray y Rogers, 1995). Las demoras para las citas con especialistas de salud mental representan obstáculos adicionales (Lambert y Hartley, 1998). Tanto los latinos en general y los trabajadores migrantes en particular necesitan servicios durante horarios de atención no convencionales.

Adecuación: Los investigadores han detectado que la disponibilidad de servicios culturalmente relevantes aumentaron la utilización de servicios por parte de los latinos y la eficacia del tratamiento (Rogler, Malgady, Costantino y Blumenthal, 1987; Curtis, 1990). Para comprender la adecuación de los servicios de salud mental para las minorías étnicas, se deben tener en cuenta algunas cuestiones particulares asociadas a la compatibilidad entre el paciente y el terapeuta, la confianza mutua y la eficacia terapéutica. Sue (1977) sugirió que la falta de servicios de salud mental que atiendan las necesidades de las minorías étnicas es uno de los predictores más fuertes de la poca demanda de servicios. Se ha demostrado que el estilo de comunicación de los proveedores (Sheppard, 1993) y las competencias culturales influyen sobre la retención de los pacientes en el tratamiento. La calidad de la interacción entre paciente y terapeuta, según la percepción de los pacientes al inicio del tratamiento, ofrece un mejor indicio del posible resultado del tratamiento que la estrategia terapéutica utilizada. Hablar el idioma del cliente es un aspecto fundamental del tratamiento de salud mental; sin embargo, muchos profesionales de la salud mental presuponen que hablar el idioma equivale a competencia cultural (Guarnaccia y Rodríguez, 1996). En un estudio de caso sobre falta de comunicación entre dos hispanohablantes en un entorno de salud mental, una cliente hispana paranoica decía que "le estaban haciendo un trabajo", en referencia a sus delirios de que había gente que la seguía. El terapeuta, que hablaba español pero carecía de competencia cultural y lingüística, no entendió el doble sentido de *trabajo*, que, traducido, puede referirse a la ocupación o a una intromisión con el espíritu. Le respondió "¿En qué trabajabas?". (Guarnaccia y Rodríguez, 1996). Muchos latinos, en particular los trabajadores migrantes, se muestran renuentes a utilizar los servicios especializados de salud mental por el estigma asociado a las inquietudes respecto de su condición migratoria (Wagenfeld, Murray, Mohatt y DeBruyn, 1994; Lambert y Hartley, 1998; Badger *et al.*, 1999; Vega *et al.*, 2001; Vega *et al.*, 1985). Muchos se niegan a admitir

que sus problemas son psiquiátricos y rechazan un tratamiento orientado a los síntomas psiquiátricos (Hauenstein y Saby, 1996). Muchos migrantes experimentan incomodidad al hablar de sus problemas de salud mental con un terapeuta (Vega *et al.*, 2001). Este problema se ve agravado por la poca oferta de profesionales de la salud mental con la competencia cultural adecuada o correspondencia étnica.

Posibilidad económica: Si bien por lo general existen servicios de salud mental a disposición de quienes los necesitan a costos ajustables o bien sin cargo (Steffl y Prospero, 1985), se ha determinado que el costo del tratamiento constituye un obstáculo importante para el acceso a la atención de salud mental (Steffl y Prospero, 1985). Por consiguiente, la disponibilidad de cobertura de salud mental es un tema de importancia. Las estadísticas indican que los México-Americanos son el grupo étnico que cuenta con menos seguros de salud en los EE. UU. No obstante, no existen resultados concluyentes respecto de la relación entre seguros y servicios de salud mental. Algunos estudios han demostrado que la probabilidad de acceder a servicios ambulatorios de salud mental está asociada con la disponibilidad de un seguro de salud (Cunningham, Henggeler, y Pickrel, 1996). No obstante ello, Peifer, Hu y Vega (2000), llegaron a la conclusión contraria—que no existía una correlación significativa entre la disponibilidad de un seguro de salud y el recibir servicios de salud mental. Será necesario seguir investigando con el fin de determinar el efecto del seguro sobre el acceso a los servicios de salud mental entre los México-Americanos. Dos quintas partes de los residentes del condado de Fresno que dicen tener ascendencia mexicana no tienen seguro de salud. Las tasas de cobertura del seguro son aún más bajas entre los trabajadores migrantes (Vega, *et al.*, 2001). Los trabajadores agrícolas migrantes tienen mayores dificultades para acceder a las prestaciones de Medicaid (seguro médico) que cualquier otro grupo de la población del país (*National Advisory Council on Migrant Health*, 1995). Los trabajadores agrícolas deben presentar la solicitud de Medicaid dentro de su estado de residencia, y no existe transferencia de prestaciones entre los estados. Los trabajadores frecuentemente se mudan de un estado a otro en busca de empleo antes de poder determinar si tienen derecho o no a recibir las prestaciones. Además, los trabajadores agrícolas que cuentan con cobertura de Medicaid también tienen dificultades para encontrar a proveedores dispuestos a tratarlos (Napolitano y Goldberg, 1998).

Asesoramiento: Muchos mexicanos y México-Americanos no saben a dónde recurrir para recibir estos servicios (Vega *et al.*, 2001). Afortunadamente, los estudios han demostrado que al saber dónde encontrar a un proveedor se incrementan significativamente las probabilidades de utilizar un servicio especializado de salud mental.

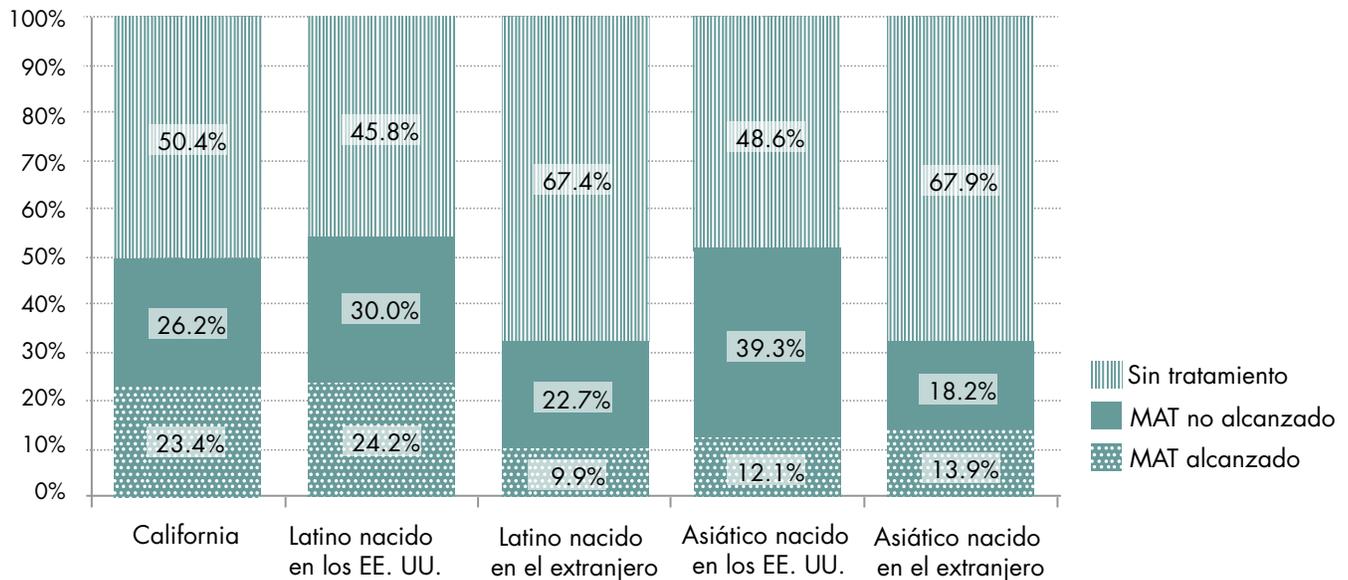
Al buscar servicios para el tratamiento de trastornos de salud mental, los latinos tienen mucha más propensión que otros clientes a recibir estos servicios en entornos de atención primaria de salud y no en entornos especializados, lo cual probablemente guarde relación con la poca demanda de los servicios de salud mental (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola y Catalano, 1999). La tasa de penetración es una medida muy difundida que ofrece información acerca de la cantidad de servicios de salud mental utilizados por quienes tienen

derecho a utilizarlos, tales como los afiliados al programa Medi-Cal. Según el informe del Departamento de Salud Mental de California titulado *Adult Mental Health Needs in California: Findings from the 2007 California Health Interview Survey* y (CHIS; Grant, Padilla-Frausto, Aydin, Streja, Aguilar-Gaxiola, y Caldwell, 2011), la utilización difiere según el lugar de nacimiento. Los autores descubrieron que aproximadamente un cuarto (24.2%) de los latinos nacidos en los EE. UU. reciben tratamiento mínimamente adecuado a sus necesidades de salud mental. En comparación, solo un 10% de los latinos nacidos en el extranjero, el 12% de los estadounidenses de origen asiático y el 14% de los asiáticos nacidos en el extranjero reciben un tratamiento que satisface los requisitos del tratamiento mínimamente adecuado (MAT, por sus siglas en inglés), lo cual representa menos de la mitad del índice del estado (ver Anexo 1). La diferencia entre los latinos nacidos en los EE. UU. y estos tres otros grupos fue estadísticamente significativa.

INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El informe que marcó precedente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (DHHS, por sus siglas en inglés), titulado *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (DHHS, 1999), seguido por un informe de 2001 titulado *Report of a Surgeon General's Working Meeting on the Integration of Mental Health Services and Primary Health Care* (DHHS, 2001), y más recientemente Collins (2009) llegaron a la misma conclusión: el desarrollo de alianzas entre proveedores de servicios de atención primaria de salud, profesionales locales de la salud mental y organizaciones de la comunidad como modelo para que los usuarios pueden transitar por el continuo de atención de salud reviste una importancia crítica. Dado que la atención primaria de salud a menudo constituye el punto de contacto inicial ante un problema de salud, los proveedores de asistencia médica inicial juegan un papel fundamental en la creación de un sistema de atención de salud que permita prevenir y tratar las enfermedades, promover el bienestar y reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental (Chapa, 2004; *National Institute for Health Care Management [NIHCM]*, 2009). Las conclusiones de estudios anteriores (Katon, Lin y Kroenke, 2007; Scott, Bruffaerts, Tsang *et al.*, 2007) indicaban que la mayoría de las visitas de atención primaria de los usuarios eran por problemas de salud mental, pero rara vez se identificaban como trastornos mentales. Por ejemplo, el 75% de los usuarios de salud mental con depresión hacen referencia a dolencias físicas cuando se les consulta el motivo por el cual buscan atención de salud (Unützer, Schoenbaum, Druss y Katon, 2006).

Anexo 1: Prevalencia de tratamiento mínimamente adecuado (MAT) por lugar de nacimiento, adultos de 18 años y más, CHIS 2007



Fuente: Departamento de Salud Mental de California; Encuesta de Entrevistas de Salud de California (CHIS), 2007.

Un estudio de la Fundación Robert Wood Johnson (2011) determinó que el 76% de los médicos entrevistados apoyaban un sistema de atención de salud que pagara los costos para conectar a los usuarios de servicios de salud mental de bajos ingresos con un servicio que satisfaga sus necesidades sociales no satisfechas (p. ej., alimentación, vivienda, transporte, desempleo). Este resultado es de especial relevancia para los latinos; si la atención primaria de salud es su punto de contacto para los problemas de salud mental, pero no pueden recibir los servicios de salud primaria debido a las necesidades sociales insatisfechas, ¿cuántos latinos de bajos ingresos se abstendrán de buscar servicios de salud mental? En otras palabras, tradicionalmente, las familias latinas de bajos ingresos no cuentan con los recursos necesarios para recibir tratamiento para resolver sus problemas de salud, ni pueden darse el lujo de tomarse tiempo libre del trabajo con ese fin. Los integrantes de estas familias latinas deben decidir si pagan el costo de la visita al médico, con el dinero que cuentan para comprar alimentos, o pagar sus cuentas. Las familias latinas de bajos ingresos, por lo general, esperan hasta que un integrante de la familia esté gravemente enfermo antes de buscar atención de salud. La Dra. Katherine Flores, médico familiar de California Central, escribió: “Muchos [usuarios latinos de salud mental] quizá nunca logren acceder al sistema de servicios de salud mental, ya que éstos los administra el proveedor de atención primaria de salud o el usuario no busca otros servicios—a menudo no se dan cuenta de que comenzaron (o finalizaron) su proceso de salud mental con la visita al médico familiar o al proveedor de atención primaria del centro de salud” (comunicación personal, 21 de febrero de 2012). También enfatiza la importancia de prestar atención especial al desarrollo de las habilidades de los proveedores de atención primaria de salud para que puedan reconocer y manejar el tratamiento de enfermedades mentales, mejorar las derivaciones del paciente a otro médico y la coordinación de los proveedores de servicios de salud mental. El desarrollo de la noción de un continuo de modelo de servicio integrado (NIHCM, 2009), la ubicación de los proveedores de salud mental en los entornos de atención primaria de salud constituye un enfoque integral para que los proveedores ofrezcan tanto atención primaria como tratamiento de salud mental para los latinos en el mismo lugar de tratamiento. Este enfoque integral ofrece la posibilidad de grandes beneficios a través de la reducción de la morbilidad y la mortalidad, y una atención de salud con mayor eficacia de costos (Blount, Kathol, Thomas, *et al.*, 2007). Este modelo integrado se ajusta a las disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud (ACA, por sus siglas en inglés), que promueve la prestación integral de servicios de salud.

OBSTÁCULOS RELACIONADOS CON EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR LOS LATINOS

Existen numerosos obstáculos que les impiden a los latinos acceder y utilizar los servicios de salud mental. Un obstáculo frecuentemente estudiado que impide a los latinos acceder a los servicios de salud mental es el estigma. Los latinos que temen el estigma son más renuentes a admitir su trastorno y más propensos a evitar el tratamiento (Vega, Rodríguez y Ang, 2010) por miedo de

ser juzgados o ser víctimas de discriminación. Vega y sus colegas también señalan que el estigma se encuentra asociado a una calidad menor de atención de salud, especialmente entre los latinos que sufren de depresión. Un estudio (Barrio *et al.*, 2008) que analizó las necesidades de salud mental insatisfechas de los adultos mayores latinos determinó que esta población dudaba en utilizar los servicios de salud mental por temor a que se les considerara dementes. Según un informe de 2009 del Departamento de Salud Mental de California titulado *California Strategic Plan on Reducing Mental Health Stigma and Discrimination*, los tres estigmas principales asociados con la salud mental que afectan las vidas de la gente y sus comunidades son (1) el estigma público, (2) el estigma institucional, y (3) el autoestigma. El estigma público se produce cuando las actitudes y los sentimientos manifestados por el público en general tienen repercusiones negativas sobre la gente que vive con una enfermedad mental y sus familiares. El estigma institucional se genera en organizaciones educativas, de salud, de empleo o de otra naturaleza, y en sistemas sociales que funcionan en una cultura de políticas y prácticas que refuerzan las actitudes y comportamientos negativos acerca de la enfermedad mental. Por último, el autoestigma es el impacto que causa la internalización del individuo de las actitudes negativas y las creencias que perpetúa la sociedad, la comunidad o los grupos de personas. Los tres tipos de estigma pueden desalentar a la gente a que busque tratamiento para su trastorno de salud mental.

La evidencia apoya la noción de que el entorno social en el que se desenvuelven los latinos juega un papel fundamental en el desarrollo de sus opiniones y la toma de decisiones respecto de la salud mental. De acuerdo con Refugio “Cuco” Rodríguez, el director de servicios étnicos del Condado de Santa Bárbara, “los latinos son menos propensos que los grupos no latinos a buscar ayuda en forma voluntaria, y si se deciden a buscar ayuda, por lo general lo hacen cuando su enfermedad ya llegó a un nivel de crisis o crónico” (comunicación personal, 1 de noviembre de 2011). También enfatizó que solo un porcentaje pequeño de los latinos que se pone en contacto con servicios clínicos continúa el tratamiento por períodos de tiempo prolongados. A pesar de que no se han determinado sistemáticamente los motivos por los cuales algunos latinos continúan en tratamiento, los estudios indican que se producen resultados más insatisfactorios y se incrementa la tasa de deserción cuando los latinos se sienten incomprendidos y sienten desconfianza por motivos de estigma, temor a la deportación y a la vergüenza (Falicov, 1998, 2009). Sin embargo, el reconocimiento y la integración de las preferencias culturales de la familia o los valores culturales al tratamiento pueden mejorar la motivación para el compromiso, la retención y la colaboración de los usuarios latinos y llegar a resultados positivos (Falicov, 2009; Garza y Watts, 2010).

“Los latinos son menos propensos que los grupos no latinos a buscar ayuda en forma voluntaria, y si se deciden a buscar ayuda, por lo general lo hacen cuando su enfermedad ya llegó a un nivel de crisis o crónico”.

—Director de servicios étnicos latinos

La falta de servicios de salud mental cultural y lingüísticamente adecuados (p. ej., conocimientos de idiomas) desalienta a muchos latinos con enfermedades mentales a solicitar servicios. Datos de la Encuesta de Entrevistas de Salud de California de 2005 (CHIS, por sus siglas en inglés; Chen, Diamant, Pourat y Kagawa-Singer, 2005) revelaron que los latinos nacidos en el extranjero reportaban una tasa sustancialmente más baja de utilización de los servicios (18%) que los latinos nacidos en los EE. UU. (37%), y sugirieron que estos obstáculos pueden ser más prevalente entre los latinos nacidos en el extranjero. La falta de profesionales de salud mental completamente bilingües y biculturales normalmente se traduce en obstáculos idiomáticos y a menudo origina problemas de comunicación e interpretación (Scharzbaum, 2004). En la opinión de Falicov (2009), el dominio del idioma constituye un factor crítico mediante el cual los proveedores de servicios de salud mental pueden establecer lazos de importancia con usuarios latinos y evitar a las familias el estrés de la aculturación. Otros estudios han indicado que los latinos en la búsqueda de servicios de salud mental prefieren escoger el idioma sobre la etnicidad (Folsom, Gilmer, Barrio, Moore, Bucardo, Lindamer *et al.*, 2007; Griner y Smith, 2006). Es decir, el idioma es un aspecto importante asociado con el uso de los servicios de salud mental y la eficacia del tratamiento. Lamentablemente, el número de proveedores con buen dominio del español sigue siendo insuficiente para satisfacer las necesidades de los inmigrantes latinos, especialmente de los inmigrantes monolingües (Barrio *et al.*, 2008; Falicov, 2009). El idioma también puede constituir un obstáculo para los latinos, en especial los latinos con manejo limitado del inglés, en cuanto a la toma de conciencia y el conocimiento de los servicios de salud mental a su disposición (Benz, Espinosa, Welsh y Fontes, 2011). Los latinos con un dominio limitado del inglés por lo general no cuentan con información crítica, por ejemplo, cómo y dónde buscar los servicios de salud mental. Por otro lado, los obstáculos idiomáticos contribuyen a los problemas que enfrentan los latinos para acceder al transporte público para ir a las clínicas de salud mental y a las dificultades que tienen para llenar los papeles necesarios en las clínicas (Barrio *et al.*, 2008, Kouyoumdjian, Zamboanga y Hansen, 2003).

Las prácticas individuales e institucionales asociadas con la perspectiva de déficit cultural también pueden constituir un obstáculo para aquellos latinos que buscan el acceso y la utilización de servicios de salud mental. Algunos investigadores (p. ej., Gándara, 1995; Valencia, 1997) han trabajado exhaustivamente en el daño provocado por la perspectiva de déficit cultural entre los jóvenes latinos en relación con su deficiente desempeño académico. Alegan que desde esta perspectiva, se presupone que los alumnos latinos y sus familias son los culpables del bajo desempeño académico. Las prácticas de déficit cultural enfatizan la privación entre las comunidades latinas (Yosso, 2005). El pensamiento deficitario también es muy común en los servicios de salud mental. Esta perspectiva se aplica a la hora de interpretar las causas por las cuales los latinos no acceden a los servicios de salud mental o no los utilizan. En otras palabras, algunos individuos presuponen que los latinos simplemente no saben cómo acceder a los servicios o bien no desean utilizarlos. Henry Villanueva, el gerente de control de calidad del Departamento de Salud Mental del Condado de Ventura opina que: “Todos los recursos deben ser relevantes para la comunidad latina para evitar cualquier excusa para no acceder

a los servicios” (comunicación personal, 1 de noviembre de 2011). Los proveedores de servicios de salud mental deben luchar contra la perspectiva del déficit cultural y admitir que aún existen estructuras sistémicas e institucionales que impiden la mejora en el acceso y la calidad de la atención de salud para los individuos, las familias y la comunidad latina.

“Todos los recursos deben ser apropiados para la comunidad latina para evitar cualquier excusa para no acceder a los servicios”.

—Lider de la comunidad latina

Determinantes sociales de la salud mental para los latinos

Los determinantes sociales se refieren a las condiciones sociales en las que la gente crece, vive, trabaja y envejece, y que tienen una influencia poderosa sobre la salud de las personas (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Se han investigado mucho los factores sociales y económicos, p. ej., la pobreza, la exclusión social, la desacreditación de las redes sociales, la discriminación, el estrés, el acceso a la atención de salud y el estigma, que afectan la salud de los individuos durante todas sus vidas (p. ej., Braveman, Egerter y Mockenhaupt, 2011; Frieden, 2010; Wilkerson y Marmot, 2003). Los resultados de esta investigación indican que la buena salud se funda en tener solidez económica y social que permiten a la persona jugar un papel significativo en la vida social, económica y cultural de sus comunidades. Asimismo, las disparidades en salud tienden a reflejar las desigualdades socioeconómicas subyacentes de la sociedad. Las poblaciones desfavorecidas, tales como los latinos, por lo general no cuentan con los recursos necesarios para participar en los aspectos sociales y económicos de la sociedad (Woodward y Kawachi, 2000). Como resultado de ello, los factores socioeconómicos combinados con la discriminación institucional se encuentran entre las principales causas del acceso limitado a los servicios de salud mental entre los latinos. Consideramos que si se identifican estrategias innovadoras que combinen enfoques individuales, comunitarios y sistémicos, se podrán desarrollar nuevas formas de pensar y de brindar atención de salud. Estas estrategias innovadoras ayudarían a contrarrestar los determinantes sociales de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud mental y mejorar la calidad de vida de los latinos en California.

El futuro de los latinos de la tercera edad al enfrentarse a la exclusión social

El envejecimiento de la población es una de las tendencias características del siglo XXI, debido en gran parte al incremento de la longevidad (Fahs, Cabin y Gallo, 2011). Una de las manifestaciones de la longevidad es la demanda creciente de centros de cuidados especiales; otra, es que las enfermedades se tornan de largo plazo y crónicas, lo cual incrementa los costos de los servicios y la duración de los tratamientos (Cohen, 2012). La longevidad de los latinos en la población de los EE. UU. se ha incrementado en forma constante durante décadas. En general, la expectativa de vida promedio de los latinos es superior a la de los estadounidenses, a pesar de su educación y sus niveles de ingresos significativamente menores (Arias, 2011, citado en Vega y Gassoumis, 2011).

Entre los factores asociados con la depresión y el suicidio entre los latinos mayores podemos mencionar el aislamiento social y la soledad (Barrio *et al.*, 2008). Por ejemplo, en 2011, Yurina Melara de *La Opinión* nos presentó a María Barrera, de 64 años, y su experiencia con el aislamiento que le provocó una depresión severa y un intento de terminar con su vida. Según María, se sentía excluida de la sociedad, sentía que nadie la quería, y no encontraba ninguna razón para seguir viviendo. Y el caso de María no es el único; según el Instituto Nacional de Salud Mental (2012); las tasas de depresión y suicidio entre los latinos se ubican en niveles cercanos al 18%. En un estudio reciente de Castillo, Lloyd y Aguilar (2012) entre los adultos mayores latinos y afroamericanos mayores en las comunidades de bajos y medios ingresos de Los Ángeles, el 11% de los participantes que viven solos informaron una salud mental “deficiente”. Para María, el encontrar soluciones locales y jugar un papel activo en su tratamiento han sido de vital importancia para su capacidad de manejar la enfermedad. Su experiencia ratifica las conclusiones de Vega y González (2012), quienes enfatizaron que de no existir esfuerzos por encontrar una solución local para brindar un mejor servicio a la población de adultos mayores latinos de bajos ingresos se producirá el colapso de los servicios de salud para esta población en su totalidad. El aislamiento social es un gran problema y una posible amenaza para los adultos mayores latinos de bajos ingresos.

Valores culturales de los latinos que afectan la atención de salud mental

Los investigadores (Añez, Paris, Bedregal, Davidson y Grilo, 2005; Garza y Watts, 2010) enfatizaron tres valores culturales latinos que tienen el mayor potencial de afectar la prestación de servicios de salud mental a los latinos: (1) *familismo*, (2) *respeto*, y (3) *personalismo*. Estos tres valores culturales, que se explican a continuación, deberían integrarse en los modelos de prevención efectiva y de intervención temprana destinados a los latinos. El reconocer las diferencias culturales entre los individuos de distintos orígenes y transformar la cultura de prestación de servicios para adecuarse a la perspectiva cultural del usuario de servicios de salud mental es de vital importancia para la calidad de la atención de salud y el bienestar del usuario (Hughes, 2008). Los valores culturales también están relacionados con la aculturación (Bhatia y Ram, 2001). Coincidimos con Maldonado-Molina, Reyes y Espinosa-Hernández (2006), que señalan la necesidad

de analizar los niveles y las estrategias de aculturación a fin de evaluar los cambios a medida que los individuos, las familias y las comunidades interactúan con la cultura dominante con el tiempo. Es esencial subrayar que los cambios en los valores culturales pueden variar como resultado de la aculturación.

El *familismo* es el valor cultural que se centra en la familia. Las mejoras en las perspectivas del individuo sobre la vida y la salud han resultado de modelos de intervención que aplican el *familismo*, centrándose en la cohesión familiar (Garza y Watts, 2010; Hill, Bush y Roosa, 2003). En efecto, un fuerte sentimiento de *familismo* puede contribuir al bienestar individual y familiar, ya que los miembros de la familia tienen un sentido de responsabilidad para participar en el programa del tratamiento.

Asimismo, el *respeto* es el valor cultural que se refiere a la contemplación mutua que se desarrolla entre el usuario latino de servicios de salud mental y sus proveedores. Hay que considerar que el respeto requiere que los proveedores de servicios de salud trabajen con una buena comprensión del sistema jerárquico dentro de las familias latinas (Garza y Watts, 2010). Según Luis García, vicepresidente de Desarrollo de Programa Latino, Pacific Clinics: “Se puede establecer y promover una relación con una familia latina simplemente mediante el respeto de la estructura jerárquica de género, en especial, el rol masculino como figura de influencia de la familia” (comunicación personal, 30 de noviembre de 2011). Ante la imposibilidad de comprender el sistema jerárquico, los usuarios latinos pueden sentir que les faltan el respeto y aumentan las probabilidades de que pongan fin al tratamiento. Asimismo, los latinos valoran mucho el respeto por los mayores y la autoridad. Muchos proveedores de servicios de salud mental que trabajan con latinos y desean garantizar el cumplimiento con el tratamiento y la retención tienen la responsabilidad crítica de conocer el valor que los latinos dan al respeto por la autoridad.

Por último, el *personalismo* es el valor cultural que se refiere a la importancia de las relaciones personales cercanas. Zayas y colegas (1997) enfatizan que los proveedores deberían adoptar un enfoque más personal al relacionarse con las familias latinas. Otros investigadores concluyeron que la adopción de un enfoque centrado en la persona con énfasis en la empatía, calidez, la atención y el uso de títulos de respeto (p. ej., señor y señora) y la proximidad física—por ejemplo, colocar la mano sobre el hombro en señal de preocupación—ayuda a construir relaciones sólidas (Flores, Abreu, Schwartz y Hill, 2000; Santiago-Rivera, Arredondo y Gallardo-Cooper, 2002). En términos generales, el personalismo debe ser auténtico para que funcione al trabajar con latinos. La sensación de ser comprendido y valorizado como usuario de los proveedores de servicios de salud mental incrementa las experiencias positivas con el sistema de salud mental y ayuda a lograr resultados positivos (Garza y Watts, 2010).

En síntesis, cuando el tratamiento se desarrolla en un ambiente en el cual el usuario latino experimenta los tres valores culturales latinos mencionados anteriormente (*familismo*, *respeto* y *personalismo*) esto generará confianza, que resulta en el compromiso y el cumplimiento del tratamiento (Garza y Watts, 2010). Para los latinos, la confianza en su terapeuta es de vital importancia para establecer una relación terapéutica, y para seguir adelante y cumplir con el tratamiento. Asimismo, el reconocer la heterogeneidad con los diferentes grupos entre estos grupos de la cultura latina en relación con los niveles de aculturación es esencial para poder comprender adecuadamente las percepciones de salud mental y tratamiento de cada subgrupo de latinos. Por último, para los proveedores de servicios de salud mental que no son latinos y que trabajan con la comunidad latina, los investigadores recomiendan un tratamiento enfocado en las normas, valores y creencias afines con la cultura latina (Hall, 2001; Kouyoumdjian, Zamboanga y Hansen, 2003) o cualquier psicoterapia diseñada de manera única para una cultura en particular (Hall, Hong, Zane y Meyer, 2011). Un ejemplo sugiere que los consejeros pueden lograr una relación más estrecha con los usuarios latinos sentándose más cerca de ellos (Padilla, Ruiz y Alvarez, 1975).

LIMITACIONES DEL CONOCIMIENTO EXISTENTE SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA LOS LATINOS

El conocimiento en el campo de servicios de salud mental en relación con la atención de los latinos se encuentra limitado por diversos factores. Una de las limitaciones de la literatura existente es que pocos investigadores han analizado las percepciones de los latinos acerca de la prevención de salud mental o sus percepciones acerca de cómo medir adecuadamente los efectos de los esfuerzos de prevención sobre las desigualdades de salud existentes. Además, se han realizado pocas investigaciones para identificar estrategias para mejorar el acceso de los latinos a los servicios de salud mental y para mejorar las tasas de retención en la atención de salud mental. Por ejemplo, poco se sabe respecto a los motivos por los cuales algunas agencias de servicios tienen tasas de retención de latinos más altas que otras agencias. Deberían realizarse futuras investigaciones para determinar si las tasas de retención están vinculadas a la calidad de la atención de salud u otros factores subyacentes.

Hasta la fecha, las intervenciones preventivas de salud mental y los programas diseñados para reducir las disparidades en salud mental han resultado insuficientes entre las comunidades latinas. Las intervenciones de prevención que se centran en el valor del bienestar para los latinos pueden reducir las desigualdades sociales y económicas en salud mental. No obstante, se han realizado pocos estudios con el objeto de identificar estrategias de prevención e intervención efectivas y culturalmente responsables que mejoren la capacidad de los individuos y de las familias de utilizar la información para escoger, utilizar y sostener el tratamiento.

El sistema que actualmente provee servicios de salud mental para latinos debe replantearse para responder una pregunta fundamental: ¿Cómo podemos brindar mejor atención de salud a los latinos? Es particularmente importante modificar

los elementos de provisión del servicio para fortalecer el compromiso. No obstante, resulta igualmente importante tomar en consideración las características del usuario latino de servicios de salud mental y otros factores culturales asociados con las interacciones con los proveedores. Por ejemplo, las interacciones entre usuario y proveedor basadas en el conocimiento cultural, la confianza, la empatía o la percepción de experiencias de vida compartidas pueden hacer que los usuarios se sientan mejor entendidos y tomados en cuenta (Dixon *et al.*, 2011). Asimismo, para satisfacer las necesidades de salud mental de las comunidades latinas, el sistema de salud mental debe contar con flexibilidad para las programas que analizan prácticas e intervenciones, animándolos a asumir riesgos en sus innovaciones.

Las estrategias para mejorar la responsabilidad relacionada con servicios también son esenciales para la transformación de los servicios de cuidado. Algunos líderes en salud mental (p. ej., Concilio) señalan la ausencia de incentivos financieros en los esfuerzos por mejorar la rendición de cuentas para atender adecuadamente a las comunidades desatendidas, a pesar de la capacidad potencial de la Ley del Cuidado de Salud para transformar los sistemas de provisión de servicios de salud y de salud mental. Dixon y sus colegas (2011) apoyan esta idea enfatizando que estas disparidades no van a disminuir a menos que el hacerlo tenga una ventaja financiera. En otras palabras, los incentivos financieros para fortalecer la rendición de cuentas de la industria y del empleador se consideran mecanismos importantes para influenciar cómo se proveen los servicios a las comunidades desatendidas. Las investigaciones revelan la vital importancia de desarrollar estrategias e identificar las mejores prácticas para brindar atención de salud de alta calidad a diversas poblaciones utilizando un sistema de atención orientado a desarrollar relaciones y proveer servicios culturalmente responsables al usuario de manera respetuosa, con base en las fortalezas más que en las debilidades (Anand y Lahiri, 2009; Anand, 2004). Las mejores prácticas, incluidas las prácticas recomendadas en el estudio CRDP del SPW Latino, sobre las estrategias para aumentar el acceso a la atención de salud, mejorar la calidad de la atención de salud y reducir las desigualdades en salud tendrán poco valor o impacto si la comunidad no participa en su diseño (Shattell, Hamilton, Starr, Jenkins y Hinderliter, 2008). En nuestra opinión, la participación de la comunidad en el diseño de estrategias basadas en la comunidad constituirá un factor importante para empoderar a las comunidades, mejorar la atención de salud y mejorar la capacidad de los recursos existentes para reducir las disparidades raciales y étnicas.

INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA CON BASE EN LA COMUNIDAD

La investigación participativa con base en la comunidad (CBPR, por sus siglas en inglés) es un método que pueden utilizar los investigadores para cubrir las deficiencias en el conocimiento en el campo de la salud mental acerca de la atención de salud a los latinos. En la CBPR, los investigadores expertos realizan investigaciones en colaboración con los miembros de una comunidad. Los investigadores y los miembros de la comunidad participan juntos en el proceso de investigación con “el objetivo de combinar conocimiento y acción e impulsar un cambio

social para mejorar las repercusiones en salud y eliminar las disparidades en salud” (W. K. Kellogg Foundation, 2000). La CBPR se puede utilizar para mejorar nuestro entendimiento sobre las disparidades en salud mental asociadas con la raza, la etnia, el género, el ser LGBTQ y el nivel socioeconómico, y para aumentar la vinculación comunitaria para mejorar la igualdad en salud mental y un mayor acceso a la atención de salud. Existe un sinnúmero de obras en las que se documentan investigaciones de vinculación comunitaria y participación de la comunidad en la investigación (McCloskey, McDonald, Cook, Heurtin-Roberts, Updegrave *et al.*, 2011; Minkler y Wallerstein, 2008; Wallerstein y Duran, 2006, 2010). Muchas de estas obras se basan en un modelo de vinculación comunitaria que conjuga los factores culturales y sociales asociados a la mejora en la igualdad en la salud mental. Las conclusiones más importantes de esta área de investigación han demostrado vínculos significativos entre la capacidad y el empoderamiento de la sociedad y las mejoras en la efectividad de las intervenciones (p. ej., Eng, Briscoe y Cunningham, 1990; Israel, Checkoway, Schulz y Zimmerman, 1994; Wallerstein *et al.*, 2008).

Las estrategias innovadoras de investigación con base en la vinculación comunitaria tienen el potencial de brindarles a los proveedores y profesionales enfoques definidos por la comunidad para atender mejor a los latinos y reducir al mismo tiempo las desigualdades en salud mental. El pilar de estos trabajos es la creencia fundamental de que las comunidades latinas poseen un conocimiento íntimo de los enfoques que mejor funcionarían para ellos, tanto en el plano individual como en el ámbito de la comunidad. Comprender la perspectiva del usuario latino sobre la salud mental presenta un gran desafío, pero lograr obtener este conocimiento íntimo para todos los latinos de California podría resultar incluso más complejo y ambicioso, porque cada comunidad latina es única.

El objetivo de los miembros del SPW Latino fue el de desarrollar un marco de trabajo que permitiera a los proveedores y profesionales adquirir las habilidades para lograr explorar el conocimiento íntimo de las comunidades latinas con mucho respeto, y traducir ese conocimiento en estrategias para desarrollar programas innovadores y modificar los programas existentes con el fin de prestar un mejor servicio a la comunidad latina. Anand (2004) apoya este objetivo, y señala que los profesionales y proveedores necesitan desarrollar capacidades interculturales que les permitan comprender la perspectiva única del usuario, y adecuar efectivamente su enfoque para maximizar la atención de salud y satisfacer las necesidades de las poblaciones marginalizadas. En igual sentido, Dixon y sus colegas (2011) subrayan el valor de traducir las conclusiones de la investigación a un lenguaje que todos los interesados, tales como los responsables de políticas públicas, los proveedores de servicios de salud, y los usuarios y sus familias, puedan entender. Luego subrayan que la cultura y la etnicidad no se pueden ignorar, sino que deben definirse y evaluarse progresivamente. En la obra de Anand y Lahiri (2009), los autores señalan que el usuario debe entender las elecciones y repercusiones individuales de la atención de salud en términos de su propia cultura y experiencia de vida. Además, estos académicos señalan los impedimentos que enfrentan hoy los trabajadores de la salud mental para desarrollar habilidades interculturales y mejorar su conocimiento de la cultura y las experiencias de vida de los

usuarios latinos de servicios de salud mental.

EL PROYECTO DE CALIFORNIA PARA REDUCIR DISPARIDADES (CALIFORNIA REDUCING DISPARITIES PROJECT)

Antecedentes y la Ley de Servicios de Salud Mental

Con el objetivo de reducir las disparidades en salud mental, mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud y aumentar los resultados positivos para las comunidades raciales, étnicas, LGBTQ y culturales en California, el Departamento de Salud Mental de California lanzó una iniciativa de prevención e intervención temprana con asignaciones de la Proposición 63 para financiar el Proyecto de California para Reducir Disparidades. El proyecto se centra en cinco poblaciones: (1) Afroamericanos; (2) Asiáticos / Isleños del Pacífico; (3) Latinos; (4) Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Inquisitivos (LGBTQ); y (5) Nativos Americanos. Como parte del proyecto, se crearon cinco Grupos de Trabajo de Planificación Estratégica (SPW), uno correspondiente a cada población, con el objetivo de suministrarle al Departamento de Salud Mental de California evidencia definida por la comunidad y estrategias específicas de la población para reducir las disparidades en salud mental.

En noviembre de 2004, los votantes de California aprobaron la Proposición 63, hoy conocida como Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA). Esta nueva iniciativa establece un impuesto del 1% sobre la ganancia bruta ajustada por encima de \$1 millón, y destina la recaudación del impuesto a transformar el sistema de salud mental de California en un sistema impulsado por usuarios y familias, con competencia cultural y orientado a la recuperación (Cashin, Scheffler, Felton, Adams y Miller, 2008; Scheffler y Adams, 2005). En particular, la MHSA exige una transformación radical afín con la filosofía, los principios y las prácticas del enfoque orientado a la recuperación para los usuarios de servicios de salud mental. Define cuatro áreas clave de recuperación: (1) promover la esperanza, el empoderamiento personal, el respeto, las conexiones sociales, la autorresponsabilidad y la autodeterminación, que son conceptos claves para la recuperación de personas que tienen una enfermedad mental; (2) apoyar los servicios operados por usuarios como vía para apoyar la recuperación; (3) reflejar la diversidad cultural, étnica y racial de los usuarios de salud mental; y (4) planificar teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada usuario (MHSA, 2004, citada en Brown, Mahoney, Adams, Felton y Pareja, 2009). Tal como se muestra en el Anexo 2, los fondos de la MHSA se distribuyen entre cinco iniciativas de financiamiento: (1) Apoyo y Servicios Comunitarios, (2) Formación y Educación de los Trabajadores, (3) Líneas de Capital y Necesidades de Tecnología de la Información, (4) Innovación, y (5) Prevención e Intervención Temprana. Estas cinco áreas ofrecen pautas para gastos de los fondos de la MHSA.

Aunque California dio un paso enorme para transformar los servicios de salud mental del estado para apoyar la recuperación de personas con enfermedades mentales de gravedad, poco se sabe respecto del impacto de los programas financiados por la ley MHSA (p. ej., de los programas de Prevención e Intervención Temprana) en la recuperación. La iniciativa Prevención e Intervención Temprana (PEI, por sus siglas en inglés) es clave para reducir las disparidades, y crear factores y aptitudes de protección. El *National Research Council and Institute of Medicine* (NRC/IOM; 2009) define a la “prevención” como programas y servicios destinados a “poblaciones que actualmente no padecen un trastorno, con tres niveles de intervención: *universal* (para todos), *selectivo* (para grupos o personas que tienen un riesgo mayor al promedio) e *indicado* (para personas con alto riesgo con fenotipos específicos o síntomas tempranos de un trastorno). No obstante, también hace un llamado a la comunidad para la prevención para que adopte la promoción de la salud mental dentro del espectro de la investigación de salud mental” (pág. 386). El *National Institute of Mental Health* (NIMH, 1998) define a los programas y servicios PEI como prevención universal y selectiva (que se produce antes del diagnóstico), e intervención temprana. En primer lugar, la *prevención universal* está dirigida al público en general o a un grupo entero de la población que no se ha identificado en función de riesgos individuales. En segundo lugar, la *prevención selectiva* va dirigida a individuos o subgrupos con un riesgo de desarrollar una enfermedad mental significativamente mayor al promedio. Por último, la *intervención temprana* va dirigida a individuos y familias cuando resulta apropiada una intervención de corta duración (por lo general, menos de un año) de una intensidad relativamente baja para mejorar en forma comprobable un problema o síntoma de

salud mental ante una manifestación muy incipiente. El objeto de la *intervención temprana* es evitar la necesidad de tratamientos o servicios de salud mental más amplios o evitar que se agrave un problema de salud mental.

Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica (SPW, por sus siglas en inglés)

La primera actividad del Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica se llevó a cabo en mayo de 2009 durante una reunión a la que asistieron 15 personas, entre ellas, investigadores, responsables de políticas públicas, líderes de salud mental pública, usuarios y defensores, líderes de salud comunitaria, directores de servicios étnicos y profesionales de la educación. La reunión inicial consistió en (1) una presentación y debate de los objetivos generales del SPW Latino; (2) una presentación del modelo CBPR como marco de referencia para guiar el trabajo de este grupo de partes interesadas, y (3) la creación del Concilio Latino para la Salud Mental (consulte la lista de miembros del Concilio en el Apéndice 2). El Concilio está constituido principalmente por varios grupos que representan una gama de intereses, edades, tipos de profesión y niveles académicos, entre ellos, defensores de usuarios de servicios de salud mental, directores de servicios étnicos, proveedores de servicios de salud mental, promotoras, educadores y representantes de diversos grupos, incluyendo trabajadores migrantes, trabajadores del sector de justicia juvenil y personas LGBTQ. El Departamento de Salud Mental de California otorgó el financiamiento que permitió al Centro para Reducir Disparidades en Salud (CRHD) de la Universidad de California, Davis, desarrollar el SPW Latino y

Anexo 2: Las cinco iniciativas de la Ley de Servicios de Salud Mental

| INICIATIVAS | DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS |
|---|---|
| Servicios y apoyos de la comunidad (CSS, por sus siglas en inglés) | <ul style="list-style-type: none"> Servicios y estrategias para atender a las poblaciones desfavorecidas. Tiene como finalidad eliminar las disparidades en el acceso y mejorar los resultados de salud mental para las poblaciones raciales y étnicas y todas las poblaciones desfavorecidas. |
| Educación y formación de los trabajadores (WET, por sus siglas en inglés) | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de programas de fuerzas de trabajo para formar recursos humanos con capacidad. Tiene como finalidad cubrir la falta de individuos calificados y entrenados en proveer servicios a clientes con enfermedades mentales graves. |
| Instalaciones de capital y necesidades tecnológicas | <ul style="list-style-type: none"> Infraestructura para apoyar la implementación de los Servicios y apoyos de la comunidad y otros programas. Tiene como finalidad garantizar el financiamiento para mejorar o reemplazar el sistema tecnológico existente y satisfacer las necesidades de infraestructura del programa |
| Innovación | <ul style="list-style-type: none"> Diseño e implementación de las mejores prácticas específicas de poblaciones desfavorecidas. Tiene como finalidad desarrollar e implementar prácticas prometedoras para aumentar el acceso y la calidad de los servicios para las poblaciones desfavorecidas. |
| Prevención e intervención temprana (PEI) | <ul style="list-style-type: none"> Respalda el diseño de programas para evitar que las enfermedades mentales se conviertan en severas e incapacitantes. Tiene como finalidad mejorar el acceso oportuno a los servicios para las poblaciones desfavorecidas. |

planificar y llevar a cabo los objetivos y actividades del SPW Latino. Se eligió al CRHD de UC Davis por su vasta trayectoria en el estudio y tratamiento de temas de salud mental entre los latinos de California. Además, en la reunión, el SPW Latino se propuso elaborar una agenda política y de investigación a largo plazo para brindar sustento a las estrategias basadas en fortalezas para reducir las disparidades en los servicios de salud mental para latinos en California.

El trabajo del Concilio se basa en un objetivo principal – reducir las desigualdades de salud mental de los latinos identificando prácticas prometedoras definidas por la comunidad e implementando estrategias para mejorar la capacidad, el acceso y la utilización de servicios de alta calidad, mejorar los resultados del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los latinos. El modelo lógico de este objetivo se muestra en el Anexo 3. El objetivo es coherente con la Ley del Cuidado de Salud, que también tiene por objetivo eliminar las desigualdades en la atención de salud, fortalecer el acceso del público a la atención de salud, ampliar la planta de profesionales de atención de salud y mejorar el bienestar de los pacientes. En igual sentido, la

prioridad del Concilio refleja la prioridad de la Ley de Servicios de Salud Mental, ya que favorece un enfoque orientado a los resultados con servicios que respeten las diferencias raciales y étnicas, culturales, y de género. La encuesta del Concilio exige un mayor entendimiento del pensamiento cultural y su influencia en las decisiones de los latinos respecto de la prevención y la intervención temprana para preservar la salud y esforzarse por mejorar y sostener el bienestar.

OBJETIVO DEL INFORME

El objetivo del proyecto era que el SPW Latino desarrollara e implementara el proceso adecuado para identificar enfoques, recursos, modelos y prácticas prometedoras, con bases fuertes y definidas por la comunidad que puedan utilizarse como estrategias para reducir las disparidades en salud mental. El informe tenía un doble objetivo: (1) definir el proceso de CBPR utilizado por el SPW Latino y (2) resumir las estrategias para reducir las disparidades en salud mental de la población latina en California que identificara el SPW latino.

RECURSOS

Grupo Latino de Trabajo de Planificación Estratégica (SPW):

- Centro para Reducir Disparidades en Salud (CRHD)
- Concilio Latino para la Salud Mental
- Instituto Latino de Salud Mental (LBHI)

Recursos:

- Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA)
- Alianzas con organizaciones comunitarias
- Informantes e intermediarios culturales principales de la comunidad

Estado y condado:

- Departamento de Salud Mental de California (DMH, por sus siglas en inglés)
- Red de Salud Pan-Etnica de California (*California Pan-Ethnic Health Network*, CPEHN)
- Directores de servicios étnicos (ESM)

Alianzas locales:

- Comunidades latinas (incluidos proveedores, usuarios de salud mental y familiares, educadores, promotores y jóvenes)
- Establecimientos de educación secundaria y educación superior

ACTIVIDADES

Investigación:

- Revisión bibliográfica
- Marco de trabajo de investigación participativa con base en la comunidad (CBPR)

Proceso:

- Seis estrategias clave: Mesas de Trabajo (consulte el Anexo 4)
- Trece reuniones de foros en California:
 - o Norte
 - o Área de la Bahía
 - o Centro
 - o Sur
- Incluido el grupo de lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e inquisitivos (LGBTQ)
- Se realizaron diez grupos focales en tres establecimientos de educación secundaria y educación superior
- Recolección y análisis de datos
- Se compartieron los datos hallados con los participantes de la comunidad para su validación

Concilio Latino para la Salud Mental:

- Expertos latinos de la comunidad que:
 - o Ayudaron a identificar carencias y soluciones
 - o Actuaron como enlace y facilitadores en los foros comunitarios

PRODUCTOS

Estrategias de prevención e intervención temprana:

- Ejemplos:
 - o Psicoeducación familiar
 - o Estrategias de desarrollo de capacidades comunitarias
 - o Servicios integrados para fortalecer el tratamiento

Recomendaciones y estrategias directivas:

- Ejemplos:
 - o Instituciones comunitarias y cobubicación de servicios
 - o Tratamiento adecuado en términos culturales y lingüísticos
 - o Desarrollo de capacidades y difusión y vinculación comunitaria

Programas y prácticas efectivos determinados por la comunidad (consulte el Anexo 6)

RESULTADOS

Corto plazo

- Lograr mayor conocimiento y concientización de sistemas, proveedores, comunidades, escuelas y recursos hacia la prevención y la intervención temprana
- Implementar las recomendaciones del SPW Latino en todos los programas financiados por la MHSA
- Realizar en el ámbito estatal una serie de talleres y sesiones de capacitación sobre la implementación de las recomendaciones del SPW Latino
- Diseñar métricas y medidas para evaluar el impacto de las soluciones definidas por la comunidad
- Establecer paneles locales de desarrollo de capacidades destinados a reducir las disparidades en salud mental de los latinos

Largo plazo

- Acceder a servicios de atención de salud de alta calidad y a tiempo
- Desarrollar una fuerza de trabajo de salud mental cultural y lingüísticamente competente
- Diseñar servicios de salud mental y atención primaria de salud integrados que sean cultural y lingüísticamente apropiados
- Utilizar el desarrollo de capacidades comunitarias que promuevan la conexión entre fortalezas y salud en la comunidad
- Crear una campaña educativa diseñada para reducir el estigma y la exclusión social

Capítulo 2

Metodología de investigación

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

En el estudio CRDP del SPW Latino se utilizaron métodos de teoría fundamentada ("grounded theory") y procedimientos analíticos según lo descrito por Corbin y Strauss (2007). Utilizando estos procedimientos, el equipo de investigación permitió que surgieran las conclusiones clave con base en nuestra revisión y análisis de los datos recabados para el estudio sin ningún preconceito acerca de cuáles serían esas conclusiones (Patton, 2002). Según Charmaz (2000), la teoría fundamentada les permite a los investigadores explorar las visiones del mundo de los participantes y describir el proceso en detalle. Por ello, la teoría fundamentada fue el método más apropiado para analizar las perspectivas y las experiencias de los interesados latinos y para desarrollar estrategias con base en la comunidad para el acceso y la utilización de los servicios de salud mental y para la prevención y la intervención temprana.

ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Estructura de las Mesas de Trabajo

El objetivo general de este informe es analizar las disparidades en salud mental entre la población latina. Nuestro objetivo fue desarrollar e implementar un proceso adecuado para identificar prácticas prometedoras fundamentadas en las fortalezas definidas por la comunidad, modelos, recursos y enfoques para que puedan utilizarse como estrategias para reducir las disparidades en salud mental. Para lograr nuestro objetivo, utilizamos una serie de temas del Departamento de Salud Mental de California (2009). También utilizamos el método de trabajo de la investigación participativa con fundamentos basados en la comunidad (CBPR) de Minkler y Wallerstein (2008) para garantizar una participación comunitaria continua que con el tiempo vaya creando y fortaleciendo las alianzas y logre una mayor vinculación comunitaria (McCloskey *et al.*, 2011).

Las reuniones del foro tuvieron lugar en eventos en los que los miembros de la comunidad latina vinieron a ofrecer sus perspectivas acerca de los servicios de salud mental y las estrategias para reducir las disparidades entre los latinos de California. En cada una de las reuniones de los foros, se dividieron todos los participantes en 6 a 8 grupos de trabajo o mesas de trabajo, cada uno de ellos conformado por entre 6 y 10 participantes. Estas Mesas de Trabajo se transformaron en mesas de trabajo temáticas, que se organizaron en función de seis temas (ver Anexo 4 para consultar las estrategias). Asimismo, se tuvieron en cuenta las restricciones de tiempo y cantidad de participantes por mesa de trabajo, para garantizar que todos los participantes tuvieran la oportunidad de explicar en detalle la riqueza y complejidad de sus experiencias. Además, los participantes cuyo primer idioma era el español formaron su propia mesa de trabajo para eliminar los obstáculos en la comunicación. Se realizaron grandes esfuerzos para garantizar que se tradujeran todos los materiales correctamente al español, incluidas las instrucciones de los grupos de trabajo de las Mesas de Trabajo y el protocolo de seis estrategias que se incluyen en el Anexo 4. Una vez traducidos, se dispuso que un pequeño grupo piloto de latinos hispanohablantes, de características similares a los participantes del estudio en cuanto a condiciones socioeconómicas, nivel de idioma y experiencias con el sistema

de salud mental, leyera el material. Las preguntas y/o pasajes del texto que podrían llegar a crear confusión o resultaban difíciles de entender se revisaron hasta que quedaron claros para todos los participantes.

El método de Mesas de Trabajo constituyó un enfoque único de consenso en el cual cada grupo de trabajo designó a un participante para liderar la discusión, un participante para documentar los puntos más importantes de la discusión, otro participante para registrar las recomendaciones clave que surgieran de la discusión y un participante para informar las prioridades del grupo. A cada grupo se le asignó una de seis estrategias a discutir. Las oraciones en viñetas a continuación de cada una de las seis estrategias tenían por objetivo orientar la discusión a un tema específico de esa estrategia. La clave fue desarrollar cuatro prioridades o recomendaciones clave en relación con la estrategia discutida por ellos, pero, en la práctica, los grupos definieron entre tres y cinco prioridades clave. Cada Mesa de Trabajo tuvo primero una discusión abierta durante aproximadamente 30 a 40 minutos, seguida de una discusión breve de entre 10 y 15 minutos para identificar las recomendaciones clave. Después de las discusiones, todos los participantes votaron las prioridades clave y se contaron los votos. Luego, sobre la base de los votos, se seleccionaron las cuatro prioridades más importantes colocando un adhesivo en forma de punto de color junto a cada recomendación: el rojo indicaba el dato más importante; el azul, el segundo; el verde, el tercero; y el amarillo identificaba la cuarta prioridad. Por último, se le dio a cada grupo 60 minutos para reportar sus resultados más importantes. Los seis temas específicos que se utilizaron para iniciar las discusiones acerca de mejores prácticas, modelos, recursos y enfoques al acceso a la salud mental y al tratamiento se incluyen en el Anexo 3.

El equipo de investigación registró todas las notas mecanografiadas y manuscritas y los papeles de trabajo utilizados por cada grupo de trabajo. Luego, el equipo de investigación analizó todas las notas y los resúmenes de cada grupo de trabajo y los editó para mayor claridad, sin afectar el contenido o el significado de los resúmenes del foro. Todos los resúmenes en inglés se tradujeron al español para que los revisaran los participantes hispanohablantes. Las citas que aparecen en este informe se obtuvieron de notas de campo que eran transcripciones prácticamente literales del diálogo entre los participantes del foro.

Selección de lugares y participantes

El equipo de investigación utilizó un enfoque de tres pasos para seleccionar los lugares donde se realizarían los foros para el presente estudio. En primer lugar, seleccionamos condados según las cuatro regiones geográficas definidas por el Departamento de Salud Mental de California —Área de la Bahía (incluida San Francisco), Área Central, Área del Sur (incluida Los Ángeles) y Área Superior—debido a las relaciones e interconexiones entre varios de los miembros en dichas regiones asociadas con el estudio. Entre esos miembros se incluyen los directores de servicios étnicos (ESM) de cada condado, que tienen un fuerte arraigo en sus comunidades y sirven de enlace entre la región del condado y un grupo cultural principal de sus

1. Estrategias para aumentar la participación de los latinos en los tratamientos mediante la reducción de los obstáculos individuales y comunitarios a la atención de salud:

- Ideas para reducir el estigma (educación comunitaria e individual)
- Aumentar la fuerza de trabajo apropiada para los latinos en todos los niveles (capacitación y educación)
- Lograr mayor apoyo de las familias y las comunidades
- Sugerencias sobre los programas de salud mental adecuados para los latinos
- Sugerencias sobre los enfoques de participación y vinculación comunitaria

2. Estrategias para aumentar la participación del tratamiento mediante la mejora del acceso a programas y servicios existentes:

- Ideas sobre cómo aumentar la participación en el tratamiento
- Ideas sobre cómo mejorar el acceso a los programas existentes
- Sugerencias sobre programas que han demostrado ser exitosos entre los latinos
- Sugerencias sobre el desarrollo de una fuerza de trabajo culturalmente apropiada (capacitación y educación)

3. Recomendaciones de nuevos programas y modificación de la entrega del servicio para aumentar la participación:

- Ideas sobre nuevos programas que deberían ofrecerse para incrementar la participación
- Ideas sobre cómo modificar los programas existentes para incrementar la participación latina
- Ideas sobre programas que han demostrado ser exitosos para atender a los latinos

4. Recomendaciones de nuevos programas y modificación de la entrega de servicios para aumentar la retención en los servicios y reducir la deserción:

- Ideas sobre cómo reducir las tasas de deserción
- Ideas sobre cómo modificar los programas actuales para reducir las tasas de deserción
- Establecimiento de programas nuevos que deben ofrecerse para reducir la deserción

5. Recomendación de nuevos programas y modificación de servicios existentes para mejorar los resultados exitosos del tratamiento (además de la retención):

- Ideas sobre cómo modificar los programas existentes para mejorar los resultados de los tratamientos
- Ideas sobre nuevos programas que podrían mejorar los resultados de los tratamientos

6. Estrategias para diseñar enfoques efectivos para la evaluación de las recomendaciones implementadas:

- Ideas sobre cómo evaluar la calidad de la atención de salud individual
- Ideas sobre cómo evaluar las intervenciones complementarias
- Ideas sobre cómo evaluar los programas que atienden a los latinos

comunidades. La principal función de un ESM es asegurarse de que la atención de salud mental con base en la comunidad se desarrolle en forma cultural y lingüísticamente competente. Otro motivo para la elección de las regiones geográficas fue abarcar una variedad de latinos con distintas características demográficas, económicas, políticas y educativas (Perna, Rowan-Kenyon, Thomas, Bell, Anderson, y Li, 2008).

En segundo lugar, de estas cuatro regiones, se escogieron minuciosamente 12 ciudades y comunidades (ver Anexo 5). Utilizamos lugares específicos para asegurarnos de obtener diversos ejemplos de latinos. Lo logramos pidiéndoles a los

ESM y a los miembros del Concilio que recomendaran sitios de la comunidad que contaran con una gran población latina. Los participantes de cada una de las 12 comunidades se presentaron a un lugar designado. La mayoría de los lugares eran centros comunitarios, hoteles locales o agencias de servicios públicos. Hubo tres lugares adicionales, dos escuelas preparatorias y una universidad, pero en esos sitios participaron únicamente los alumnos inscritos en esas instituciones. Aprovechamos el conocimiento de los ESM y de los miembros del Concilio para identificar sitios de la comunidad que los grupos latinos identificaran y consideraran entornos seguros para la discusión de temas de salud mental en los foros regionales. En el

Anexo 5 se muestran también los índices de penetración entre latinos con acceso a Medi-Cal en cada uno de los condados. Según la *California External Quality Review Organization*, el índice general de utilización entre latinos con acceso a Medi-Cal en 2010 fue del 3.7%.

En tercer lugar, utilizamos las respuestas iniciales de los tres primeros grupos de trabajo regionales para realizar cambios a los lugares propuestos. Sobre la base de sus comentarios y sugerencias, dos de los 12 lugares se dedicaron a la comunidad LGBTQ latina. Asimismo, en respuesta a nuestras sugerencias, intencionalmente seleccionamos dos escuelas preparatorias y una universidad de la región del sur para poder captar las perspectivas de los estudiantes latinos.

Un total de 553 participantes participó en el presente estudio. El Apéndice 3 muestra los datos demográficos de los participantes del estudio. Como la salud mental es un tema muy sensible para los latinos, se tomaron medidas para proteger la confidencialidad de los participantes, muchos de los cuales no revelaron su información demográfica. Por este motivo, solo contamos con datos demográficos respecto de 260 participantes que suministraron voluntariamente su información. El promedio de edad de los 260 que respondieron era de 37.7 (variaba entre 17 y 76). Consulte el Apéndice 3 para obtener datos demográficos adicionales.

Anexo 5: Lugar de los foros por ciudad, región y condado

| Ciudad o comunidad | Región geográfica | Condado | Participantes del estudio por condado (N = 553) | *% de población latina en el condado o la escuela | **Índice % de penetración latina por condado |
|--|-------------------|---------------|---|---|--|
| Oakland | Área de la Bahía | Alameda | 60 | 25.4 % | 5.0% |
| Salinas | Área de la Bahía | Monterey | 69 | 75.0% | 3.4% |
| San José | Área de la Bahía | Santa Clara | 35 | 33.2% | 3.8% |
| Camino | Área Central | El Dorado | 21 | 12.1% | 3.2% |
| Fresno | Área Central | Fresno | 40 | 50.3% | 2.7% |
| Sacramento | Área Central | Sacramento | 14 | 26.9% | 4.0% |
| Stockton | Área Central | San Joaquín | 52 | 40.3% | 2.7% |
| Arcadia | Área del Sur | Los Ángeles | 30 | 12.1% | 3.6% |
| Carson (Universidad del Estado de California) | Área del Sur | Los Ángeles | 54 | 41.5% | 3.6% |
| Cerritos (escuela preparatoria) | Área del Sur | Los Ángeles | 13 | 15.2% | 3.6% |
| Huntington Park (escuela preparatoria) | Área del Sur | Los Ángeles | 20 | 98.5% | 3.6% |
| Los Ángeles | Área del Sur | Los Ángeles | 32 | 48.5% | 3.6% |
| San Diego | Área del Sur | San Diego | 39 | 28.8% | 5.0% |
| Solvang | Área del Sur | Santa Bárbara | 34 | 29.2% | 3.1% |
| Chico | Área Superior | Butte | 40 | 15.4% | 4.8% |

Fuentes: * Oficina de Censo de los EE. UU., 2010; Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, 2010; Distrito Escolar Unificado de ABC, 2010; Universidad Estatal de California, 2010; Departamento de Educación de California, 2011;

***External Quality Review Organization*, 2010

Participantes en foros de condados

Los primeros tres foros en los que participaron los latinos en las Mesas de Trabajo se realizaron en el Sur de California (San Diego, Arcadia, y Solvang), entre diciembre de 2010 y febrero de 2011. Estas reuniones iniciales se encontraban dentro de una distancia que podían cubrir en automóvil los miembros del Concilio encargados de administrar las Mesas de Trabajo. Las respuestas y sugerencias de estas tres sesiones produjeron aportes muy importantes para la evolución del proyecto. En especial, el equipo de investigación agregó una pregunta abarcativa: “Si pudieras cambiar una cosa en el campo de salud mental que beneficiara a los latinos, ¿cuál sería?” Con esta pregunta, intentábamos iniciar entre los participantes una discusión difícil y, al mismo tiempo, dar un marco al tema de las desigualdades. Si bien los datos preliminares que surgieron de estas sesiones iniciales fueron enriquecedores y significativos, los datos recabados también identificaron una deficiencia en nuestra muestra: la población LGBTQ no se encontraba representada y era necesario incluirla.

Para poder acercarnos a los segmentos más inaccesibles de la población latina, p. ej., los latinos que han sufrido marginación social y los latinos LGBTQ, utilizamos la técnica de muestreo de bola de nieve (Faugier y Sargeant, 1997; Frank y Snijders, 1994). En pocas palabras, esta técnica se utiliza para identificar un grupo inicial de participantes apropiados, a quienes se les pide que identifiquen otros participantes adicionales apropiados. Esta técnica, conocida también como muestreo en cadena, ayuda a encontrar informantes clave que tienen mucha información que ofrecer (Patton, 2002). En este caso se utilizó para identificar a estas poblaciones ocultas de latinos trabajando con los ESM y/o con representantes de la comunidad que repartieron volantes entre sus grupos latinos y los alentaron a correr la voz para reclutar más latinos de interés.

El equipo de investigación organizó el resto de los foros en los meses de marzo, abril y junio de 2011. Al igual que en los tres primeros foros, el equipo de investigación obtuvo los nombres, las direcciones de correo electrónico y los números de teléfono de los usuarios de salud mental interesados, de sus familiares, de los “promotores” (es decir, trabajadores de la salud de la comunidad), los proveedores de servicios y otras personas interesadas u organizaciones a través de un ESM y/o un miembro del Concilio. Se suministraron los nombres, las direcciones de correo electrónico y los números de teléfono al equipo de investigación. El mensaje inicial de invitación por correo electrónico incluía una breve reseña del proyecto, y el lugar y la agenda del evento. Una vez distribuidos los mensajes de correo electrónico iniciales, un integrante del equipo de investigación envió mensajes adicionales recordándoles a los participantes la próxima sesión del foro que se realizaría en su región. Además, los ESM y/o los miembros del Concilio reforzaron estos mensajes mediante llamadas telefónicas alentando a los posibles participantes a asistir a los foros en sus respectivas regiones. Todo el material enviado por correo electrónico, incluida la invitación, se encontraba disponible en inglés y en español. En el mensaje de invitación por correo electrónico se informaba a los participantes de la oportunidad de participar en un estudio acerca de cómo reducir las disparidades. Según los ESM y los miembros del Concilio, el

100% de los participantes recomendados para los foros tenía acceso a correo electrónico y un número de teléfono, y todos los hispanohablantes a quienes se contactó por teléfono fueron contactados en español. En total, hubo 420 participantes que asistieron a uno de los 10 foros, sin contar los foros LGBTQ.

Participantes en foros de LGBTQ

En la primavera de 2011, el equipo de investigación obtuvo los nombres, las direcciones de correo electrónico y los números de teléfono de latinos LGBTQ interesados a través de un administrador de una organización comunitaria que presta servicios a esta población. Estas personas accedieron a participar una vez que el administrador de la organización comunitaria les explicó el estudio. Una vez distribuidos los primeros correos electrónicos, un integrante del equipo de investigación envió mensajes adicionales recordándoles a los participantes sobre el próximo foro que se llevaría a cabo en su región. El personal de la organización comunitaria también realizó llamadas alentando a los posibles participantes a asistir a los foros en Sacramento y Los Ángeles. En total, participaron 46 personas que se identificaron como LGBTQ en uno de los foros (14 participantes en Sacramento y 32 en Los Ángeles).

Participantes en foros de escuelas preparatorias y colegios comunitarios

Debido a las necesidades específicas de salud mental de los adolescentes y adultos jóvenes, el equipo de investigación decidió organizar grupos focales con alumnos de preparatoria y universitarios en lugar de invitarlos a participar en los foros organizados para los demás participantes. Se realizaron en total 10 grupos focales de entre 6 y 10 integrantes en abril y mayo de 2011 para analizar las opiniones de los alumnos acerca de los servicios de salud mental en el ámbito educativo. Todos los grupos focales tuvieron una duración de entre 40 y 60 minutos. A fin de mantener la uniformidad con los foros anteriores, se utilizaron los mismos temas mostrados en el Anexo 4. No obstante, los temas se modificaron ligeramente y se organizaron en forma de cuestionarios (ver Apéndice 4). Específicamente, los temas se convirtieron en un protocolo de nueve preguntas orientadas a las percepciones de los alumnos latinos y su participación en servicios de salud mental en los campus de las escuelas y universidades. También buscábamos resultados relacionados con factores socioeconómicos, responsabilidades familiares y tradicionales, condición de inmigrantes y obstáculos idiomáticos que pudieran afectar la educación y la salud mental de los latinos. Asimismo, evaluamos el conocimiento de los encuestados de los programas y servicios de programas de salud mental orientados a latinos en el campus, y evaluamos sus opiniones acerca de cómo identificar, invitar y vincular a más alumnos latinos para buscar y promover el acceso a la atención de salud. Estos conocimientos nos darán una aproximación a las ideas de los alumnos acerca de las características esenciales de los programas de servicios exitosos. Todos los grupos focales se grabaron y luego se realizaron transcripciones. El miembro del equipo de investigación que organizó los grupos focales tiene amplia experiencia trabajando con alumnos latinos en ámbitos académicos.

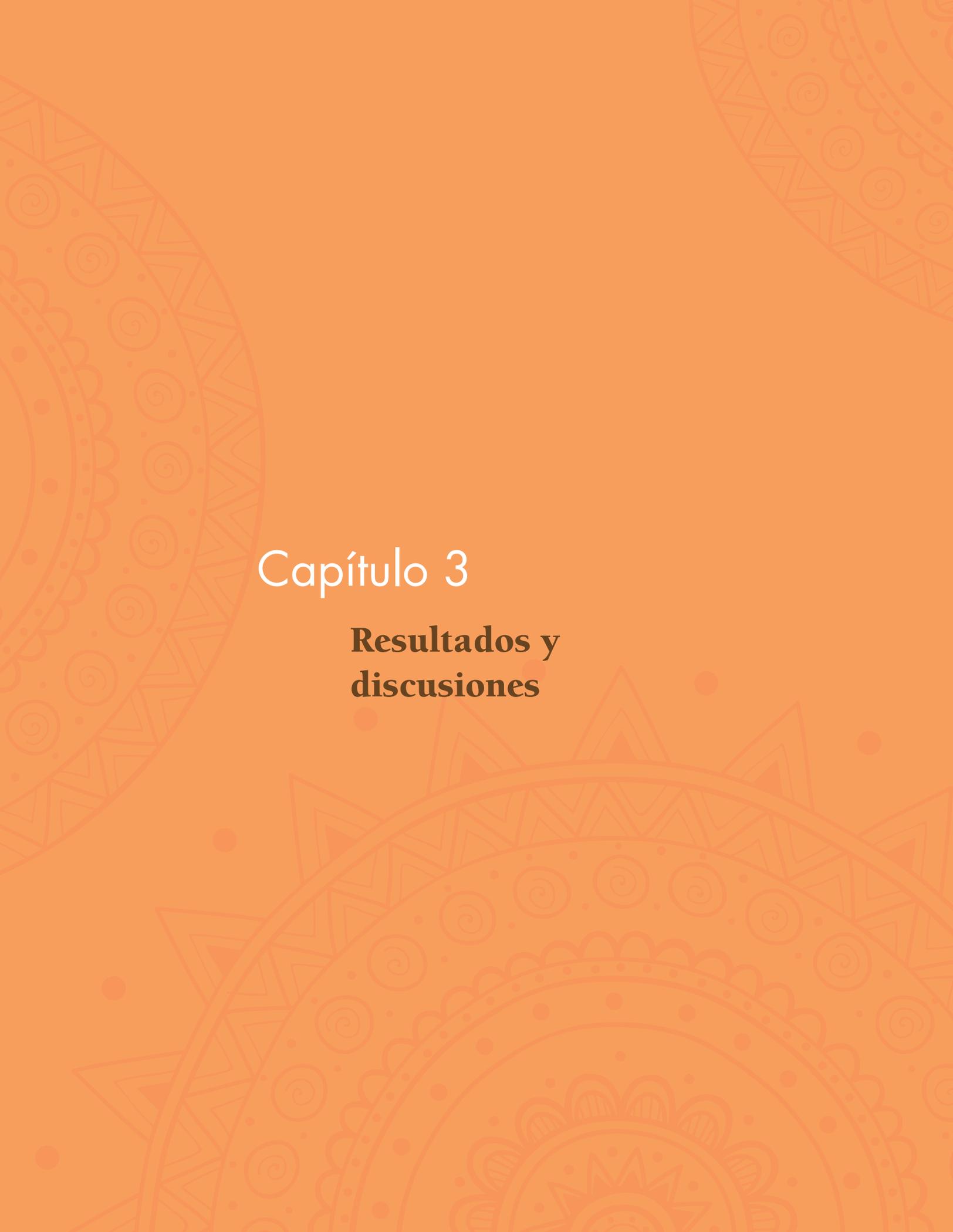
Los grupos focales contaron con la participación de 87 alumnos latinos: 33 alumnos reclutados de dos grandes escuelas preparatorias con poblaciones latinas importantes y 54 alumnos universitarios reclutados de una universidad pública de cuatro años con una gran proporción de alumnos latinos. En todas las preparatorias, los alumnos fueron reclutados por un administrador y/o psicólogo de la escuela que visitó aulas de chicanos y solicitó su participación. A los alumnos universitarios se les entregó un volante invitándolos a asistir a una conferencia titulada “El estado de la salud mental entre alumnos universitarios latinos: Cuestiones que afectan las disparidades en salud mental y la retención en los servicios” que se realizaba al mismo momento en que el equipo de investigación tenía planeado realizar los grupos focales. En el volante se informaba a los alumnos de la oportunidad de participar en un estudio luego de la conferencia. La mayoría de los alumnos que asistieron a la conferencia se ofrecieron para participar en el estudio.

Análisis de datos

Los integrantes del equipo de investigación leyeron en forma independiente los resúmenes y las transcripciones, y marcaron los significados en el texto. A través de varias reuniones, los integrantes del equipo de investigación discutieron, desarrollaron y consensuaron un listado de posibles códigos que se utilizarían en todos los resúmenes y transcripciones, para analizar los resultados se creó una base de datos con resúmenes de los grupos de trabajo comunitarios y transcripciones de los grupos focales (Yin, 2009). Utilizamos el programa de

software ATLAS.ti (Versión 6; *Scientific Software Development GmbH*, 2009), un paquete de software de análisis cualitativo de datos, para facilitar la codificación y la compilación de datos en distintas categorías. El manual que figura en el Apéndice 5 fue creado para asegurar que los codificadores incluyeran y utilizaran únicamente los códigos que citaban repetidamente los participantes y que se describían en los distintos grupos, foros y grupos de trabajo. Luego consolidamos los códigos para identificar temas, es decir, puntos de interés o preponderantes, según las interpretaciones de los investigadores. A cada tema se le asignó un breve encabezado y se le agregaron frases o secciones más extensas de texto.

Utilizamos varias estrategias para garantizar la confiabilidad y credibilidad de los resultados y las conclusiones del estudio (Yin, 2009). Un factor aún más importante es que recabamos información de distintas fuentes, incluidos participantes con distintas perspectivas, tales como proveedores y usuarios de servicios de salud, familias, administradores, personas LGBTQ y alumnos de preparatoria y colegios comunitarios. También generamos un borrador con los resultados de cada uno de los seis temas. Los borradores están conformados por tres categorías: (1) testimonios y citas, (2) códigos, y (3) patrones y temas. Por último, les solicitamos a 22 miembros del Concilio quienes son expertos en salud mental con amplia experiencia trabajando con latinos con problemas de salud mental que revisaran los borradores y evaluaran si los resultados preliminares tenían sentido para ellos sobre la base de sus experiencias.

The background of the page is a solid light orange color, overlaid with large, faint, circular mandala patterns. These patterns consist of concentric rings of geometric shapes, including triangles, spirals, and scalloped edges, creating a decorative and textured effect.

Capítulo 3

Resultados y discusiones

CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Durante los foros y grupos focales de la comunidad, los participantes tuvieron la posibilidad de discutir sobre los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud mental para la población latina en California. Los participantes también discutieron las estrategias para reducir las disparidades en salud mental que existen para los latinos y dieron prioridad a las estrategias clave como soluciones propuestas para las disparidades. Los obstáculos y soluciones que fueron propuestos se presentan a continuación como resultados en el ámbito personal, comunitario y social.

ACCESO: OBSTÁCULOS INDIVIDUALES, COMUNITARIOS Y SOCIALES A LA ATENCIÓN DE SALUD

Este estudio se enfocó en identificar las prácticas efectivas de la comunidad para aumentar la concientización y el acceso a los servicios de salud mental y mejorar la prevención e intervención de los latinos en California. Esta sección del informe está organizada en tres áreas principales: (1) obstáculos individuales, (2) obstáculos comunitarios y (3) obstáculos sociales.

Obstáculos individuales para acceder a la atención de salud mental

Resultado principal: Los participantes del estudio y los foros observaron que las percepciones negativas sobre la atención de salud mental representan un factor importante que contribuye al acceso limitado o la falta de acceso a la atención de salud. Entre muchas otras inquietudes, las más comunes fueron el estigma, la cultura, la masculinidad, la exposición a la violencia y la falta de información y concientización.

Los participantes del foro reportaron que el acceso limitado o la falta de acceso a los servicios de salud mental representan un factor significativo que afecta la salud mental de la comunidad latina. Los participantes también mencionaron los obstáculos para acceder a los servicios de salud mental e identificaron muchas de las causas relacionadas con dichos obstáculos. El análisis del contenido de los resúmenes de las Mesas de Trabajo y los grupos focales generó cinco temas centrales relativos a los obstáculos individuales: (1) estigma asociado a los problemas de salud mental, (2) obstáculos culturales, (3) masculinidad, (4) violencia y trauma, y (5) falta de conocimiento y conciencia sobre el sistema de salud mental. Hemos detallado cada uno de los obstáculos, e incluimos referencias para permitirles a los lectores comprender las opiniones de los participantes en sus propias palabras.

Estigma asociado a los problemas de salud mental

Las descripciones proporcionadas por la mayoría de los participantes asociaron las enfermedades mentales con estar “loco”; el estigma se manifestó como vergüenza y temor a ser juzgado. Este tema quedó bien claro en la historia que contó uno de los participantes sobre los ataques de depresión de un familiar:

Creo que [el estigma] es verdadero entre la comunidad latina. Tengo una tía con muchos problemas, pero se niega a pedir ayuda. Prefiere quedarse en su casa... y sufrir por depresión, antes de salir y buscar ayuda. Es porque [ella] no quiere que otra gente sepa lo que está pasando, y a veces eso es porque uno no quiere que los demás piensen que está loco. Surge de las etiquetas y cómo nos ven los demás. A nosotros [los latinos] nos da miedo lo que puedan decir los demás. No queremos ser juzgados.

Aunque la falta de cobertura de seguro médico, el transporte inadecuado y la falta de concientización sobre los servicios de salud mental existentes son obstáculos enormes para acceder a los servicios de salud mental, el estigma sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a desalentar a los latinos a realizar un tratamiento de salud mental. Es posible que los latinos que no buscan servicios de salud mental se sientan más cómodos ocupándose ellos mismos de su enfermedad mental que divulgándola, por temor a parecer débiles frente a los demás. Además, muchos latinos también suelen evitar buscar un tratamiento porque niegan la enfermedad.

El estigma puede manifestarse como la desconfianza hacia los demás. Un individuo puede no estar dispuesto a confiarle información íntima a un extraño, por ejemplo, incluso si ese extraño es un profesional de salud mental latino. Una latina describió la frustración que le generaba la resistencia de su madre a confiar en su terapeuta y, por lo tanto, no lograba beneficiarse con el tratamiento:

Mi mamá recibe servicios de salud mental... y aún lo niega... Ve a un psiquiatra y a un psicólogo para tratar su ansiedad y su depresión... pero se reprime... Yo le digo que si no le cuenta exactamente lo que siente al profesional, ¿cómo espera que sea 100% efectivo el tratamiento? Siento que no puedo decirle qué hacer... Tiene que ver con su cultura... Es muy difícil de aceptar... pero al menos ha dado el primer paso para romper las cadenas.

En igual sentido, los participantes lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e inquisitivos (LGBTQ) señalaron el estigma como la principal causa de desconexión entre los individuos LGBTQ y sus familias y el aislamiento social que sufren luego de declarar su sexualidad. El estigma también reprime el comportamiento de los individuos LGBTQ a la hora de buscar ayuda. Muchos de los participantes describieron los efectos perjudiciales del estigma sobre su autoestima. Los participantes consideraron que el desarrollo de la autoaceptación de las personas LGBTQ es una de las responsabilidades principales del proveedor, y un componente esencial de cualquier tratamiento, para poder facilitar el proceso de aceptación y declaración de la orientación sexual. Un participante señaló: “... es necesario que los consejeros entiendan cómo ayudar a las personas LGBTQ a aceptar quiénes somos ... [y] aumentar nuestra autoestima”.

“...es necesario que los consejeros entiendan cómo ayudar a las personas LGBTQ a aceptar quiénes somos ... [y] aumentar nuestra autoestima”.

—participante LGBTQ

Otro participante LGBTQ explicó que la utilización de etiquetas negativas, especialmente en los noticieros y los programas de entretenimiento en español, promueven la homofobia y el estigma en el plano individual. Estas etiquetas describen las relaciones entre personas del mismo sexo como una enfermedad, en especial entre los latinos LGBTQ con VIH. Un estigma social imperante contra los LGBTQ es la normalización de la homosexualidad mediante el desafío a la heteronormatividad. En otras palabras, los medios de comunicación tienden a describir a los personajes gay (en especial a los hombres), como “extravagantes o con estilo” reforzando así un estereotipo que no tiene nada que ver con la orientación sexual de la persona. Las descripciones despectivas en los medios de comunicación a menudo se burlan de los personajes gay y carecen del componente educativo capaz de eliminar el temor, el estereotipo, la homofobia y el odio. Un participante señaló:

Los medios también contribuyen a mostrar los aspectos negativos de ser LGBTQ [latino]... Los medios deben mostrar los aspectos positivos de ser LGBTQ [normalizar los LGBTQ]... Los gay y las lesbianas son vecinos de todos, tienen hogares, hijos, pagan impuestos, son médicos, enfermeras, abogados... Viven entre nosotros y forman parte de la trama de la comunidad.

En términos generales, nuestros resultados concuerdan con investigaciones anteriores que demuestran que la homofobia y la estigmatización de las personas LGBTQ y la comunidad LGBTQ los aísla aún más y alimenta la subcultura de los LGBTQ de ocultamiento y negación (Guarnero y Flaskerud, 2008).

Al igual que con los adultos latinos que participaron en los foros, los alumnos latinos de escuelas preparatorias asocian un estigma a los problemas de salud mental. Por ejemplo, cuando se les preguntó a los jóvenes latinos estudiantes de preparatoria: “Como latino, ¿qué significa para ti la salud mental?”, la mayoría de los alumnos utilizaron términos tales como “psicótico”, “loco”, “esquizofrénico”, “vago” y “retardado” para referirse a una persona con una enfermedad mental. Estos jóvenes estudiantes de preparatoria a menudo manifiestan su temor de parecer débiles y ser tachados de “locos” si tienen un problema de salud mental. Los orígenes del estigma asociado al tratamiento por enfermedad mental tienen raíz en las estructuras familiares y los valores culturales latinos. En otras palabras, para ellos, recurrir a un terapeuta en busca de ayuda significa abandonar la unidad familiar y los valores culturales. Una participante mujer señaló: “el motivo por el cual no buscamos ayuda es porque tenemos más que perder que ganar”, dijo, en referencia a la vergüenza para su familia y el rechazo de su familia si ella daba a conocer su depresión. Otro alumno lo resumió de la siguiente manera:

La psicología y los consejeros no es la forma que escogemos... siempre ha sido así... si uno tiene un problema lo puede resolver solo [con la familia], y uno sabe... que nadie se va a sentar allí a consolarnos como si fuéramos bebés... Pero supongo que en la cultura [latina] se ve con malos ojos... te dicen... 'Ah, ¿vas a terapia?' ¿Qué clase de persona eres? ¿Acaso no puedes resolverlo solo?

Obstáculos culturales

La cultura afecta el modo en que un individuo interpreta los problemas psicológicos. La cultura determina también el tipo de tratamiento o ayuda que se puede buscar, y puede afectar la inclinación de un individuo a acceder a los servicios que ofrece el sistema tradicional de salud mental. Por ejemplo, una joven latina manifestó sus sentimientos frente al sistema tradicional de salud mental y sus creencias culturales y sospechas acerca de los servicios de salud mental:

Estoy intentando responder algunas de las preguntas [relacionadas con los obstáculos al tratamiento], pero no se me ocurren las respuestas porque estoy luchando con la idea de que la enfermedad mental es por tener mala suerte. Yo pienso en eso [la salud mental] de vez en cuando, pero siempre reprimo esos pensamientos porque no es culturalmente aceptable, y no quiero que la gente piense que estoy loca... Sé que tengo una opinión acerca de eso [la salud mental], pero no sé si mi crianza cultural me permite estar de acuerdo con mi propia opinión... Mis opiniones son discutibles porque soy una joven latina que valora la estabilidad cultural, y por eso lucho contra mis propias opiniones y entonces no me veo buscando ayuda por el estrés o cualquier otro problema de salud mental.

Los participantes sugirieron que las creencias culturales de los latinos (p. ej., la fe, la espiritualidad y la religión) a menudo se utilizan para explicar la enfermedad mental como destino, y pueden causar resistencia para buscar servicios de salud mental. Nuestros datos revelan que un gran porcentaje de latinos tiene la creencia de que las enfermedades mentales son provocadas por Dios o por el mal causado por otros. Por ejemplo, algunos latinos consideran que el mal de ojo y el susto se pueden curar mediante limpiezas que realiza un curandero. Estas manifestaciones culturales se describen en la publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* como condiciones específicas a la cultura. Estas simples manifestaciones de malestar físico y mental reducen la confianza de los latinos en los servicios de salud mental dominantes.

Masculinidad

Los hombres jóvenes latinos que participaron de los foros consideraron que la masculinidad o el “machismo” constituye un factor importante. Las conversaciones sobre masculinidad se centraron en la creencia de que los hombres latinos necesitan mayor afirmación para parecer fuertes y dominantes. El machismo se definió como la capacidad del hombre latino de ocuparse de su familia y de resolver los problemas por su cuenta. Muchos de los jóvenes y jóvenes adultos participantes consideraron que el machismo podía ser un atributo positivo en los hombres, en cuanto a tener una presencia digna y ser el pilar de la fortaleza de la familia. Estos sentimientos se reflejan en este testimonio de un latino: “Uno está hecho para ser mexicano... para ser latino, hay que ser fuerte”. Sin embargo, los participantes también reconocieron el machismo como obstáculo para buscar servicios de salud mental y terminar con el tratamiento. Los participantes sugirieron que a los hombres que buscan servicios de salud mental muchas veces se los considera débiles por exponer las debilidades de su familia. Por ejemplo, un latino expresó su opinión acerca de pedir ayuda:

Si uno viene de una familia latina tiene esa visión tradicional donde el hombre es el que tiene que ser el jefe de la casa... Cuando es un niño y comienza a crecer pensando así, lo más normal es que un hombre piense: “¿Sabés qué? No tiene sentido que busque ayuda. Yo puedo resolver mis propios problemas... Tengo que llevar la cabeza bien en alto porque si demuestro debilidad, se van a aprovechar de mí”. Yo recuerdo que el hombre debe ser el jefe de hogar y si tiene algún problema, debe aguantarse. Debe conservar la calma porque si demuestra su propia debilidad, revela la debilidad de la familia.

Los participantes identificaron una opinión generacional uniforme acerca de la cuestión del machismo. Muchos de los participantes hombres que se identificaron como tercera y cuarta generación concordaron en que sus creencias estaban fuertemente influenciadas por los hombres latinos de primera generación. Un hombre de 50 años que se identificó como latino de primera generación no veía esta perspectiva acerca de la masculinidad como un obstáculo, pero las generaciones más jóvenes consideraban que la perspectiva de la generación anterior frente a la masculinidad constituía un obstáculo. El hombre de 50 años manifestó:

Los hombres tienen que ser así. [Soy latino] y ya tengo 50 años y él [un joven] aún no tiene mi edad e igualmente coincide conmigo. Somos hombres... no nos crearon en forma diferente. Pero la sociedad te empuja a ser diferente [más emotivo]. Y algunas veces cedemos. [Como latino] yo sé que me resistí [al cambio] con uñas y dientes y eso me hace muy feliz.

Dos jóvenes mujeres participantes reforzaron esta norma cultural, sugiriendo que ellas también esperaban que los hombres latinos fueran los fuertes de la familia. Una joven latina dijo: “A veces las mujeres dicen: ‘sí, [los hombres latinos] son los fuertes’, y por eso cuando vemos que se debilitan... tú sabes, nosotras los admiramos y si ellos son débiles eso nos hace débiles”. A pesar de que los autores del estudio alientan la cautela a la hora de utilizar el término “macho”, esto surgió como una inquietud entre los jóvenes con los cuales la dominación y el control eran comunes en su hogar, y por lo general se consideró un obstáculo para buscar tratamiento de salud mental.

Violencia y trauma

Las conversaciones acerca de la violencia y el trauma se centraron en la violencia en el hogar, la escuela y la comunidad. Los participantes manifestaron que la violencia o las amenazas de violencia constituían obstáculos que les impedían a los latinos obtener los servicios de salud mental que necesitaban. Asimismo, los participantes sugirieron que la violencia en el hogar a menudo se ve acompañada por falta de educación, o educación o recursos limitados en cuanto a servicios de salud mental. Un participante señaló que cuando a su hermano le diagnosticaron esquizofrenia, lo criticaron por ser débil, y su padre consideraba que el mejor tratamiento para la enfermedad mental de su hijo era el castigo físico. Otro joven participante informó que cuando la familia le insistió buscar ayuda por su ira y posible problema de salud mental, el enojo de su padre creció y éste perdió el control por completo. El joven recuerda que la ira de su padre se fue agravando progresivamente, provocando abuso físico y emocional.

Además de la exposición a la violencia en el hogar, los jóvenes también manifestaron haber sufrido violencia en las escuelas. Muchos de los jóvenes participantes dieron a entender que el hecho de ser víctimas de violencia o recibir amenazas de violencia a menudo agravaba significativamente sus sentimientos de ansiedad y temor. Los jóvenes participantes consideraron que las escuelas no cuentan con personal de asesoramiento y recursos de apoyo apropiados para ayudar a los alumnos y a sus familias. En otras palabras, debido a la magnitud de la violencia en las escuelas urbanas, la cantidad de asesores y psicólogos disponibles en las escuelas para trabajar con los jóvenes resulta insuficiente. Por ejemplo, en una escuela con 4.000 alumnos por lo general hay un solo psicólogo escolar en el campus. Los participantes señalaron que las escuelas deberían ser lugares seguros donde puedan aprender y buscar una vida mejor que la que tuvieron sus padres. No obstante, las preocupaciones por pandillas, uso de drogas y delito en general son factores importantes de estrés. Una joven latina manifestó:

Cuando estaba en el noveno grado, tenía mucho estrés... peleas, chicos [en patotas] que querían golpearme... el mundo era muy difícil.... Andaban armados y querían golpearme... Yo tenía muchísimo miedo. No sabía a quién recurrir [en la escuela].

Estos resultados confirman el trabajo reciente de Kataoka y sus colegas (2009), quienes determinaron que los jóvenes latinos expuestos a altos niveles de violencia en los campus de sus escuelas no recibían tratamiento adecuado para lidiar con estas experiencias traumáticas. Además, concluyeron que los educadores y los administradores de las escuelas necesitan hacer más para mejorar las iniciativas de prevención de la violencia y de intervención temprana. Muchos participantes del estudio contaron historias de latinos que habían intentado suicidarse porque estaban demasiado estresados con la vida académica y hartos de las tensiones psicológicas que sufrían en sus comunidades y vecindarios.

Los jóvenes participantes sugirieron que el no lidiar con las tensiones psicológicas que sufren los jóvenes en sus hogares, escuelas y comunidades eventualmente produce repercusiones más graves, incluido el suicidio. Este tema fue de especial relevancia para la juventud latina LGBTQ, que informó que el rechazo de su familia, escuela y comunidad había alimentado sus sentimientos de pérdida, frustración, desesperación, y sus pensamientos y actos suicidas. Este resultado confirma investigaciones anteriores (Mustanski, Garofalo y Emerson, 2010) que indican que los jóvenes LGBTQ presentan tasas más altas de intento de suicidio. Los suicidios por parte de los individuos LGBTQ también pueden traumatizar a los familiares que los rechazaron. Un padre dijo que su vida se había sumido en la tristeza cuando su hijo se suicidó unos días después de haber sido rechazado por ser gay. “No pasa un día sin que desee tener un momento más con mi hijo para poder hablar y reconciliarme”, dijo el padre.

Un participante observó que las discusiones subestimaban las experiencias traumáticas que viven muchos latinos al cruzar la frontera. Este participante señaló que en especial los adolescentes latinos son los más susceptibles al trastorno de estrés postraumático durante y después de cruzar la frontera. Esta afirmación concuerda con la obra de Shattell *et al.* (2008), que determinó que este subgrupo particular de la población latina era el más vulnerable a los factores de riesgo, incluido el estrés por aculturación, abuso de drogas, participación en pandillas, embarazos adolescentes y a abandonar la escuela, ya que luchan para dar forma a su identidad personal en un nuevo país después de cruzar la frontera.

Obstáculos relacionados con el conocimiento y la toma de conciencia

La mayoría de los participantes considera que a los latinos les falta información y estrategias acerca de cómo acceder a los servicios de salud mental y opciones de tratamiento. Un participante comentó que el desconocimiento de las señales de enfermedad mental contribuye a que muchos latinos no tomen conciencia del problema y no adopten medidas para superarlo. Respuestas tales como “Educar a la gente [los latinos] acerca de los puntos críticos de acceso, para que sepan a dónde recurrir en busca de ayuda, cómo obtener una derivación, y para que puedan mostrar determinación al solicitar una referencia a un proveedor latino” fueron frecuentes cuando los latinos discutieron las formas de mejorar el acceso a los programas y servicios existentes. Los participantes también comentaron que las familias latinas, en especial los grupos de inmigrantes, no

contaban con una red de gente a la cual recurrir en busca de información acerca de los servicios disponibles. Un participante manifestó que educar a toda la familia, incluso a los familiares indirectos, podía ayudar a generar una red de conocimiento:

A veces la familia no entiende lo que sucede y empieza a sospechar y se niega [a buscar un servicio]... Los padres no cuentan con el apoyo de los demás familiares. Implementar un programa de asesoramiento para familias para brindar información a quienes quieran aprender más acerca de salud mental, y al mismo tiempo aprender estrategias para apoyar a sus seres queridos... Los usuarios [latinos] sienten que no tienen el apoyo de la familia, y que la familia no entiende bien qué es una enfermedad mental.

Muchos participantes manifestaron que incluso cuando existen servicios disponibles, los individuos que necesitan los servicios en algunos casos no están suficientemente familiarizados con el sistema de salud mental como para poder aprovecharlos. En otras palabras, en algunos casos puede ser insuficiente proporcionar información sin una actividad de apoyo disponible que empodere a los individuos y a sus familias a utilizar la información para analizar y escoger la alternativa de tratamiento adecuada a fin de superar la resistencia de origen cultural frente a los servicios de salud mental. Los participantes consideran que mejorar el conocimiento propio acerca de cómo utilizar las alternativas de tratamiento mediante el empoderamiento puede contribuir a reducir los obstáculos a la atención de salud.

En síntesis, la mayor inquietud en cuanto al acceso a la atención de salud mental era la percepción de los individuos acerca de dicha atención de salud. Los participantes identificaron numerosos obstáculos a la atención de salud fuertemente arraigados en influencias culturales, que se conjugan con la exposición a situaciones de estrés y un conocimiento limitado o falta de concientización acerca de cómo navegar el sistema de salud mental. Estos obstáculos disminuyeron la predisposición y motivación de los latinos para comprometerse con el tratamiento.

Obstáculos comunitarios para acceder a la atención de salud mental

Resultado principal: Una parte significativa de los participantes latinos creen que el acceso limitado y la utilización deficiente de los servicios de salud mental en la comunidad latina se deben principalmente a la carencia de servicios cultural y lingüísticamente apropiados, sumado a la falta de trabajadores de la salud mental bilingües y biculturales, la escasez de programas educativos para jóvenes latinos y un sistema de atención de salud que es excesivamente rígido.

A partir del análisis del contenido de las Mesas de Trabajo, surgieron cuatro temas persistentes en el ámbito de la comunidad. Estos temas, que representan obstáculos que contribuyen a una atención de salud inadecuada y una salud mental y evolución más pobres en términos generales, son los siguientes: (1) escasez de servicios cultural y lingüísticamente apropiados, (2) escasez de profesionales capacitados en salud mental, (3) escasez de programas de salud mental académicos y escolares, y (4) obstáculos estructurales a la atención de salud. Los cuatro temas centrales se analizaron como áreas de preocupación para lidiar con las causas de las enfermedades mentales, y se consideraron obstáculos para acceder y utilizar los servicios de salud mental.

Escasez de servicios cultural y lingüísticamente apropiados

Entre los participantes del foro, la incompatibilidad cultural fue una de las causas más frecuentemente mencionadas de la baja utilización de los servicios por parte de los latinos. “Muchos proveedores no hablan el idioma del cliente o no cuentan con la competencia cultural”, manifestó un participante del foro. La capacidad de entender los trastornos mentales en el contexto de la cultura latina y de ofrecer un tratamiento culturalmente sensible y aceptable fue uno de los temas a los que los participantes dieron gran importancia. Los participantes del foro expresaron frustración y describieron las dificultades asociadas con la búsqueda de atención de salud apropiada de los proveedores. Muchos participantes hablaron sobre las dificultades que tienen para encontrar servicios de acuerdo con sus creencias y valores culturales, experiencias de vida y costumbres familiares. Uno de ellos dijo:

En primer lugar, para nosotros es difícil buscar ayuda. Y además, cuando uno busca ayuda y el profesional que encuentra no te conoce y abre tu “Caja de Pandora” es como... “¡Por Dios! ¡Estaba loco!” Ellos [los profesionales] te exponen mientras buscan un diagnóstico en un libro, ¡y ahora estoy loco y me dejan para que me arregle solo! Es peor que no buscar ayuda. Uno se pregunta: Y entonces, ¿para qué vine?

Este desafío resultó crítico para los participantes a los que les costaba buscar tratamiento y se sentían desilusionados ante un diagnóstico de un proveedor con el que no se identificaban y del cual sentían que no entendía su cultura. La omisión por parte de los proveedores de atención de salud mental de tomar en consideración las cuestiones culturales puede incrementar la renuencia de los latinos a buscar atención de salud. Muchos participantes LGBTQ describieron sus dificultades pasadas y actuales para encontrar servicios de salud mental cultural y lingüísticamente sensibles y compatibles con su orientación sexual. Los participantes describieron experiencias de homofobia, en especial de parte de proveedores que no eran LGBTQ o sensibles a los LGBTQ. Una joven mujer que se identificó como latina lesbiana dijo: “Yo he visto médicos que no eran sensibles a la comunidad LGBTQ, y la mayoría parecía incómodo al tratarme después de que yo dije que era lesbiana”. La falta de servicios apropiados para los LGBTQ, combinada con las percepciones y actitudes negativas de los proveedores frente a los individuos LGBTQ pueden ser percibidos como obstáculos a la atención de salud por parte de los participantes LGBTQ.

“He visto doctores que no eran sensibles a la comunidad LGBTQ, y la mayoría parecía incómodo al tratarme después de que les dije que era lesbiana”.

—Latina LGBTQ

Escasez de profesionales de salud mental calificados

La escasez de personal bilingüe y bicultural disponible para atender a los latinos fue otra de las cuestiones planteadas por los participantes. Muchos participantes atribuyeron su renuencia a buscar atención de salud a la falta de proveedores bien capacitados familiarizados con la cultura latina. Una cuestión planteada reiteradamente por los participantes fue la escasez de proveedores de servicios de salud bilingües y biculturales que ofrezcan servicios de salud mental cultural y lingüísticamente apropiados. Los participantes también señalaron la necesidad de “cultivar nuestros propios” proveedores de salud mental. En la opinión de los participantes hay una falta de programas de orientación y de estudios en el sistema educativo de escuelas preparatorias y colegios comunitarios. Los participantes denunciaron comunicación y alineación insuficientes en el campo de la salud mental, en el sistema educativo y en la comunidad latina para educar a los jóvenes acerca de carreras en salud mental y diseñar un programa de estudios centrado en habilidades cultural y lingüísticamente competentes.

Los participantes del foro también consideraron que la falta de formación en idioma español entre los profesionales de salud mental era tan importante como la falta de competencia cultural. Muchos participantes relataron sus experiencias insatisfactorias con el procedimiento de interpretación, e incluso hicieron referencia a algunos intérpretes que habían sido incapaces de relatar las experiencias de vida de los usuarios. El bilingüismo y el biculturalismo no solo se miden como la capacidad que tiene una persona de hablar el idioma correctamente, sino que también importan la verdadera comprensión de la historia del usuario y la utilización del idioma para conectarse y comunicarse con ese contexto histórico (González, Tarraf y Vega, 2010).

La falta de profesionales en salud mental con competencia cultural sobre el grupo LGBTQ y la carga agregada de los pedidos reiterados de revelar la identidad sexual estuvieron presentes en todas las respuestas de los participantes LGBTQ. Los participantes LGBTQ consideran que los proveedores de servicios de salud mental no cuentan con trabajadores capaces de identificarse con las experiencias de los participantes LGBTQ. Este tema se refleja con mayor claridad en las palabras de una persona LGBTQ que se identificó a sí mismo como hombre con depresión:

No me gusta recurrir a proveedores que no están familiarizados ni capacitados en el uso de la terminología y el lenguaje LGBTQ. Necesitan contar con más herramientas para ayudar a un hombre gay con depresión como yo. Es necesario que haya una especialización para tratar a los usuarios LGBTQ. Hoy, no hay ningún sistema para que los latinos LGBTQ [como yo] puedan acceder a servicios amigables para los LGBTQ... o programas que le transmitan al usuario LGBTQ que la agencia es amigable con los LGBTQ. Es una sensación terrible tener que estar completando formularios constantemente donde tengo que marcar la categoría de "otros" y revelar mi identidad sexual por milésima vez.

La mayoría de los participantes relataron experiencias positivas con los promotores o navegadores del sistema de salud. Por ejemplo, un participante mencionó: “[Descubrí] que el modelo de promotores es un modelo de apoyo de personas que me ofrecían [a mí y a mi familia] las capacidades de supervivencia además de las habilidades de vida y socialización en relación con las cuestiones de salud mental”. La función de los promotores es servir como intermediarios en la comunicación con las comunidades que necesitan mayor atención de prevención. Debe trabajarse más para aumentar el reconocimiento de los promotores, no como sustitutos del personal con formación académica, sino como personas respetadas en la comunidad que pueden mejorar el acceso de los latinos a la atención de salud. La sección “Estrategias” del presente informe incluye mayor información acerca del modelo de promotores como posible solución para obtener logros en el acceso y la calidad de la atención de salud.

Escasez de programas académicos de salud mental en las escuelas

Los participantes manifestaron su inquietud acerca del nivel general de apoyo a los programas de salud mental de las escuelas. Muchos participantes se refirieron a las dificultades de las escuelas para obtener financiamiento para poder mantener los programas y servicios disponibles, lo cual se refleja en la siguiente declaración de un participante: “Asegurarse de que existan fondos disponibles para financiar las actividades de educación y de extensión ... [y] asegurarse de que los servicios no tengan ningún costo”. Esta inquietud fue mencionada y desarrollada por participantes que también hicieron referencia a la necesidad de capacitar a los padres, maestros y educadores acerca de temas relativos a la salud mental, las maneras correctas de identificar las señales de enfermedad mental y los métodos apropiados para ofrecer ayuda adecuada a los alumnos. Una madre que se mostró frustrada ante el intento de trabajar con los administradores del distrito escolar dijo: “El distrito escolar le negó servicios a mi hijo a pesar de que sabían que tenía un problema, pero aun así no pudieron diagnosticarlo ni tratarlo”. Los participantes enfatizaron que las escuelas tienen una gran responsabilidad de brindar servicios adecuados a los niños. Los padres latinos también manifestaron inquietud acerca de la tendencia del personal de la escuela de confundir un problema de salud mental con un problema de conducta, de tal modo que califican a sus hijos como “en riesgo” y generan expulsiones innecesarias, los envían a escuelas de continuación o incluso alientan a los alumnos afectados a abandonar la escuela. “Cuando las escuelas realizan un diagnóstico errado de nuestros hijos y clasifican el problema como un 'problema de conducta' sin evaluar adecuadamente otras cuestiones relativas al desarrollo... [las escuelas] lo resuelven simplemente enviando a los chicos a una escuela de continuación, donde se inicia la 'vía rápida' a la cárcel” dijo un padre latino.

El distrito escolar le negó servicios a mi hijo a pesar de que sabían que tenía un problema, pero aun así no pudieron diagnosticarlo ni tratarlo”.

—Madre latina

Si bien los participantes notaron las diferencias de garantizar la disponibilidad y el acceso a los programas de salud mental de las escuelas para alumnos con enfermedad mental, consideraron que las escuelas tienen un gran potencial para promover el campo de la salud mental como posible carrera profesional para los latinos y para comenzar a educar a los trabajadores de la salud mental. Concordando con la idea anterior de “desarrollar nuestros propios” profesionales, los participantes enfatizaron la importancia de contar con programas vocacionales básicos de salud mental en la preparatoria y programas de certificación en los colegios comunitarios para las personas interesadas en dedicarse a la salud mental.

Todos los jóvenes participantes señalaron que la falta de instrucción en el aula acerca de temas de salud mental puede haber generado un obstáculo que determina su conducta a la hora de buscar ayuda. Los participantes señalaron la falta de continuidad del material educativo acerca de temas de salud mental de la escuela media a la preparatoria y durante la educación en colegios comunitarios. Un joven declaró:

Creo que existe negación de las cuestiones de salud mental en nuestras escuelas. Muchos maestros y administradores intentan negarlo... Creo que llegó la hora de que los maestros y los administradores comiencen a prestar atención a lo que está sucediendo en sus escuelas, porque a veces la única educación de salud que ofrecen a los alumnos es acerca de cuestiones básicas de salud y habilidades de vida y se enseña en un semestre.

Muchos de los jóvenes y jóvenes adultos participantes consideran que las escuelas muchas veces desaprovechan la oportunidad de incluir temas de salud mental en sus programas y maximizar el conocimiento y el interés de los jóvenes en la salud mental. Otros se refirieron a la oportunidad desaprovechada de mejorar también el conocimiento de los maestros y la formación en las aulas.

Obstáculos estructurales a la atención de salud

Obstáculos organizativos y sistémicos Los participantes manifestaron su inquietud por la falta de sincronización entre la cultura y el contexto de las agencias de salud mental con la cultura y el contexto de los individuos y de la comunidad latina. Específicamente, los participantes dijeron que los procedimientos y el protocolo de las agencias y los proveedores de salud mental frecuentemente se contradice con las creencias y los valores culturales del usuario latino. En estos casos, los participantes consideran que las agencias y los proveedores de salud mental no están capacitados para responder adecuadamente ante un conflicto. Los latinos por lo general valoran la idea de tomar la mano de alguien o abrazarlo en señal de preocupación y apoyo, por ejemplo. Sin embargo, esta idea plantea un conflicto con los lineamientos de las agencias y otros protocolos de cumplimiento que prohíben la proximidad entre el usuario y el proveedor, lo cual refuerza la percepción de incapacidad de los proveedores de sintonizar culturalmente con las necesidades de tratamiento de los latinos (Falicov, 2009). Tal como se mencionaba anteriormente, la omisión de considerar las creencias y los valores del usuario latino e incorporarlos como parte del tratamiento puede provocar graves consecuencias, e incluso la finalización prematura del tratamiento. Este resultado confirma las investigaciones anteriores (Anand y Lahiri, 2009) que enfatizan la importancia de la capacidad de los proveedores de pensar cómo responder ante un conflicto entre lo que creen ellos y lo que cree el paciente.

En el mismo sentido, un líder de la comunidad latina sugirió que escuchar y prestar atención a las reacciones inmediatas de los latinos ante los entornos clínicos no solo ayuda a evaluar el estrés y el estigma, sino que también puede ayudar a determinar el éxito que puede tener el tratamiento para ese individuo en particular. La mayoría de los participantes enfatizaron sus frustraciones y su insatisfacción con el sistema actual de salud mental, e hicieron referencia a la necesidad desatendida de los latinos de sentir seguridad, normalidad y dignidad, que se viola al someterlos a protocolos rígidos que parecen no tener sentido y que incluyen largas listas de espera y entornos estresantes. Al contar su experiencia en una clínica, un participante dijo: “Esperar en fila afuera del consultorio fue muy estresante... Afectó mi privacidad... Nadie quiere que la persona de al lado sepa a qué viene uno aquí”.

Horarios flexibles de atención de salud. La falta de horarios flexibles u horarios limitados de atención de los proveedores de salud mental surgieron como una de las mayores preocupaciones, especialmente entre los participantes que buscan servicios de salud mental después del horario laboral. Si se ignora algo tan elemental como proveer servicios adaptados al horario de trabajo de los latinos al desarrollar e implementar estrategias para resolver los problemas de acceso y tasas de utilización, se podrían ver comprometidos la efectividad y el bienestar dado que los latinos rara vez sacrifican un día de trabajo por una cita con el médico.

“Esperar en fila afuera del consultorio fue muy estresante... Afectó mi privacidad... Nadie quiere que la persona de al lado sepa a qué viene uno aquí”.

—Usuario latino

Obstáculos sociales para acceder a la atención de salud mental

Resultado principal: Los participantes identificaron los factores sociales y económicos como las causas principales de enfermedades mentales y los obstáculos importantes para lograr y mantener el bienestar entre los latinos.

Los determinantes sociales de la salud mental constituyeron un tema predominante en todos los grupos. El análisis de contenido reveló los siguientes tres obstáculos claves: (1) recursos sociales y económicos y condiciones de vida, (2) transporte inadecuado y (3) exclusión social.

Recursos socioeconómicos y condiciones de vida

Los participantes señalaron dificultades asociadas a la pobreza, incluida la obtención de vivienda, seguros de salud y alimento para sus familias simultáneamente, entre los factores que contribuyen a los problemas de salud mental. En particular, muchos participantes manifestaron que sienten un alto grado de preocupación en relación con la obtención de alimentos y vivienda para ellos y para sus familias. Los problemas de salud mental frecuentemente asociados con la pobreza se dividen en dos categorías: (1) trastornos de internalización (p. ej., depresión, estrés y suicidio) y (2) violencia u otras actividades delictivas. En términos generales, los participantes manifestaron desesperación, depresión y pensamientos suicidas asociados a la carga de la pobreza y la responsabilidad de sostener a sus familias. Como las familias latinas tienden a concentrarse en las necesidades básicas de la vida, con frecuencia no cuentan con el tiempo o los recursos necesarios para buscar atención de salud mental.

Los jóvenes y adultos jóvenes que participaron en los grupos focales hicieron referencia a las dificultades académicas que enfrentaban cuando ellos y sus familias luchaban contra la pobreza. Para muchos jóvenes, la necesidad de faltar a la escuela para cuidar a sus hermanos o hermanas, o abandonar la escuela para trabajar para mantener a sus familias eran experiencias comunes. Muchos de estos jóvenes también manifestaron que sus padres entendían el valor de la educación, pero que las prioridades eran la familia y el hogar. Después de faltar demasiados días a la escuela, muchos jóvenes señalaron que era difícil encontrar motivación para terminar la escuela, lo cual, a algunos, les provocaba estrés y depresión. Estas experiencias se resumen en este comentario de uno de los alumnos:

Bien, muchos de nosotros nacemos con una desventaja... cuando encarcelaron a mi papá la única que trabajaba era mi mamá, entonces yo tenía que faltar mucho a la escuela para cuidar a mi hermano... Falté mucho a la escuela... Generalmente iba un solo día [de la semana]. No podía hacer tarea porque al llegar a casa tenía que limpiar y cocinar, y cuidar a mi hermano. Fue así que terminé en una escuela alternativa. Dejé de hacer las cosas de la escuela y eso me afectó mentalmente.

Algunos participantes señalaron la pobreza como uno de los factores que más contribuía a la violencia y al delito en sus comunidades. Los participantes manifestaron su frustración continua ante la falta de oportunidades de empleo. Plantearon que el desempleo y la inestabilidad financiera llevan a los individuos de sus comunidades a volcarse a actividades ilegales para mantenerse a sí mismos y a sus familias. Además de las preocupaciones asociadas al estrés financiero, muchos participantes manifestaron vivir en condiciones de vivienda inadecuadas. Algunos participantes manifestaron no tener acceso a agua corriente, mientras que otros contaron que vivían en vecindarios con altos niveles de violencia y consumo de drogas.

Señalaron la falta de seguro de salud como uno de los mayores obstáculos al acceso por parte de los latinos a los servicios de salud mental. Algunos de los participantes que no cuentan con un seguro de salud creen que no existen servicios de salud mental a su disposición; y esa percepción se encuentra fundamentalmente difundida entre los latinos indocumentados que viven en constante temor de ser deportados si buscan ayuda para sí o para sus familiares. Los testimonios que surgieron de las discusiones acerca de los obstáculos económicos a la atención de salud concordaron con el del participante que dijo: "No tengo forma de pagar la asistencia. Si uno no tiene los medios para pagar los servicios, no tiene nada [ningún servicio] porque no hay forma de pagarlos... [y] si mi familia y yo no somos inmigrantes legales, no sé dónde buscar ayuda para ellos por el miedo que le tienen a inmigración [las autoridades migratorias]". Esta percepción corrobora los estudios anteriores que demuestran que los latinos tienen índices más bajos de cobertura de salud en comparación con otros grupos étnicos (Rutledge y McLaughlin, 2008). Pero incluso los latinos que tienen seguros tienen menor acceso a los servicios de salud que otros estadounidenses (PEW Hispanic Center y Kaiser Family Foundation, 2002).

Para los trabajadores migrantes en particular, las bajas condiciones de vida alimentaban el estrés y la depresión. Los trabajadores migrantes que participaron manifestaron que no podían acceder a agua corriente, y que vivían en áreas geográficamente aisladas con limitado acceso a tiendas de alimentos, agua, lavanderías y recreación para sus niños. El aislamiento geográfico constituía un obstáculo al acceso a los servicios de salud mental.

Transporte inadecuado

La gran mayoría de los participantes hizo referencia a los servicios de transporte inadecuados, que contribuían al aislamiento y al acceso limitado a los servicios de salud mental. El costo del transporte público también surgió como una limitación significativa. Si bien el transporte es un obstáculo simple, es frecuentemente subestimado. Un participante señaló: "Si uno no tiene forma de salir. Si no tienes auto... no eres nada. Te desesperas porque no hay manera de ir a la ciudad... si te enfermas, o si necesitas algo". Otro participante subrayó la importancia de contar con transporte confiable, especialmente en las áreas rurales, para garantizar la disponibilidad de servicios de seguimiento y para mejorar la probabilidad de que los clientes completen su tratamiento. Un participante manifestó:

Los latinos de las áreas rurales necesitan transporte para llegar a los servicios y concurrir a las citas. Si un paciente tiene una cita con el doctor por la mañana y desea participar en otros servicios que se ofrecen por la tarde o por la noche, la mayoría no puede aprovecharlos porque no quieren esperar y se van a su casa... Si se van a su casa, no tienen forma de volver al establecimiento.

El transporte es una necesidad simple, pero de vital importancia, que rara vez se tiene en cuenta a la hora de promover el acceso a los servicios de salud mental.

Exclusión social

La exclusión social es el proceso mediante el cual un individuo o un grupo de personas queda al margen de la participación en las actividades sociales. En este proceso, a algunos individuos, debido a su historia, su experiencia de vida o sus circunstancias, se les niega el acceso a los recursos de la sociedad, de modo tal que viven en condiciones pobres, con problemas de salud física y mental y otros problemas interrelacionados. La exclusión social se mide no solo por las condiciones de vida de un individuo o una comunidad (es decir, por la pobreza), sino también por la sensación de un individuo de no pertenecer a una comunidad o, a mayor escala, la sensación de una comunidad de no pertenecer a la sociedad. Muchos participantes dijeron que sentían que no podían acceder a los servicios de salud mental debido a la exclusión social.

Algunos alumnos de los grupos focales dijeron sentirse excluidos en su entorno por ser pobres. A pesar del deseo de obtener una educación y una vida sana en familia, a menudo se los ignora en la escuela y en la comunidad y, por ello, no tenían aspiraciones de buscar ayuda cuando se sintieron superados por el estrés y finalmente desarrollaron una depresión. Una joven latina de 18 años describió su experiencia al sentirse ignorada, y las dificultades que tenía para acceder a los servicios de salud mental en su comunidad.

Cuando tenía 15 años y estaba deprimida, recuerdo que [el entorno de asesoramiento comunitario] no era cómodo... Yo iba a los lugares locales de mi área porque quería intentarlo [hacer terapia], quería ver qué servicios tenían para ofrecerme... Me hacían sentir fuera de lugar. Quizá era por el área, el lugar, la gente de ese lugar, pero me sentía fuera de lugar. Creo que hoy la escena para los chicos pobres no se centra en su salud o en buscar ayuda, porque nosotros creemos que no hay ninguna ayuda para los pobres. Me aferré a mis amigos y otras cosas negativas y me echaron de la escuela normal... No creo que el ambiente sea bueno hoy.

Para los participantes jóvenes, el sentirse excluidos de la sociedad en general y desconectados de la comunidad latina estaba asociado a un aumento en el consumo de sustancias, y a otros comportamientos de riesgo susceptibles de desencadenar problemas de salud mental.

En este sentido, muchos participantes asociaron sus problemas de salud mental y el poco progreso en la sociedad a la “falta de información acerca de mis derechos humanos y legales”. Algunos participantes manifestaron temor y desconfianza de las agencias gubernamentales, incluidas las agencias y otros servicios de salud mental. Los participantes hicieron referencia al temor de la deportación como condición social que les impedía buscar servicios de salud mental. Si bien la mayoría de los sistemas de atención no consultan el estado migratorio, muchos inmigrantes latinos indocumentados temen ser denunciados, y

finalmente deportados. El temor de ser deportado es un obstáculo significativo que desalienta a los inmigrantes latinos a la hora de buscar servicios de salud mental. Una participante latina manifestó: “Conozco familias con padres indocumentados e hijos que tienen documentos, y temen pedir ayuda ante el temor de ser deportados y separados de sus hijos... Para una madre, es aterrador”.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS EXISTENTES

En esta sección del informe se identifican y se describen las estrategias para contactar, invitar y vincular a la comunidad latina de California. En especial, se centra en la identificación de estrategias proporcionadas por la comunidad para mejorar el acceso, la calidad de la atención de salud y aumentar los resultados positivos para los latinos en California. Esta parte está organizada en dos áreas principales: (1) recursos comunitarios y culturales, y (2) estrategias proporcionadas por la comunidad para los programas de prevención e intervención temprana.

Recursos comunitarios y culturales

Resultado principal: Los participantes identificaron los recursos de la comunidad que promovieron la salud mental de sus comunidades. Nuestros datos revelaron que los factores críticos para mejorar el acceso a la atención de salud están asociados a cinco recursos culturales de la comunidad: (1) resiliencia individual y comunitaria; (2) participación de la familia; (3) la iglesia y los líderes religiosos; (4) mentores y modelos de la comunidad; y (5) pláticas comunitarias.

Resiliencia individual y comunitaria

Los datos revelaron que los factores de protección más salientes que fortalecían la resiliencia de la comunidad se desprendían de tres valores culturales clave: (1) el valor de la familia (*familismo*), (2) el respeto por los miembros de la comunidad que se perciben en posiciones de autoridad (respeto), y (3) el valor de las relaciones personales (personalismo) con la gente y las instituciones. (Estos valores se explican en detalle en la sección de análisis bibliográfico del presente informe). Los participantes enfatizaron la resiliencia de la comunidad como una fortaleza desarrollada mediante el trabajo conjunto de las familias, las iglesias, las escuelas y los grupos de la comunidad para fortalecer tanto a los individuos como a las comunidades. En un relato particularmente saliente, un participante describió un sentido de resiliencia que había experimentado en su comunidad durante su tratamiento: “Desarrollé un sentido de resiliencia y persistencia en el tratamiento utilizando las fortalezas de mi comunidad para mejorar los factores de protección, y al trabajar en estrecha colaboración con mis escuelas, mi iglesia y los programas con base en la fe”. En este caso, simplemente el sentir la conexión y el poder recurrir a las fortalezas de la comunidad permitieron incrementar los factores de protección y resistir ante las vicisitudes. Un líder de la comunidad latina enfatizó una estrategia centrada en un desarrollo comunitario. “Debemos concentrarnos en estrategias que empoderen a los grupos comunitarios en el ámbito local... alentar a los individuos y a las comunidades latinas a crecer y cambiar conforme a sus necesidades y prioridades”, dijo este líder comunitario. Los proveedores de salud mental que participaron en los foros también mencionaron el papel fundamental del desarrollo comunitario para promover la resiliencia individual y comunitaria. En particular, los proveedores consideran que la ubicación de los servicios para maximizar los recursos

de la comunidad e integrar los servicios de salud mental a la comunidad ayuda a normalizar los problemas de salud mental. Asimismo, los proveedores recomendaron desarrollar aún más los factores de protección (p. ej., el *familismo*) para ayudar a los usuarios latinos a superar los obstáculos para acceder a la atención de salud.

“Debemos concentrarnos en estrategias que empoderen a los grupos comunitarios en el ámbito local... alentar a los individuos y a las comunidades latinas a crecer y cambiar conforme a sus necesidades y prioridades”.

—Líder de la comunidad latina

Participación de la familia

Apoyándose en el valor cultural clave del *familismo*, los participantes que habían buscado activamente un tratamiento de salud mental o que tenían un miembro de la familia buscando ayuda describieron el papel fundamental que juega la familia en el éxito de la recuperación de los individuos. Los proveedores que participaron en los foros también mencionaron la necesidad de integrar la familia al tratamiento del usuario, y plantearon que los familiares son recursos esenciales para tratar los problemas de salud mental. Sin embargo, los proveedores también mencionaron cuán complejo resulta revelar las enfermedades de salud mental a los familiares. En especial, los participantes hicieron referencia al antagonismo que enfrentan los individuos LGBTQ a la hora de revelar sus enfermedades mentales y su orientación sexual. Un proveedor contó esta historia sorprendente:

Trabajaba con un joven LGBTQ que sufría depresión y había pensado en suicidarse porque temía el rechazo de su familia cuando decidiera revelar su sexualidad. Cuando reveló su sexualidad ante sus padres, su padre lo echó de inmediato y le dijo que no volviera a poner un pie en su casa. La madre del joven le rogó a su marido que no abandonara al hijo... Pero el padre le dijo que también la echaría si seguía apoyando la identidad sexual del hijo... El joven fue y saltó de un puente en un intento por suicidarse. Yo intenté en varias oportunidades conectarme con el padre del joven y él se rehusaba a hablar conmigo, y me insultaba cada vez que yo lo llamaba... Cuando finalmente hablé conmigo, me preguntó qué habría hecho yo si un hijo mío me hubiera venido con algo así. Yo le respondí “mi amor por mi hijo no cambiaría si él fuera gay, y yo lo amaría independientemente de su sexualidad... Eso es lo que hace una familia”. Me invitó a su casa para seguir platicando... En nuestro encuentro en persona, siguió manifestando sus dificultades para aceptar la sexualidad del hijo... Yo mostré respeto por su postura simplemente tocándolo en el hombro cuando me preguntó acerca de la importancia de la vinculación de la familia... Durante nuestra conversación, descubrimos que habíamos crecido en el mismo pueblo en México... [y] nuestra conversación se volcó más a la familia y dejamos de hablar de que su hijo era gay... Finalmente cambió de opinión y aceptó a su hijo, y participó activamente en el tratamiento de su hijo.

En este caso, el nivel de vinculación familiar dependía de contar con un proveedor de servicios de salud accesible en la comunidad con un sentido familiar y cultural afín y una expresión de *familismo*, combinado con el respeto y el personalismo. Los participantes LGBTQ también identificaron la necesidad de vincular a toda la familia como estrategia en el proceso para revelar la identidad sexual. La familia juega un papel fundamental como sistema de apoyo tanto para los padres como para las personas LGBTQ. Un participante latino LGBTQ señaló:

Cuando le revelé mi sexualidad a mi mamá, estaba devastada y no podía entenderlo. Me decía: ¿Cómo es posible? Fuiste a la universidad, tienes una maestría. Ella creía que seguramente era por mi escuela o mis amigos... Pero mi sobrina que también tiene una maestría en trabajo social, le explicó... “abuela, es normal, nació así”, de modo que ella se transformó en mi recurso para hablar con mi madre. Mi madre confiaba en mi sobrina porque había ido a la universidad, de modo que la educó la nueva generación, porque no estaba dispuesta a escucharme a mí... y ese sistema de apoyo me ayudó a concentrarme en el tratamiento de mi depresión.

Existen estudios anteriores que demuestran que los miembros de la familia latina son recursos importantes y un elemento integral del tratamiento exitoso de un miembro de la familia (Garza y Watts, 2010), especialmente de los niños y los jóvenes (Shetgiri *et al.*, 2009).

Aparentemente, también parecía existir consenso entre los familiares respecto del papel importante de la familia para promover la resiliencia entre los jóvenes latinos. Los participantes propusieron una estrategia para vincular las familias con dificultades: pedirles a personas de otras familias con una historia de éxito sorprendente que visiten a la familia y compartan sus conocimientos, habilidades y experiencia para superar los obstáculos. El fundamento de esta estrategia es enfocarse en los miembros de la familia en lugar de dirigir los esfuerzos al joven con problemas de salud mental, y así desarrollar la confianza de la familia para mejorar las crisis. Esta estrategia es similar a la propuesta por el Programa Educativo de Familia-a-Familia de la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (*National Alliance on Mental Illness*, NAMI), concebido para alentar a los familiares a vincularse activamente en el proceso de tratamiento desarrollando los conocimientos y las habilidades necesarias para resolver la crisis de manera más efectiva. Las visitas a los hogares, y particularmente el acercamiento de una familia a otra, se consideraron beneficiosos para los jóvenes con problemas de salud mental. Una joven latina habló claramente acerca de sus experiencias beneficiosas con el método familia a familia:

Siempre estamos viviendo cosas... adicciones y ese tipo de cosas... Yo tenía un montón de dramas... En el momento parece que no te afectara... pero al contar con familias con jóvenes con problemas similares mis padres pudieron buscar ayuda y aprendieron a pedir ser referidos, me ayudaron con mis problemas y, a pesar de que estoy en una escuela alternativa, me voy a graduar, y lo haré por mi familia.

La iglesia y los líderes religiosos

Muchos participantes identificaron a las iglesias como fuentes significativas de fuerza y apoyo en sus comunidades. Los participantes también describieron su preferencia por buscar apoyo de sacerdotes, pastores u otros proveedores de servicios no tradicionales en épocas de crisis emocionales. En su conjunto, los participantes consideraron que las iglesias se encontraban en mejor posición que las agencias para difundir de manera efectiva información sobre salud mental a la comunidad. Una de las estrategias planteaba persuadir a los líderes religiosos para que participen más activamente, brindándoles información y capacitación acerca de las enfermedades mentales y la intervención. Una mujer latina con tres hijos resumió la importancia de la comunidad y la educación de salud mental a través de la iglesia:

Muchos niños de mi comunidad tienen problemas de salud mental y muchas veces sufren maltrato porque nadie sabe cómo satisfacer sus necesidades. Muchos de estos niños, incluidos mis tres hijos, van a catecismo, y sus padres van a misa todos los domingos... Me parece importante que los sacerdotes y demás líderes religiosos estén adecuadamente educados acerca de los temas de salud mental y de los recursos disponibles para que los incorporen a sus sermones y al catecismo.

Además, los participantes consideran que la fe y la religión juegan un papel fundamental en su curación. Esta revelación ratifica las conclusiones de estudios anteriores acerca de la fe, la espiritualidad y la religión (Falicov, 2009). Muchos participantes LGBTQ enfatizaron la necesidad de concentrarse en volver a conectarse a los LGBTQ latinos con su espiritualidad y la importancia de conectarse con la espiritualidad como estrategia para manejar el rechazo y lograr una buena salud. Un participante LGBTQ manifestó:

En mi opinión, una gran mayoría de los LGBTQ siguen ahí fuera, flotando... están en el limbo porque quieren pertenecer a una institución [la iglesia] pero se sienten traicionados por la institución... Aprendimos que la espiritualidad es lo más importante para los LGBTQ latinos, luego la madre, luego ellos mismos... De modo que ponen a Dios por encima de todos y eso afecta la validación de quiénes son como personas. [Estar conectados con la espiritualidad propia] ayuda a los LGBTQ a aceptarse y a definir cómo quieren superar las falencias, cómo manejar los problemas de salud mental, el abuso de sustancias y todas las cosas que representan un riesgo para ellos.

Mentores y modelos de la comunidad

La función de los mentores y modelos de la comunidad surgió como un tema importante entre los diversos participantes de los foros. Los modelos y mentores se consideraban de especial importancia a la hora de mejorar el conocimiento y la concientización de los obstáculos a la atención de salud por parte de los individuos y de la comunidad. Muchos participantes mencionaron la importancia de incrementar la cantidad de modelos profesionales responsables de la cultura latina y la comunidad como estrategia general para mejorar el conocimiento acerca de los servicios de salud mental y reducir el estigma.

La vinculación de los promotores, defensores de salud comunitarios, líderes, educadores y trabajadores de extensión de la comunidad latina, surgió como estrategia para conectar el sistema de salud mental y las comunidades latinas utilizando un formato de relación entre compañeros. El método de relación entre compañeros se define a los fines de este estudio como la vinculación de personas o "compañeros" con experiencias similares de vida que tienen la capacidad de relacionarse

y conectarse con empatía con quienes lo necesitan. Los participantes plantearon que los promotores pueden ayudar a compensar la escasez de trabajadores de salud mental. Muchos participantes se refirieron a la influencia beneficiosa de los promotores sobre su tratamiento de salud mental, incluyendo el impacto en la reducción del estigma asociado al tratamiento de salud mental. En las palabras de una promotora:

Los promotores... conectan a los usuarios con los recursos... Actúan como mentores y capacitan a otros promotores... La capacitación se orienta a [preparar a] la gente para que salga a la comunidad y pueda relacionarse con la gente e inspirar confianza... Le explican a la comunidad sobre [cómo acceder a] los recursos, y al mismo tiempo se vinculan y llegan a la gente que necesita los servicios... El modelo de promotores aprovecha las fortalezas de la comunidad y se rige por un objetivo... [empoderar y] organizar a la comunidad para que sepa qué hacer durante una crisis.

Los promotores son un vehículo esencial para comunicarse con la comunidad latina y mejorar la toma de conciencia y el acceso a los servicios de salud mental, y para reducir el estigma. Otro beneficio de los promotores es que constituyen una estrategia con fuerza de trabajo local. El uso de los promotores se ajusta al sentimiento manifestado por uno de los participantes: "Los proveedores de servicios deberían ser personas de nuestra cultura con mayor educación [y capacitación]... Esto ayudará a mejorar la capacidad de nuestra comunidad".

Si bien los participantes señalaron que las escuelas no cuentan con programas de salud mental adecuados con base en las escuelas, mencionaron el papel fundamental que tienen los maestros y profesores como modelos y mentores para alentar a los alumnos y vincularlos en actividades de toma de conciencia en materia de salud mental. Un alumno universitario manifestó:

Creo que los profesores deberían... alentar a los alumnos... Los profesores necesitan estar más atentos y saber todo lo que sucede en la escuela... como los servicios [de salud mental]... para poder informar a los alumnos... Porque ahora, si les preguntamos algo te responden: "Ay, no sé". Bueno, muchas gracias por nada, ¿no? Si uno sabe que hay un profesor [latino]... con el que puedes identificarte y que sabe... y que se preocupa... uno se va a sentir más cómodo hablando [de la salud mental].

En este ejemplo, contar con un modelo conocido de la propia cultura fue importante para el alumno universitario. La falta de programas de salud mental con base en las escuelas no parecía ser tan importante como la relación del participante con el profesor, y el hecho de que éste último se encontrara bien informado de los servicios a disposición de los alumnos.

Los participantes también hicieron referencia a las experiencias trabajando con mentores, específicamente quienes están

familiarizados con el sistema de salud mental. En un relato que se destacó entre los demás, un participante contó una anécdota divertida y reconfortante con su mentor: “Es como cuando uno siente que va a ir y sentarse [en sus charlas] y se va a sentir de inmediato relajado... Uno siente... ‘Ah, genial... puedo ser yo mismo’. Y yo creo que con él [el mentor]... él tiene mi misma cultura latina, nos sentimos identificados con sus bromas y con su personalidad, la personalidad de George Lopez.... Creo que es genial que tenga la capacidad de hacernos reír”. La disponibilidad de modelos y mentores que tienen la capacidad de identificarse con el usuario latino y de crear una atmósfera de relajación en la que el usuario se siente cómodo comunicando las cuestiones de salud mental es de vital importancia.

Pláticas comunitarias

Las pláticas surgieron como una cuestión de especial importancia para promover la salud mental de los latinos. En un relato particularmente saliente, una madre participante describió la sensación de desamparo que había sufrido al intentar obtener ayuda para su hijo: “[Mi] hijo adolescente atravesaba una crisis y yo llamé a una línea de atención de 24 horas de salud mental.... No hablaban español, y me dijeron que llamara a la policía para que lo arrestaran [a mi hijo].... Yo colgué el teléfono de inmediato e intenté controlarlo porque no toleraba la idea de que lo arrestaran... Me gustaría poder hablar con otros padres que atravesaron situaciones similares”. Para esta madre y para otros participantes era muy importante el concepto de Pláticas comunitarias utilizadas en grupos de apoyo conformados por hispanohablantes con experiencias similares y líderes de la comunidad bien informados (p. ej., promotores). Los participantes también reconocieron el valor de las Pláticas que incorporan los testimonios de usuarios latinos con historias de recuperación exitosa como inspiración y señal de esperanza. Los participantes demostraron ser muy conscientes del beneficio enorme de las Pláticas comunitarias para las comunidades latinas para resolver cuestiones que afectan a varios segmentos de la comunidad (p. ej., a las mujeres, a los hombres, a los jóvenes, a los adultos mayores). Utilizando este formato, se discuten problemas de violencia doméstica, consumo de drogas y alcohol, discriminación, salud mental, estigma y otros temas de interés en un ámbito en el que la gente se siente cómoda compartiendo sus historias personales.

Una joven maestra latina que participó en los grupos focales propuso realizar una serie de Pláticas en las escuelas para los maestros, los alumnos y los padres, sobre temas y cuestiones relevantes para los latinos y la salud mental. La maestra latina proponía “capacitación *in situ* de los profesionales que trabajan con los niños en las escuelas... en Pláticas comunitarias regulares para comunicar los programas y las redes para que los proveedores y [los educadores] de la comunidad sepan dónde acceder a los servicios y qué ofrece cada servicio”. Muchos participantes mencionaron la importancia de utilizar las escuelas como vehículo para realizar estas Pláticas comunitarias, organizando clases para padres, reuniones entre maestros y artes visuales y escénicas. Otro participante propuso la utilización de presentaciones teatrales dirigidas a los niños y jóvenes en las escuelas para enseñarles acerca de cuestiones de salud mental de manera no amenazadora.

Estrategias identificadas por la comunidad para los programas de prevención e intervención temprana

Resultado principal: Los participantes recomendaron que la mejor forma de lograr la prevención y la intervención temprana era seguir seis estrategias: 1) programas de salud mental en las escuelas; 2) instituciones comunitarias y ubicación de servicios; 3) medios de comunicación comunitarios; 4) tratamiento adecuado en términos culturales y lingüísticos; 5) desarrollo de la fuerza de trabajo para contar con profesionales de la salud mental cultural y lingüísticamente competentes, y 6) vinculación y participación comunitaria.

Programas de salud mental en las escuelas

Los participantes mencionaron la importancia de construir vínculos con las escuelas y señalaron que las escuelas son accesibles y resultan convenientes para los tratamientos de salud mental y los programas de prevención. En especial, los participantes analizaron la importancia de la educación en salud mental en las escuelas para mejorar la comprensión entre los alumnos y sus padres de los problemas, señales y síntomas de salud mental y su tratamiento. Los participantes también señalaron que los programas de promoción de la salud mental en las escuelas, incluyendo los programas de prevención y detección temprana, podrían ayudar a reducir las tasas de deserción.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que las escuelas preparatorias y las universidades se encuentran en una posición única para promover la educación en salud mental y ayudar a mejorar el conocimiento y la toma de conciencia de los problemas de salud mental y los obstáculos a la atención de salud. Cuando se les preguntó acerca de estrategias para mejorar la participación en el tratamiento de salud mental a nivel individual y comunitario, la mayoría de los participantes propusieron la implementación de más programas en los campus para promover la toma de conciencia respecto de la salud mental. Los servicios de salud mental con base en las escuelas pueden resultar esenciales para los jóvenes latinos, cuyo acceso a los servicios especializados de salud mental se ha visto comprometido (Kataoka, Zhang y Wells, 2002). Kataoka, Zhang, y Wells mencionaron la importancia de la identificación temprana de adolescentes con problemas de salud mental que jamás han sido detectados o diagnosticados correctamente, al igual que la intervención temprana con estos adolescentes. La educación comunitaria enfocada en la detección e intervención temprana surgió como estrategia esencial, no solo para promover la toma de conciencia sino también para actuar rápidamente para reducir la gravedad de un trastorno y el costo de la atención de salud.

Los participantes mencionaron la importancia del apoyo y la vinculación de la familia en el ámbito escolar como estrategia para educar a las familias y comunidades latinas acerca de los servicios de salud mental. Los participantes recomendaron programar clases para padres en temas de salud mental, que deberían incluir clases básicas antes de que sus hijos atravesaran transiciones escolares difíciles (p. ej., la transición de la escuela

primaria a la escuela media). Es necesario contar con más programas para fortalecer a las familias, p. ej., sesiones de capacitación para padres a cargo de padres con experiencias relevantes. Además, los participantes apoyaban la creación de más grupos de apoyo en los campus de las escuelas. Otro participante señaló:

Necesitamos ser defensores positivos... Nuestros hijos no se enteran en la escuela... y tampoco se enteran a través de la familia... Creo que la salud mental es una de esas cosas que tenemos que promover activamente.

La adolescencia es un período crítico porque coincide con el momento en el que muchos individuos comienzan a sufrir problemas de salud mental que persisten hasta ser adultos (Keller, Salazar y Courtney, 2010). Reconocerlo y actuar para la identificación temprana y la intervención en la salud mental de los adolescentes puede ayudar a reducir las tasas de encarcelamiento, consumo de drogas y enfermedades mentales más graves. La detección temprana y las prácticas definidas por la comunidad pueden ayudar a modificar el rumbo de la vida de los jóvenes y los trastornos de salud mental. La detección precisa y temprana de los problemas de salud mental para este segmento de la población latina es de vital importancia y podría resultar en reducciones en los costos de salud mental en todo el país. Además, de no trabajar con las escuelas preparatorias en programas de salud mental con base en las escuelas podría resultar en el ingreso de más jóvenes, en especial durante la edad de transición, al sistema de justicia juvenil, que sufre de una grave carencia de servicios de salud mental.

Instituciones comunitarias y coubicación de recursos

Los participantes propusieron la coubicación de los recursos comunitarios disponibles como posible estrategia para mejorar la disponibilidad de servicios de salud mental, mediante métodos innovadores para aprovechar al máximo los recursos y vincular a los individuos y a las agencias. Mediante la colaboración de toda la comunidad, incluidos los hogares, escuelas e iglesias, los latinos podrán generar relaciones de confianza que pueden tener una influencia significativa en sus decisiones respecto del acceso a los servicios y las opciones de tratamiento. Las iglesias, las escuelas, los centros comunitarios y otras organizaciones se identificaron como entornos de la sociedad que los latinos pueden visitar con frecuencia sintiéndose seguros y cómodos sin temor a la discriminación o deportación. La capacidad de empoderar a la comunidad latina y fortalecer su capacidad de atender a sus integrantes es de vital importancia para los participantes.

Los recursos y fortalezas de la comunidad pueden definirse como la participación total de los individuos y las organizaciones de la comunidad que se reúnen para movilizar y aprovechar los recursos disponibles y las comunidades naturales de apoyo. De esta forma se puede lograr el acceso a los programas existentes y ayudar a mejorar las repercusiones en la salud mental de la comunidad latina. Los participantes consideran que la estrategia de desarrollar aún más los recursos y establecer una red de

colaboración podría ayudar a aprovechar al máximo estos recursos y ofrecer a las familias y a los usuarios la posibilidad de opinar respecto de su recuperación. Además, los directores de servicios étnicos (ESM) que participaron apoyaron el valor de aumentar y coordinar las alianzas de colaboración para mejorar el acceso a la atención de salud. Un ESM describió las organizaciones basadas en la comunidad en colaboración como:

Una estrategia que aprovecha los recursos de las comunidades latinas centrándose en las alianzas con la comunidad... La idea no es que el usuario deba viajar largas distancias para llegar a nosotros, [sino] vincular a la comunidad y desarrollar servicios para la comunidad maximizando los recursos ya existentes.

La coubicación es una solución que integra los servicios de salud mental a la atención primaria de salud como vía para mejorar el acceso a los servicios de salud mental y su utilización. Este enfoque concuerda con la definición de la Fundación del Instituto Nacional de Administración de Servicios de Salud [(*National Institute for Health Care Management Foundation*, 2009)] de la coubicación como la disposición de proveedores de atención primaria de salud y de servicios de salud mental en el mismo entorno, incluidos entornos no tradicionales (p. ej., escuelas y organizaciones comunitarias). La coubicación les permite a las organizaciones colaborar y compartir recursos para prestar mejor atención a la comunidad latina. Tal como se mencionó precedentemente, uno de los posibles beneficios de la coubicación de recursos es el incremento en las probabilidades de que los proveedores de atención primaria de salud sepan reconocer y manejar la atención de enfermedades mentales y coordinar una referencia con su colega proveedor de salud mental (Katherine Flores, 2012). Como resultado, esta colaboración reducirá las largas filas de espera para obtener servicios de salud mental, y mejora las probabilidades de que los usuarios latinos y sus familias recurran a los servicios de salud mental y cumplan con el tratamiento como punto de entrada al sistema de salud mental (NIHCM, 2009).

Los datos recabados indicaron que la coubicación de los servicios puede ser sumamente importante para crear una infraestructura de salud mental cultural y lingüísticamente apropiada, que le resulte cómoda a la comunidad latina. Los participantes describieron varios beneficios posibles en la coubicación de servicios para los latinos. Por ejemplo, un director de servicios étnicos (ESM) remarcó: "Las familias

"Trabajo muchas horas, y no puedo darme el lujo de faltar a trabajar para asistir a una cita. Si quieren que vaya, que se ajusten a mi horario laboral"

—Adulto latino

latinas se benefician cuando las agencias colaboran y comparten recursos dentro de la comunidad, en vez de pedirles a los clientes que se acerquen a nuestra agencia”. Los maestros mencionaron la importancia de la ubicación de los servicios de salud mental y el asesoramiento académico, para que los alumnos pudieran acceder a los servicios de salud mental en los horarios en los que no tienen clase. También mencionaron que los alumnos AB 540 o alumnos indocumentados podrían beneficiarse de la ubicación de servicios. La ley AB 540 es una ley de California que permite a los alumnos indocumentados asistir a las universidades públicas de California pagando una matrícula como residente del estado.

Otro beneficio de la ubicación de servicios es la posibilidad de contar con horarios de trabajo alternativos, ofreciendo servicios por la noche o durante los fines de semana. La idea de ofrecer servicios de salud mental en días y horarios distintos y de flexibilizarse para ajustarse a los horarios de trabajo de los latinos fue un factor determinante de la capacidad de los participantes de asistir a las citas. Un participante señaló: “Trabajo muchas horas, y no puedo darme el lujo de faltar a trabajar para asistir a una cita. Si quieren que vaya, que se ajusten a mi horario laboral”. La mayoría de los participantes se refirió a la gran importancia del transporte para acceder a los servicios de salud mental, especialmente entre las familias de bajos ingresos. Un ESM que participó en el foro en Solvang propuso la creación de programas piloto de transporte con rutas a medida para transportar a los usuarios durante su tratamiento (según sus necesidades y las recomendaciones del médico), monitoreando y evaluando la eficiencia en los costos. Algunos participantes recomendaron también contar con clínicas móviles y despacharlas a la comunidad del usuario para su tratamiento como estrategia. Una clínica móvil es un vehículo de propósito especial en el cual se pueden proveer servicios de salud mental para los miembros de comunidades desatendidas que no cuentan con medios de transporte.

Otra alternativa a la ubicación de recursos es el “modelo de atención de salud colaborativa” (Katon y Unützer, 2006). Este programa empírico de atención integral incluye seis ingredientes clave: (1) administración de la atención de salud [es decir, educación y empoderamiento del paciente, monitoreo constante y coordinación de los proveedores]; (2) tratamientos basados en experiencias [es decir, psicoterapia y/o medicación efectivas]; (3) consultas con expertos para los pacientes que no mejoran; (4) diagnóstico sistemático y seguimiento de los resultados; (5) atención de salud progresiva; y (6) apoyo tecnológico [es decir, la creación y el mantenimiento de registros]. La investigación de Katon y Unützer demuestra que el modelo de atención colaborativa es el más sólido para el tratamiento de la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales en ámbitos de atención primaria de salud. Las pruebas obtenidas también confirman la efectividad del modelo de atención colaborativa para mejorar la atención de salud de los pacientes con enfermedades mentales graves (Katon y Unützer, 2006). Está demostrado que el modelo de atención colaborativa reduce las inclinaciones suicidas entre pacientes que son adultos mayores con depresión, y que mejora las tasas de disminución de la gravedad del dolor y de la depresión en pacientes con artritis (Lin, Katon, Von Korff, *et al.*, 2003).

Un estudio de meta-análisis que consolidó los resultados de 37 estudios aleatorios, que incluyó 12.355 pacientes que recibieron tratamiento por depresión en entornos de atención primaria de salud mediante la utilización del modelo de atención colaborativa, concluyó que la atención colaborativa es más efectiva que la atención estándar para mejorar los resultados del tratamiento de la depresión, tanto a largo como a corto plazo (Gilbody, Bower, Fletcher *et al.*, 2006). Los “ingredientes activos” de la evolución positiva de la depresión mediante la atención colaborativa de la depresión en entornos de atención primaria de salud comprendieron la identificación de los usuarios deprimidos, la educación profesional del personal y la supervisión psiquiátrica *in situ* (Gilbody, Bower, Fletcher *et al.*, 2006). Se aplicó un modelo de atención colaborativa, adaptado a los factores culturales y sociales, con latinos diabéticos de bajos ingresos que recibieron atención en clínicas de la red de seguridad, y se determinó que este modelo mejoraba la depresión, los resultados funcionales, y la receptividad del tratamiento de la depresión (Eli, Katon, Xie *et al.*, 2010). (Eli, Katon, Xie *et al.*, 2010).

Medios de comunicación comunitarios

Los participantes concordaron en que los medios de comunicación podrían jugar un papel fundamental en la educación de los latinos respecto de los servicios de salud mental y en la eliminación de los obstáculos a la atención de salud, en especial para los inmigrantes latinos. Los participantes percibieron este enfoque a través de los medios como una forma de mejorar la educación de la comunidad, llegar a más latinos, “plantar la semilla” en materia de salud mental y reducir el estigma asociado a la salud mental.

Los participantes señalaron que las fotonovelas podrían ser importantes fuentes de información para las cuestiones de salud mental. Una fotonovela es una herramienta mediática de educación en salud culturalmente informada que presenta la información en un formato conocido, entendible y entretenido. Por ejemplo, en San Diego, los participantes reconocieron la importancia de las fotonovelas bilingües (en español e inglés), un folleto escrito que educa a los latinos acerca de cuestiones de salud mental, mejorando la toma de conciencia de los recursos y servicios disponibles. Asimismo, un participante enfatizó que había que trabajar más en “el uso de los medios sociales, Facebook y Twitter, para la población más joven (de latinos)”. Estas sugerencias coinciden con las investigaciones que muestran que medios tales como el cine o Internet son herramientas críticas para la promoción del acceso y la reducción de las disparidades (Dixon *et al.*, 2011). Después de analizar las fotonovelas de depresión, Cabassa, Molina y Baron (2010) aprobaron el uso de las fotonovelas como herramientas de vinculación para que los proveedores puedan educar a los usuarios acerca de la depresión y consideraron que pueden ayudar a mejorar los tratamientos para la depresión disponibles en entornos de atención primaria de salud y especializada.

Los participantes LGBTQ también analizaron la utilización de la radio de la comunidad como recurso para educar a la comunidad acerca de temas relacionados con la salud mental y la violencia homofóbica. Un participante sugirió que *Radio Bilingüe* (www.radiobilingue.org), que emite radionovelas en

español, podría transmitir historias significativas de personas LGBTQ, promoviendo así la aceptación y la igualdad. Los participantes consideraron que las novelas podían jugar un papel fundamental en el marco de una estrategia para superar el estigma y darle voz a la comunidad LGBTQ. Por ejemplo, en una novela podría incluirse un persona gay que vive con VIH/SIDA y que disfruta de la vida siguiendo el tratamiento adecuado. Una idea fundamental sería transmitir que el ser gay no se traduce automáticamente en tener VIH/SIDA, y tener VIH/SIDA no significa una “condena de muerte”.

Tratamiento adecuado en términos culturales y lingüísticos

Uno de los temas importantes que surgió de las discusiones que tuvieron lugar durante los foros fue la importancia de comprender las percepciones de una persona o comunidad y la perspectiva sobre la salud mental. Los participantes convinieron en que la incorporación de las creencias y los valores culturales de sus clientes, sus experiencias de vida y las costumbres familiares en el plan de tratamiento es un elemento fundamental para trabajar en forma efectiva con individuos latinos. Éste es un resultado importante porque distingue el “simple saber”, p. ej., el conocimiento a través de un libro de texto, con la “puesta en práctica” sumergiéndose en las experiencias de la vida cotidiana del paciente. En otras palabras, los participantes del foro propusieron acciones más apropiadas en términos culturales al tratamiento de los problemas de salud mental. Los participantes consideran que es posible lograr un enfoque culturalmente apropiado mediante el tiempo de calidad que se dedica a desarrollar una relación y mantener conversaciones informales pero significativas (Plática y conocimiento) acerca de los valores y las creencias culturales, el estilo de vida y las costumbres familiares. Los participantes también hicieron referencia a la necesidad de garantizar que las clínicas y los proveedores se especializaran en el idioma de la comunidad a la que atienden. Si no se utiliza un lenguaje adecuado a la cultura latina, los usuarios latinos de servicios de salud mental pueden sentirse incomprendidos y sentir desconfianza frente al proveedor. Los participantes señalaron asimismo que la terminología utilizada al discutir la salud mental con los latinos a menudo es demasiado técnica, lo cual puede generar una mayor vulnerabilidad y estigma. Por ejemplo, un participante comentó:

Cambiar la terminología o suavizar el lenguaje al discutir temas de salud mental a fin de promover la aceptación y reducir el estigma... La salud mental debería percibirse de igual modo que cualquier otra enfermedad, como la diabetes. [Los proveedores] deben conocer el nivel educativo de la gente que atienden... A veces se desconoce este aspecto al atender a los pacientes y su salud mental, y no saben cómo ofrecer material bibliográfico adecuado para su nivel.

Al discutir la competencia cultural y lingüística para la comunidad LGBTQ, la mayoría de los participantes enfatizaron la necesidad de servicios culturalmente relevantes para los LGBTQ y recomendaron la creación de un certificado

especializado que les exija a los consejeros y a los médicos de familia recibir capacitación y lograr la competencia cultural LGBTQ requerida.

Desarrollo de fuerza de trabajo: Formación de trabajadores del sector de la salud mental culturalmente competentes

La mayoría de los participantes consideran que la cantidad de trabajadores de la salud mental bilingües y biculturales de California es insuficiente. Algunos participantes manifestaron frustración ante la falta de comunicación y colaboración entre el sector de salud mental, las escuelas y las universidades y la comunidad latina para educar a los jóvenes acerca de carreras en salud mental y diseñar un programa de estudios centrado en habilidades culturales y lingüísticas apropiadas. Una estrategia superadora para diversificar el personal de salud mental sería la difusión de información y la vinculación en el reclutamiento en escuelas preparatorias para alentar a los alumnos a considerar la posibilidad de dedicarse al trabajo social y otras profesiones de la salud mental. Deben desarrollarse mejores programas educativos más uniformes para enseñar a los alumnos cómo ingresar al campo de la salud mental. Un líder de la comunidad latina señaló:

Hay escasez de proveedores de salud mental bilingües y biculturales que puedan proveer servicios de prevención efectivos y de salud mental culturalmente apropiados para la comunidad latina... Debería trabajarse más en crear becas y programas de condonación de préstamos para los alumnos latinos interesados en seguir carreras en el campo de la salud mental... [acompañados de] financiación adicional para las universidades para desarrollar programas en salud mental... Interesar a los alumnos de preparatoria en salud mental es clave para contar con personal sólido.

De la misma manera, los participantes señalaron el potencial de

“Promover una exposición positiva a las carreras de salud mental mediante el aprendizaje y la educación a través de la experiencia... [y] trabajar con las escuelas para informarles a los alumnos acerca de los programas profesionales de salud mental”

—Estudiante universitaria latina

la Ley de Educación Justa, Precisa, Inclusiva y Respetuosa (FAIR, por sus siglas en inglés) como punto de referencia para comenzar a alinear las cuestiones de salud mental, las cuestiones LGBTQ y la enseñanza en las aulas para educar mejor a los jóvenes, y también para promover las oportunidades de una carrera para los jóvenes. Por ejemplo, un participante comentó: “Ofrecer a los jóvenes latinos interesados en proseguir una carrera en el campo de salud mental recursos tales como un programa especializado, mentores profesionales y cursos para

poder alcanzar sus objetivos profesionales”. La Ley de Educación FAIR no tiene como finalidad únicamente enseñarles a los adolescentes acerca de las cuestiones LGBTQ, también promueve la enseñanza en el aula de los movimientos civiles y sociales, y la historia de todas las personas (p. ej., la historia de personas con discapacidades, latinos y personas LGBTQ) para reducir la exclusión social.

En relación con los programas profesionales, un participante señaló: “Promover una exposición positiva a las carreras de salud mental mediante el aprendizaje y la educación a través de la experiencia... [y] trabajar con las escuelas para informarles a los alumnos acerca de los programas profesionales de salud mental”. Los participantes claramente reconocieron la necesidad de trabajar con las escuelas para educar a los padres y, al mismo tiempo, ayudar a las escuelas y a los educadores a modificar sus planes de estudio y sentar las bases que permitan modelar las percepciones respecto del uso de los servicios de salud mental y que promuevan la elección de carreras de salud mental entre los jóvenes latinos. El trabajo con las escuelas para promover carreras de salud mental puede ser una estrategia que podría contrarrestar las bajas expectativas académicas que constituyen una plaga en muchas escuelas y la falta de continuidad escolar al terminar la preparatoria. Los participantes mencionaron la importancia de trabajar con las escuelas en programas vocacionales que ayuden a facilitar la transición a la adultez de los jóvenes latinos, reducir las expulsiones y reducir las transferencias a escuelas alternativas para los jóvenes latinos.

Asimismo, los participantes consideran muy importante la colaboración entre colegios y universidades de las comunidades latinas para desarrollar personal cultural y lingüísticamente apropiado que atienda a los latinos. Los programas escolares vocacionales que incluyen academias de formación profesional, programas de certificado y de grados en los colegios comunitarios y otros programas de desarrollo profesional eran de especial importancia para muchos de los participantes. Un participante señaló:

Desarrollar personal culturalmente apropiado mediante programas de condonación de préstamos para los estudiantes, becas del estado y del gobierno federal, asistencia financiera sin cargo, oportunidades de educación a distancia, créditos en la universidad por las experiencias de trabajo o de vida, por ejemplo, un certificado por experiencia, y beneficios para los empleados desde que comienzan a trabajar.

Otro participante subrayó que se necesitan “más programas de pasantías en las maestrías y los doctorados en el área de salud para los [estudiantes latinos]”. Otros participantes del foro propusieron desarrollar un programa de carreras de temáticas sociales y humanitarias en un colegio comunitario como estrategia para ampliar la cantidad de trabajadores bilingües y biculturales de salud mental. En síntesis, los participantes consideran que debería trabajarse más para definir y desarrollar elementos que permitan estructurar una vía exitosa para

incrementar el interés de los alumnos en el campo de la salud y su conocimiento del enfoque del sector en la prevención y en la intervención temprana como resultado de la Ley de Servicios de Salud Mental. En última instancia, el objetivo del sistema educativo debería ser implementar una estructura de programas con contenidos con especial énfasis en aquellas actividades que promueven el desarrollo profesional y el conocimiento, el aprendizaje empírico y la autoeficacia en el campo de las carreras de salud mental.

Vinculación y participación comunitarias

La vinculación y participación comunitarias son necesarias para difundir más información sobre temas de salud mental y tratamiento, cómo y dónde acceder a los servicios, y el conocimiento acerca de las profesiones existentes en el campo de salud mental. Los participantes reconocen que, en su mayoría, los latinos no participan en servicios de atención preventiva ni buscan ayuda antes o al inicio de una enfermedad. Como resultado de esta resistencia a la prevención o a la acción temprana, los usuarios y sus familias terminan sufriendo más, y muchas veces terminan necesitando un tratamiento cada vez más costoso a medida que avanza la enfermedad. Ante la pregunta de por qué algunos latinos acceden y utilizan continuamente los servicios de salud mental en tanto otros latinos abandonan el tratamiento tempranamente, muchos participantes señalaron la relación entre el usuario y el terapeuta y la relación entre el usuario y la agencia como factores críticos. Este resultado ratifica los resultados del estudio de Lewis y Osborn (2004), que determinaron que la asistencia y las tasas de retención están vinculadas con la relación.

Dos puntos críticos a considerar respecto de los servicios de salud mental para los latinos son los siguientes: (1) ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre los usuarios y la agencia o proveedor con el que entran en contacto? y (2) ¿Qué aspectos de este contacto alientan a los usuarios a continuar y llevar a término el tratamiento? “Aprovechar la cultura y los recursos comunitarios del usuario para que se sienta reconocido y validado”, dijo uno de los participantes. Un líder de la comunidad latina recomendó crear programas piloto de asistencia y vinculación centrados en la educación integral bilingüe y programas de cobicación para reducir el estigma y desarrollar lazos sólidos con la comunidad latina para mejorar la participación y la retención en el tratamiento. Rubén Imperial, gerente de programa de Servicios de Salud Mental y Recuperación del Condado de Stanislaus, apoya esta perspectiva y profundiza aún más la idea del desarrollo de capacidades: “Fortalecer la capacidad de nuestras comunidades [latinas] desarrollando estrategias que promuevan la salud y el bienestar de los individuos... aprovechando lo que se encuentra disponible en cuanto a recursos comunitarios y comunidades naturales de apoyo” (comunicación personal, 9 de marzo de 2012).

“Descubrí que el tiempo de calidad entre mi proveedor y yo donde puedo hablar de las cuestiones sin límite de tiempo para mí es una diferencia enorme”.

—Usuaría latina

La mayoría de los participantes hizo referencia a la influencia de la relación usuario-terapeuta para el logro de resultados exitosos. “Descubrí que el tiempo de calidad entre mi proveedor y yo donde puedo hablar de las cuestiones sin límite de tiempo para mí es una diferencia enorme”, dijo un participante usuario. Otro participante señaló el aprendizaje recíproco que se produce entre el usuario y el proveedor, en el cual el proveedor aprende del usuario y el usuario aprende del proveedor. Este participante dijo que entender el trato de la conversación entre el usuario y el proveedor como un diálogo entre expertos es más constructivo que verlo como una conversación de una vía de experto a paciente.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Estrategias efectivas para diseñar enfoques eficaces para la evaluación de las recomendaciones implementadas

Resultado principal: Los participantes identificaron cuatro áreas principales de evaluación: (1) confiabilidad y relevancia; (2) conocimiento y compromiso de atender a los latinos; (3) participación de los usuarios y las familias; y (4) grupos de directores. Los participantes percibieron estas áreas como elementos clave para medir y lograr resultados positivos a través de los cuales los latinos podrían tener acceso a los servicios de salud mental fundamentados en la evidencia práctica realizada en la comunidad, tener altos índices de retención y tener servicios de alta calidad.

Confiabilidad y relevancia

Varios estudios entre poblaciones adultas y jóvenes sugieren que los latinos tienen mayor propensión que los blancos (“whites”) no hispanos a abandonar el tratamiento tempranamente, con un porcentaje de entre 60 y 75% de los latinos que abandona después de una sola sesión (McCabe, 2002). Entender por qué los latinos abandonan el tratamiento de salud mental después de la primera sesión sigue siendo una gran preocupación de la comunidad latina. Muchos de los participantes del foro sugirieron que los servicios de salud inadecuados que encuentran los latinos al buscar ayuda contribuyen a la alta tasa de abandono de los programas de tratamiento. Muchos de los participantes recomendaron prestar más atención a comprender las relaciones entre los usuarios y los proveedores, y a las medidas para garantizar que el tratamiento y las intervenciones sean las adecuadas o relevantes para el usuario latino. Esta recomendación concuerda con los resultados de Lewis y Osborn (2004) de que las relaciones pueden generar altas tasas

de retención. Asimismo, para lograr altas tasas de retención, los participantes afirmaron que las agencias de salud mental deberían recapacitar y reorganizar las estrategias de evaluación e intervenciones para incluir críticas y sugerencias del usuario.

Conocimiento y compromiso de atender a los latinos

En todos los foros, los participantes enfatizaron que las agencias de salud mental debían demostrar su compromiso de atender a las comunidades latinas. Es decir, sus recomendaciones sugirieron que se debería exigir a los programas de salud mental que reciben financiamiento para atender a latinos y mejorar las disparidades en salud mental, producir resultados que demuestren mayor acceso a los servicios, aumento en las tasas de retención, reducción en las tasas de deserción y mayor atención de salud de calidad. Uno de los participantes recomendó asociar el financiamiento a la cantidad de latinos atendidos y determinar la eficacia de los controles en función de la cantidad de usuarios que terminaron el tratamiento anticipadamente. Específicamente, este participante señaló que “Contar con buenos métodos de evaluación significa asegurar que las agencias [de salud mental] hacen un seguimiento de los clientes que faltan a las citas y articulan su trabajo con otros servicios, p. ej., el trabajador social que derivó al cliente... Determinar en qué se gastan los fondos es una forma de evaluar el compromiso de la agencia [para con los latinos]”.

Participación del usuario y la familia

Los participantes recomendaron la participación de los usuarios en el método de evaluación utilizado para medir las mejoras en el estado de salud mental. Asimismo, los participantes propusieron que los proveedores consultaran periódicamente al usuario para determinar la efectividad del tratamiento y de los servicios. Otros participantes recomendaron una estrategia de evaluación que incluía la participación de los familiares. Los participantes usuarios dijeron que la adopción de un tratamiento o método de evaluación con mayor enfoque en la familia podría ayudar a reducir las tasas de abandono o terminación anticipada del tratamiento. Uno de los participantes señaló: “Una evaluación bien estructurada es aquella en la que participan el usuario y los miembros de la familia, y cada uno da su opinión respecto del tratamiento y de los servicios”.

Grupos de directores

Los participantes recomendaron la formación de grupos de directores para monitorear la efectividad de los programas de salud mental. Los participantes dijeron que los directores monitorearían la implementación de los programas latinos y sus prácticas, y garantizarían que los servicios fueran apropiados para los latinos. Los paneles también supervisarían cuándo se administran los servicios en forma uniforme y afín con las necesidades de las comunidades latinas y sus objetivos de tratamiento. Los grupos de directores, según los participantes, estarían conformados por usuarios, miembros de la familia, legisladores y otros funcionarios públicos, miembros de organizaciones sin fines de lucro, representantes de instituciones educativas y del sistema judicial penal y las agencias de aplicación de la ley, y defensores comunitarios que atienden al público en general. En principio, los grupos de directores

deberían desarrollar herramientas de evaluación culturalmente apropiadas para medir el impacto de los servicios que reciben los latinos, e identificar lineamientos para un seguimiento más preciso de las tasas de penetración y retención con el transcurso del tiempo.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA IDENTIFICADAS POR LA COMUNIDAD PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Estrategias centrales identificadas por la comunidad para mejorar los servicios y tratamientos comunitarios

Estas estrategias clave reflejan la suma de las opiniones de los participantes de las distintas comunidades latinas de California que participaron, y se han planteado y priorizado como guía para generar una serie de lineamientos estratégicos para todo el estado, para promover soluciones de prevención e intervención temprana a fin de mejorar los servicios comunitarios y el tratamiento de la salud mental.

Estrategia central 1. Implementar estrategias entre compañeros, tales como, programas de apoyo y de asesoría entre ellos mismos, que se centren en la educación y los servicios de apoyo.

Uno de los resultados principales de este informe es que para lograr mejorar efectivamente el tratamiento de salud mental para los latinos desatendidos, las organizaciones, los servicios y el apoyo comunitario deben adoptar soluciones entre compañeros. Los objetivos principales del apoyo entre compañeros y los programas de asesoría son reducir el estigma y mejorar el acceso al tratamiento enfocado en inspirar confianza, mantener canales abiertos de comunicación y desarrollar relaciones. Los participantes consideran el modelo de promotores y otras estrategias de trabajo entre compañeros como formas efectivas de llegar y educar a las comunidades latinas acerca de la salud mental. Los participantes también mencionaron los beneficios asociados a los modelos positivos que provienen de las comunidades.

Estrategia central 2. Emplear planes de estudio de psicoeducación familiar con el objeto de aumentar la participación de toda la familia y promover la salud y el bienestar.

Tal como se señala en la sección de resultados y discusiones del presente informe, otra estrategia importante en los ojos de los participantes es la educación de toda la familia y parientes, amigos cercanos y cualquier otra persona que ocupe un papel de apoyo a los latinos que reciben servicios de salud mental. El deseo de educar a la familia también se alinea con el gran valor que los latinos le dan al *familismo*. Los objetivos más importantes son ayudar a las familias a aprender más acerca de las enfermedades mentales para prevenir o intervenir antes de que los factores comunes de estrés y otros problemas generen

trastornos mentales graves. El enfoque de los programas de estudio sería enseñarles a las familias la información básica acerca de las enfermedades mentales, y ofrecer recursos que las familias latinas puedan utilizar para apoyar la recuperación y el bienestar de los integrantes de su familia. La investigación ha demostrado que la psicoeducación familiar puede resultar útil para los individuos latinos con trastorno bipolar y depresión, y para los miembros de las familias que tienen personas con estos trastornos (p. ej., Dixon, McFarlane, Lefley *et al.*, 2001).

Estrategia central 3. Promover el bienestar y el manejo de enfermedades, y favorecer los servicios de la comunidad que integran los servicios de salud mental con otros servicios sociales y de salud.

El bienestar holístico en el plano individual, comunitario y social, con énfasis en la persona y sus interacciones con el entorno, fue un tema recurrente entre los resultados de este informe. Las estrategias de prevención y de intervención temprana deben enfocarse en empoderar a las personas, a las familias y a las comunidades. El principal objetivo es desarrollar intervenciones que empoderen a las comunidades latinas a adoptar comportamientos saludables, mejorar su estado de salud y manejar mejor las condiciones crónicas. Por ejemplo, la Alianza de California para las Artes Tradicionales (*Alliance for California Traditional Arts*, ACTA, por sus siglas en inglés), es un programa que enfatiza el uso de formas tradicionales del arte de las culturas de los usuarios de servicios de salud mental para ayudar a los individuos y a las comunidades para lograr el bienestar, conexiones espirituales y emocionales, resiliencia, y un mejor entendimiento de la salud desde una perspectiva holística.

Deben identificarse cuidadosamente las prácticas y los programas informados por la comunidad que se puedan poner a prueba y evaluar para determinar el potencial de atender las comunidades latinas. Este proceso debe ir acompañado por una evaluación de si estas prácticas y programas generan resultados sostenibles mediante actividades que se puedan identificar como mejores prácticas.

Estrategia central 4. Emplear estrategias de desarrollo de capacidades comunitarias que promuevan la conexión entre fortalezas y salud en la comunidad y los resultados de la salud mental de los latinos.

Los recursos comunitarios se pueden entender como la participación total de los individuos y organizaciones de la comunidad que colaboran para movilizar y aprovechar los recursos para mejorar la salud y la prevención y promoción de la salud mental. Tal como sugiere este informe, muchas de las estrategias propuestas para mejorar la salud mental de los latinos se basan en la acción comunitaria, en la participación y las alianzas, en el aprovechamiento de prácticas de sanación culturales e indígenas y comunidades naturales de apoyo con servicios de salud mental cultural y lingüísticamente competentes, profesionales y accesibles. Las estrategias deberían incorporar el desarrollo comunitario de la salud pública y los principios de vinculación comunitaria, y centrarse en desarrollar la capacidad de la comunidad local latina, incluyendo (1) política, (2) líderes comunitarios, (3) residentes y (4) miembros de la familia y usuarios, para definir los resultados de salud

mental y resultados en el ámbito comunitario y movilizar y alinear las varias alianzas y recursos comunitarios que se describen en este informe. Mediante el uso de planes estratégicos de acción en el ámbito local, las instituciones comunitarias y las agencias de los gobiernos locales y del condado deberían reunir a todos los interesados locales para diseñar programas de salud que satisfagan las necesidades locales de salud mental, reduzcan las disparidades en salud mental y mejoren los resultados. Los condados y los gobiernos locales deben colaborar con los grupos comunitarios y permitirles a las distintas personas interesadas de la comunidad local acordar los resultados deseados, planear cómo y cuándo alcanzarlos e informar el proceso con frecuencia anual. Debe desarrollarse una iniciativa de salud mental latina en todo el estado enfocada en fortalecer la capacidad de los proyectos locales para desarrollar estrategias y acciones para mejorar los resultados de salud mental de los latinos.

Otro de los objetivos principales es implementar estrategias dependientes de las organizaciones comunitarias, los líderes comunitarios y los defensores, para reducir el estigma. Otro objetivo es generar un entorno en el cual la preocupación por el bienestar de los demás se traduzca en una comunidad sana con prevención efectiva de crisis, que podría generar costos más bajos de atención de salud en el futuro. Uno de los resultados principales de este informe fue la idea de reubicación de los servicios y el efecto importante que tendría en la creación de una estructura de salud mental cultural y lingüísticamente apropiada, y cómoda para las comunidades latinas. Debe prestarse atención a la implementación de un sistema integral de atención de salud para los latinos centrado en el desarrollo de las fortalezas y recursos de la comunidad para mejorar el acceso a la atención de salud. Las estrategias orientadas a mejorar la vinculación de los usuarios y las familias también resultan importantes para los programas y el planeamiento de prevención e intervención temprana. En la misma línea de los métodos utilizados por el *Latino Access Project* (Instituto Latino de Salud Mental, 2010), el uso de estrategias afines a la cultura y al idioma del individuo resultaron ser una solución efectiva para vincular a las familias e individuos latinos en el tratamiento.

Estrategia central 5. Crear una campaña educativa significativa cuyo objetivo sea reducir el estigma y la exclusión y que esté destinada a personas, familias, escuelas, comunidades y agencias en el ámbito local, regional y estatal.

Este informe presentó pruebas que muestran una relación entre el estigma y el tratamiento de la salud mental. El resultado general fue que el estigma se manifiesta a través de vergüenza y temor de ser juzgado, y en última instancia puede desalentar a un individuo para que no busque tratamiento. Para superar esta barrera es necesario diseñar una campaña educativa para la reducción del estigma centrada en modificar las actitudes de la comunidad latina acerca de la salud mental, mejorando a la vez la concientización y el conocimiento de salud mental. La campaña se basaría en una solución multifacética que debería incorporar diversos métodos de medios para llegar a una mayor cantidad de latinos y lograr cambios en las actitudes y en los comportamientos. A tal fin, podrían utilizarse programas de radio y televisión orientados específicamente a influenciar las comunidades latinas.

Estrategia central 6. Incluir las mejores prácticas en servicios integrados que sean cultural y lingüísticamente apropiados para reforzar la eficacia del tratamiento.

Deberá prestarse mayor atención a la integración del tratamiento de la salud mental con la atención primaria de salud y los programas de tratamiento por abuso de sustancias. Los programas de salud mental deben alojarse en organizaciones comunitarias existentes para atender a las comunidades latinas más inaccesibles. Para que el tratamiento sea efectivo, las prácticas y programas definidos por la comunidad deben integrar comportamientos, actitudes y políticas compatibles con la cultura y el idioma del usuario latino y su familia. Los participantes se mostraron particularmente interesados en la adopción de prácticas efectivas para las comunidades latinas que tradicionalmente son las más difíciles de vincular y atender. Por consiguiente, el enfoque debería ser la coordinación de la atención de salud incluyendo una serie de servicios de salud mental para crear un sistema integrado de prevención e intervención temprana.

ESTRATEGIAS DIRECTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LAS DISPARIDADES EN SALUD MENTAL

Estrategias directivas y acciones recomendadas

Las seis estrategias clave precedentes se utilizaron como base para el desarrollo y priorización de las siete estrategias directivas que se indican a continuación. Estas recomendaciones principales pueden utilizarse como lineamientos para promover y mejorar la capacidad de identificar prácticas prometedoras definidas por la comunidad, mejorar el acceso y la utilización de servicios de calidad y mejorar los resultados de tratamiento y la calidad de vida para los latinos.

Estrategia directiva 1: Programas académicos de salud mental en las escuelas

Enfocarse en los adolescentes y en el impacto causado por la falta de detección y diagnóstico adecuado y oportuno de los posibles problemas de salud mental. Las escuelas representan un entorno seguro para que las familias y sus hijos reciban educación sobre salud mental. Asociar los programas de salud mental al desempeño y logro académico.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 1.1 Fortalecer la colaboración del condado con las escuelas preparatorias para identificar los problemas de salud mental entre los adolescentes latinos y ofrecer intervenciones destinadas a reducir el riesgo de encarcelamiento, consumo de drogas y enfermedad mental. Subrayar que la detección e identificación tempranas se traducen en reducción del costo de la atención de salud.

- 1.2 Fortalecer los esfuerzos de los defensores y los programas escolares para garantizar la detección temprana y precisa de los trastornos mentales entre los jóvenes latinos como estrategia para modificar el rumbo de un posible trastorno mental y para evitar posibles diagnósticos errados que pueden desencadenar en un tratamiento inadecuado y una alta tasa de abandono.
- 1.3 Desarrollar un plan para crear e integrar las normas y los temas educativos de salud mental en los programas de las escuelas.
- 1.4 Desarrollar y ofrecer clases o seminarios para educar a los padres latinos acerca del sistema escolar y mejorar la concientización de los servicios de salud mental académicos gratuitos o de bajo costo.

Estrategia directiva 2: Instituciones comunitarias y coubicación de servicios

Aumentar la colaboración entre las organizaciones comunitarias, escuelas y otras agencias de servicios sociales mediante la coordinación y el aprovechamiento de los recursos que existen en la comunidad para lograr mejorar el acceso al tratamiento entre los latinos.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 2.1 Vincular a un consorcio de organizaciones de fe para desarrollar e implementar estrategias para promover caminos al bienestar, reducir el estigma de la salud mental, promover la inclusión social y defender la importancia de la espiritualidad para el bienestar propio.
- 2.2 Alentar la expansión de las redes sociales y familiares de los adultos mayores y ayudar a incrementar la vinculación social y el apoyo emocional enfocado en la integración de proveedores de salud y proveedores de salud mental en el ámbito comunitario. Optimizar la salud y el funcionamiento con servicios con coubicación como énfasis para acceder a un cuidado integral continuo.
- 2.3 Desarrollar y apoyar las redes de individuos y organizaciones para lograr una mayor coubicación de recursos y servicios. Pedir a las redes que trabajen juntas en la coordinación, integración y mejora de políticas y prácticas para producir mejores tratamientos y resultados de salud mental. Los socios de redes pueden incluir:
 - Agencias de salud mental
 - Clínicas y hospitales de la comunidad
 - Iglesias y otras organizaciones de fe
 - Fuerzas de seguridad locales y unidades del sistema de justicia criminal
 - Agencias de justicia juvenil
 - Servicios de protección de menores
 - Agencias de hogares sustitutos (*foster care*)
 - Escuelas primarias y preparatorias
 - Colegios comunitarios y universidades
 - La comunidad empresarial

- Organizaciones no tradicionales (p. ej., grupos de fútbol, patrocinadores de artes culturales y programas de desarrollo de jóvenes)

- 2.4 Luego de la implementación del punto 2.3, coordinar con los socios de la red para desarrollar y activar un sistema de transporte para llevar a los usuarios a las citas y demás actividades relacionadas con su tratamiento.
- 2.5 Invertir en oportunidades de capacitación para los proveedores de atención primaria de salud y de salud mental y administrar la atención de enfermedades mentales a fin de reducir la espera en los servicios de salud mental y mejorar el acceso y los índices de retención en el tratamiento de la salud mental.
 - 2.5.1 Las siguientes recomendaciones se adoptaron del Informe de la Reunión de Trabajo del Director General de Salud Pública acerca de la Integración de la Atención Primaria de Salud y los Servicios de Salud Mental (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 2001).
 - Diseñar e incorporar una herramienta de relevamiento para medir las habilidades, conocimientos y actitudes, y reflejar las “mejores prácticas” probadas y la administración de tratamiento.
 - Crear e implementar una serie de normas de educación y formación para la integración de atención primaria de salud y servicios de salud mental con la participación de los actores académicos y los entes de acreditación.
 - Evaluar los programas implementados y las mejores prácticas para determinar si la integración genera reducción de las disparidades en salud y en salud mental, acompañado por mejoras en los resultados del tratamiento y calidad de vida.

Estrategia directiva 3: Medios de comunicación social y comunitarios

Utilizar los medios de comunicación más importantes de Estados Unidos e hispanoparlantes para aumentar la toma de conciencia sobre salud mental utilizando mensajes que disminuyan el estigma asociado a los trastornos de salud mental y promover la información y los recursos sobre intervención temprana.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 3.1 Vincular a los noticieros y al sector de entretenimiento latinos para que apoyen a los programas educativos que promueven una imagen equilibrada e información de los problemas de salud mental, cuestiones LGBTQ y servicios de salud mental.
- 3.2 Crear y difundir fotonovelas, que son historias contadas con imágenes y diálogos, para promover un mayor entendimiento de los problemas y servicios de salud mental.

- 3.3 Coordinar con las estaciones de radio y televisión en español con gran público latino, y promover programas educativos que puedan mejorar la concientización respecto de cuestiones de salud mental. Dirigir muchos de los mensajes a las audiencias más jóvenes. A continuación se mencionan algunas de las estaciones de radio y televisión en español y personalidades a las que se puede contactar:
- Piolín por la Mañana, personalidad radial mexicana en KSCA, 101.9 FM, área de Los Ángeles
 - Radio Bilingüe
 - Telenovelas
- 3.4 Crear grabaciones de conversaciones o Pláticas profundas en las que las familias latinas con personas que se están recuperando con éxito de una enfermedad mental cuentan su historia y sus perspectivas individuales. Transmitir las Pláticas a través de varios medios de consumo masivo y étnicos.
- 3.5 Organizar grupos de trabajo de jóvenes para diseñar mensajes relevantes para los jóvenes y el estigma de la salud mental, y difundir los mensajes a través de Facebook, Twitter, YouTube, bitácoras o *blogs* y otros medios sociales.

Estrategia directiva 4: Desarrollo de la fuerza de trabajo

Desarrollar y mantener una fuerza de trabajo de salud mental cultural y lingüísticamente competente que se adapte a la cultura y al idioma de las comunidades latinas.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 4.1 En varios ámbitos académicos, promover las actividades vocacionales que pueden dar lugar a programas de certificación y títulos avanzados con orientación en capacitación bicultural y bilingüe y otros temas específicos de la población, incluidos cursos relativos a geriatría y tratamiento de las adicciones.
- 4.2 Crear un curso de estudios en el ámbito de los colegios comunitarios que permita la certificación de las personas interesadas en el campo de salud mental como especialistas en salud mental de los latinos.
- 4.3 Una vez implementados los puntos 4.1 y 4.2, ampliar las oportunidades de los promotores de participar en la educación superior para mejorar su educación en salud mental, lo cual les permitirá ampliar su oferta de servicios y asumir posiciones de liderazgo en sus comunidades.
- 4.4 Priorizar aún más la oferta de programas de condonación de préstamos para los latinos que optan por una carrera en el campo de salud mental y proveedores latinos y no latinos que buscan oportunidades de volver a capacitarse.

- 4.5 Fortalecer los lazos con los programas de estudios latinos, chicanos y LGBTQ en los campus de colegios comunitarios para mejorar las oportunidades de educación y capacitación para los latinos y los latinos LGBTQ que optan por carreras en el campo de la salud mental.

Estrategia directiva 5: Tratamiento lingüística y culturalmente apropiado

La clave para brindar una atención de salud y un tratamiento de alta calidad a la comunidad latina radica en que los profesionales de salud mental y el personal de apoyo entiendan la importancia de comunicarse y adaptarse a las creencias de salud mental de cada paciente.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 5.1 Reunir un pequeño grupo de trabajo conformado por miembros del Concilio Latino para desarrollar e implementar lineamientos de capacitación que evalúen adecuadamente la capacidad del personal actual y futuro de brindar en forma efectiva atención de salud cultural y lingüísticamente apropiada a los latinos.
- 5.2 Priorizar la colaboración con los programas efectivos definidos por la comunidad en la creación de una serie de características clave en un entorno acogedor que fortalezca la comodidad del usuario latino de salud mental a la hora de acceder a los servicios.
- 5.3 Una vez implementados los puntos 5.1 y 5.2, solicitarle al mismo grupo de trabajo del Concilio que desarrolle una “herramienta de evaluación de cultura y lengua latina” para evaluar si los proveedores y el personal de apoyo cumplen con las prácticas efectivas definidas por la comunidad mencionadas en este informe.
- 5.4 Ampliar las oportunidades de los promotores con buen manejo del español y otros dialectos (p. ej., Mixteco) de educación, capacitación y posible empleo para satisfacer las necesidades de la comunidad latina.

Estrategia directiva 6: Desarrollo de capacidades, vinculación y participación comunitarias

Brindar recursos para las estrategias comunitarias de desarrollo de capacidades en las organizaciones con base enfocadas en en: (1) fortalecer la difusión y vinculación; (2) crear liderazgo en salud mental dentro de la comunidad latina; (3) definir los resultados de salud mental en el ámbito de la comunidad y en términos que interesen a los latinos; y (4) desarrollar capacidades locales destinadas a reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud mental. Las estrategias para desarrollar capacidades deben enfocarse en convocar y crear alianzas entre los profesionales de salud mental y los líderes de comunidades indígenas para crear y fortalecer las relaciones. Mediante estas alianzas, se deberán de implementar de manera colaborativa las estrategias resaltadas en el presente informe, seguir desarrollando formas en que pueden interactuar para reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud mental.

Además, los recursos deberán asignarse a la creación de alianzas entre líderes comunitarios relacionados con los esfuerzos de desarrollo de capacidades en el ámbito local y el liderazgo existente en el ámbito estatal dentro del campo de salud mental latina para desarrollar estrategias que respalden el desarrollo de capacidades de la comunidad local y la implementación de las recomendaciones detalladas en este informe. Se deberán asignar recursos para convocar a los líderes locales y de todo el estado para transmitirles las recomendaciones del SPW y difundirlas a través de una conferencia, campañas educativas y otras actividades de modo de satisfacer mejor las necesidades de la comunidad latina.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 6.1 Priorizar aún más la identificación de líderes latinos que estén dispuestos a comprometerse a jugar un papel activo en la defensa y difusión de las estrategias y recomendaciones de este informe.
- 6.2 En cada condado, crear e implementar un Concilio Latino de líderes que ayuden a facilitar el desarrollo de las alianzas y relaciones necesarias entre los líderes de la comunidad latina y el sistema profesional de salud mental en la implementación de prácticas prometedoras, y que ayuden a modelar los próximos pasos para mejorar los resultados de salud mental para la comunidad latina.
- 6.3 Una vez implementados los puntos 6.1 y 6.2, generar acciones específicas para la atención de seguimiento enfocadas en conectarse con las comunidades nacionales de apoyo cuando un usuario abandona el tratamiento. Además, financiar estos Concilios para desarrollar colaboraciones locales de la comunidad latina en el campo de salud mental para desarrollar los proyectos de desarrollo de capacidades, y campañas y asistencia bilingüe e integral orientadas a generar concientización y entender: (1) qué pueden hacer los latinos para mejorar su salud mental conectándose con la cultura y las comunidades naturales de apoyo; (2) cuestiones de salud mental y servicios disponibles; (3) cómo y dónde acceder a los servicios; y (4) formas de reducir el estigma que pueden sufrir los latinos con una enfermedad mental al usar los servicios de salud mental.

Estrategia directiva 7: Incorporación de las recomendaciones de este informe a todos los programas financiados por la ley MHSA

Alentar a los condados para adoptar e implementar las recomendaciones de este informe con el fin de garantizar que los latinos y otras comunidades desfavorecidas tengan un acceso proporcional a todos los programas MHSA.

Acciones recomendadas en los ámbitos locales y del estado

- 7.1 Incorporar las recomendaciones de este informe en todos los programas y componentes financiados por la MHSA.
- 7.2 Desarrollar una estructura de financiación para Prevención e Intervención Temprana que apoye las

recomendaciones de este informe y garantice que el financiamiento sea adecuado para la representación demográfica de la población latina en California, en especial para los latinos que viven debajo de la línea de pobreza.

- 7.3 Evaluar los efectos de estas siete recomendaciones para cada uno de los componentes de la Ley MHSA, en especial, la inclusión de los latinos en servicios y apoyo comunitario, los programas de alianzas con plenos servicios, los programas de prevención e intervención temprana, los programas de formación y capacitación de personal y los programas de innovación.

Capítulo 4

Programas y prácticas efectivos determinados por la comunidad

CAPÍTULO 4: PROGRAMAS Y PRÁCTICAS EFECTIVOS DETERMINADOS POR LA COMUNIDAD

Los participantes enfatizaron que los programas y las prácticas prometedoras que tienen posibilidad de superar los obstáculos a la atención de salud no funcionan con un enfoque “único para todos”. Adoptamos las prácticas efectivas desarrolladas por la comunidad y diseñadas por la Asociación Nacional de Salud Mental Latina (NLBHA, por sus siglas en inglés), junto con los criterios de esa organización para identificar los programas existentes para los latinos de California, dado que constituyen el cuerpo de material más completo sobre este tema.

NLBHA utilizó el complemento de criterios de siete categorías para identificar las prácticas y los programas prometedores: (1) desarrollo de capacidades y concientización, que se centran en el desarrollo de capacidades para mejorar la salud mental y el bienestar; (2) creación de concientización pública acerca de la salud mental, que enfatiza el aumentar la concientización sobre salud mental dentro de las comunidades latinas mediante los formatos de medios; (3) asistencia comunitaria, que se centra en la asistencia a la comunidad para mejorar el acceso y los servicios de seguimiento; (4) aumento de la posibilidad de acceder a los servicios, que pone atención en la reducción de los obstáculos y el aumento del acceso a la atención de salud para los latinos; (5) prácticas de vinculación innovadoras, que enfatizan la importancia de utilizar valores culturales para vincular a los usuarios latinos; (6) adaptaciones locales de las prácticas basadas en la evidencia para las poblaciones latinas, que se centran en

una relación entre proveedor y usuario; e (7) intervenciones y tratamiento, con especial enfoque en las intervenciones o tratamientos desarrollados especialmente para latinos. Utilizando esos siete criterios y la recomendación de los participantes de los foros, el equipo de investigación identificó los programas descritos en el Anexo 6 como programas y prácticas efectivos determinados por la comunidad que ameritan ser considerados para recibir mayor financiamiento y para ser utilizados en California. Aunque no hay medidas específicas que garanticen la eficacia de estos programas y prácticas efectivos determinados por la comunidad, el equipo de investigación CRHD llevó a cabo cada uno de los procedimientos detallados a continuación: (1) realizó análisis de contenido del sitio web y de los informes anuales para cada uno de los programas y prácticas efectivos determinados por la comunidad; (2) envió un correo electrónico a cada una de las organizaciones con un breve autoinforme con los siete criterios definidos, y les pidió que mencionaran una justificación para cada uno de los criterios que mejor se aplique a la práctica prometedora; (3) realizó un segundo análisis de contenido examinando el fundamento de cada práctica prometedora de cada organización y calificó su potencial utilizando la lista de siete artículos de la NLBHA. El símbolo (✓) indica que el programa está cumpliendo esos criterios. Se utilizará una herramienta de evaluación, que se desarrollará como parte de este proyecto, para someter a cada instrumento a una prueba de viabilidad, aceptabilidad y confiabilidad, como parte del proceso de medición de la eficacia de las prácticas prometedoras mencionadas en este informe.

PROGRAMAS EFECTIVOS DETERMINADOS POR LA COMUNIDAD (CDEP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Identificados por los participantes de los foros como prácticas prometedoras para los latinos en California

| Programa | Breve descripción | Región de California | Criterio 1 | Criterio 2 | Criterio 3 | Criterio 4 | Criterio 5 | Criterio 6 | Criterio 7 |
|---|---|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Bienestar- atiende a jóvenes LGBT, hombres homosexuales y bisexuales, transgénero y comunidades con VIH/SIDA | Maneja programas cultural y lingüísticamente adecuados para la comunidad latina. Comprende la vinculación importante de la cultura con el VIH y busca satisfacer las necesidades de cada comunidad. | Sur: Condado de Los Ángeles | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Programa Bienvenido- atiende a jóvenes, familias y usuarios latinos | Es un programa de prevención e intervención que mejora el acceso a los servicios de salud mental y mejora la salud mental y la calidad de vida de los inmigrantes latinos. | Central: Todos los condados del Valle Central | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Casa de La Familia- atiende a víctimas de delitos y hombres jóvenes latinos | Se especializa en el tratamiento de trastornos postraumáticos, trastornos de la ansiedad y depresión de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores mediante la intervención en casos de crisis y terapia individual y familiar a largo plazo. | Sur: Condados de Los Ángeles y Orange | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Centro de Defensa Comunitaria [Center for Community Advocacy]- brinda formación a los trabajadores agrícolas con el fin de atender y promover las mejoras en las condiciones de vivienda y salud | Brinda liderazgo mediante un modelo basado en promotores mexicanos. Las promotores se capacitan mediante un programa de estudios diseñado por el centro cuyo enfoque está puesto en llegar a las comunidades rurales. | Área de la Bahía: Condado de Monterey | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |

Anexo 6: Esquema de organizaciones con programas efectivos determinados por la comunidad del SPW Latino

| Programa | Breve descripción | Región de California | Criterio 1 | Criterio 2 | Criterio 3 | Criterio 4 | Criterio 5 | Criterio 6 | Criterio 7 |
|--|---|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Centro La Familia- atiende a jóvenes, niños, familias y usuarios latinos | Lleva a cabo servicios directos de defensa e intervención para residentes de bajos ingresos. Su misión es empoderar a las personas de bajos recursos para acceder a los recursos de soporte vital. | Central: Condado de Fresno | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Familias Unidas- atiende a jóvenes, familias y usuarios latinos | Lucha por integrar el tratamiento de los individuos, las familias y la comunidad para aumentar el bienestar, el empoderamiento y la autosuficiencia de los usuarios. | Área de la Bahía: Condado de Contra Costa | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Proyecto de Aceptación de la Familia [Family Acceptance Project] - atiende a jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) | Se centra en la asistencia, intervención, educación e iniciativas de políticas comunitarias para reducir los riesgos relacionados con la salud y la salud mental en los jóvenes LGBT. | Área de la Bahía: Condado de San Francisco | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Relaciones, Vinculación y Resultados para la Comunidad Latina [Latino Community Relations, Engagement & Outcomes (CREO)]- atiende a indigentes latinos y a aquellos que viven en áreas desfavorecidas y desatendidas | Se esfuerza por formar alianzas con sistemas de apoyo en las comunidades latinas a través de iglesias, escuelas, clínicas de salud y centros comunitarios para crear concientización en la comunidad sobre temas de salud mental y aumentar el acceso al tratamiento de salud mental. | Sur: Condado de Los Ángeles | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Anexo 6: Esquema de organizaciones con programas efectivos determinados por la comunidad del SPW Latino

| Programa | Breve descripción | Región de California | Criterio 1 | Criterio 2 | Criterio 3 | Criterio 4 | Criterio 5 | Criterio 6 | Criterio 7 |
|--|---|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------------------------|
| Manitos- atiende principalmente a las poblaciones latinas de la tercera edad que hablan español. | Se centra en actividades sociales y recreativas que educan a los latinos de la tercera edad sobre nutrición, actividad física, salud y bienestar. | Central: Condado de Sacramento | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Intervenciones y tratamiento |
| Instituto Nacional Latino de Crianza y Familia [National Latino Fatherhood and Family Institute] - trabaja con padres de todas las edades | Brinda servicios de capacitación mediante el uso de programas de estudio competentes que se enfocan en la violencia familiar, pandillas, embarazo de adolescente, padres adolescentes y ritos de iniciación para jóvenes latinos. | En todo el estado: servicios a muchos condados de California | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Programa de Promotores del Servicio Social Católico de Northern Valley [Northern Valley Catholic Social Service Promotores Program] - brinda servicios a las poblaciones latinas en las áreas rurales | Promueve la concientización sobre violencia doméstica, depresión, consumo de sustancias tóxicas y ansiedad | Norte: Condado de Butte | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pacific Clinics- atiende a niños, jóvenes, adultos, familias y usuarios latinos | Brinda una gama de servicios que van desde la prevención y la intervención temprana hasta la recuperación y el mantenimiento del bienestar, con especial énfasis en los programas para niños y familias. | Sur: Condados de Los Ángeles, Orange, Riverside, San Bernardino y Ventura | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Anexo 6: Esquema de organizaciones con programas efectivos determinados por la comunidad del SPW Latino

| Programa | Breve descripción | Región de California | Criterio 1 | Criterio 2 | Criterio 3 | Criterio 4 | Criterio 5 | Criterio 6 | Criterio 7 |
|--|---|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Retiro de Hombres Campesinos- brinda servicios a trabajadores agrícolas hombres www.education-leadership.org | Ofrece sesiones de capacitación para educar a los padres sobre el papel que juegan como hombres y jefes de familia. También brinda entrenamiento de capacitación. | Central: Condados de Fresno, San Joaquin y Tulare | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Proyecto The Wall-Las Memorias [The Wall-Las Memorias Project] - atiende a jóvenes, adultos y familias LGBTQ latinas: www.thewalllasmemorias.org | La organización brinda una amplia gama de servicios de apoyo y oportunidades de participación comunitaria para las familias, iglesias e individuos con alto riesgo de VIH/SIDA. | Sur: Condado de Los Ángeles | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ventanillas de Salud - atiende a las familias latinas | Brinda conocimientos sobre estilos de vida y medidas de prevención a través de las prioridades de salud y educación. | En todo el estado: servicios a los condados de todo el estado | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Visión y Compromiso- atiende a las familias, usuarios y comunidades latinas sin seguro o con seguro insuficiente | Se dedica a mejorar los resultados socioeconómicos y de salud de las comunidades que no tienen suficiente representación a través del apoyo, el mejoramiento y la defensa de promotoras y trabajadores de salud comunitarios (<i>CHWs, por sus siglas en inglés</i>). | En todo el estado: servicios a los condados de todo el estado | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

1. BIENESTAR

Descripción: Bienestar se fundó en 1989 como organización comunitaria para tratar la prevención del VIH/SIDA y las necesidades de atención de salud de la comunidad latina en Los Ángeles. Desde su creación, Bienestar se ha convertido en una organización multiservicio, multicentro, y se convirtió en una de las organizaciones líderes en la prestación de servicios de VIH/SIDA en el Sur de California, con ocho centros distribuidos por los condados de Los Ángeles, San Bernardino y Riverside.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: La organización está a cargo de varias campañas para incrementar la concientización de la comunidad latina en temas como la homofobia, discriminación, salud mental, sexualidad, autoestima y estigma asociados con el VIH/SIDA. Por ejemplo, una de las campañas es Amor de Madre. La campaña es una fotonovela y una conferencia de prensa que se centran en la aceptación, la comunidad LGBT y el amor de madre. El tema principal de la fotonovela es un hijo LGBT que revela su sexualidad, y cómo esto afecta la autoestima y su sentido de bienestar.

Asistencia comunitaria: Bienestar ofrece servicios de extensión y de educación para latinos y personas LGBT e individuos que viven con VIH/SIDA en el condado de Los Ángeles. La organización conecta a la población con programas de asesoramiento individual, grupos semanales de apoyo, sesiones de intervención para el desarrollo de capacidades, análisis rápidos de VIH, servicios de salud mental, administración de casos, vivienda, detección de ETS, servicios de consumo de sustancias tóxicas, foros comunitarios y eventos sociales y culturales. Bienestar utiliza el modelo de compañeros para conectar, educar y llegar a la comunidad identificada. La organización provee servicios de asistencia y educación en clubes nocturnos, calles e intersecciones determinadas, exposiciones de salud, clínicas de metadona, lugares de canje de jeringas y centros comerciales.

Prácticas relevantes de vinculación: Bienestar realiza evaluaciones organizativas para determinar el nivel de necesidades de la agencia para desarrollar programas culturales específicos. Bienestar organiza capacitación para enseñarles a los miembros del personal de las organizaciones de base cómo adaptarse y adecuar sus propios programas y ofrecer tutorías individuales entre compañeros y apoyo a medida.

Adaptaciones locales de las prácticas efectivas: Bienestar ha adaptado con éxito ocho intervenciones efectivas de salud mental (EBI, por sus siglas en inglés) de VIH, incluido el empoderamiento de jóvenes gay y bisexuales latinos de entre 14 y 24, “Muchos hombres, muchas voces” (*Many Men, Many Voices*) para hombres latinos gay y bisexuales, Voces para Hombres que tienen Sexo con Hombres y Mujeres (MSMW, por sus siglas en inglés), y SISTA para individuos transgénero de hombre a mujer.

Sitio web: www.bienestar.org

2. PROGRAMA BIENVENIDO

Descripción: El programa Bienvenido es un programa de estudios para la promoción de la salud mental basado en fortalezas y orientado al desarrollo de la salud emocional y mental de los latinos, que ayuda a reducir el riesgo de recurrir al consumo de sustancias debido a vivir constantemente en estado de marginalización social.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: El programa Bienvenido organiza sesiones exclusivamente en español dirigidas fundamentalmente a personas que llegaron a los EE. UU. durante la última década. Ayuda a los participantes a obtener nuevos conocimientos en salud mental y manejar el trauma de sus experiencias migratorias a través de la discusión y el diálogo. Una exitosa campaña de radio (que incluye 20 anuncios de servicio público en idioma español) promueve la buena salud mental y la prevención del suicidio. Este programa representa un paso innovador como respuesta a las necesidades de la comunidad latina emergente.

Asistencia comunitaria: El programa Bienvenido funciona en distintos lugares, urbanos y rurales, y fuera del organismo mismo, e incorpora miembros de la comunidad como maestros. La organización toma medidas para ayudar a los usuarios en su propio territorio: restaurantes, plazas, estadios de fútbol, escuelas, iglesias, centros de salud, centros para jóvenes y establecimientos correccionales juveniles.

Prácticas relevantes de vinculación: Una de las fortalezas de este programa es que se apoya en redes comunitarias y la creación de equipos. La adopción del principio “es nuestra comunidad” es un método innovador y único en la respuesta a los individuos con problemas emocionales o de conducta. Otra característica distintiva de este programa es el tratamiento de los participantes no como individuos estigmatizados sino como grupo de personas que tienen la alternativa de reconocer y utilizar sus fortalezas para hacer un aporte para una comunidad mejor.

Adaptaciones locales de las prácticas efectivas: El maestro capacitado utiliza el plan de estudios de Bienvenido, una herramienta de enseñanza del idioma español, en todas las clases. El plan de estudios de Bienvenido es novedoso porque los maestros que entregan el material educan a los inmigrantes latinos en temas relacionados con el estrés de la aculturación y las necesidades de salud mental, y cómo entablar relaciones con inmigrantes latinos que de otro modo no tendrían ningún contacto con material educativo de este tipo. El plan de estudios comprende temas fundamentales, enfocados en los siguientes temas: (1) desarrollo de relaciones, (2) conciencia de los temas de salud mental, y (3) vinculación de usuarios.

Sitio web: www.necmh.org/body.cfm?lvl1=servic&lvl2=latino

3. CASA DE LA FAMILIA

Descripción: Casa de la Familia realiza actividades de asistencia, incluidas presentaciones, conferencias y participación activa en la comunidad, para la prevención de la salud mental y la promoción del bienestar mental. Los objetivos de la organización incluyen la creación de un foro abierto para la discusión de temas tales como la eliminación del estigma asociado a la salud mental y las comunidades saludables.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: Casa de la Familia organiza presentaciones utilizando varios medios, incluidas obras de teatros, material de autoayuda, televisión, libros, programas de estudio para el empoderamiento de los adolescentes y otras formas de transmitir ideas e información.

Asistencia comunitaria: La organización utiliza un modelo de promotores y ha llegado a comunidades que de otro modo no tendrían acceso a información y servicios de salud mental.

Prácticas relevantes de vinculación: El personal de Casa de la Familia entiende que la organización debe tener presencia en la comunidad y no espera que los miembros de la comunidad simplemente se aparezcan en la sede de la organización. Los asesores de Casa entienden que la confianza es un factor esencial y que el correr la voz es de vital importancia para alentar la participación.

Adaptaciones locales de las prácticas efectivas: Los miembros de la comunidad latina saben en quién pueden confiar y en quién no. Luego de ser explotados por mucha gente sin escrúpulos, los miembros de la comunidad se han vuelto desconfiados de los que aparecen inesperadamente para ofrecer ayuda y se basan en sus “sentimientos” a la hora de decidir en quién confiar. Los proveedores deben ser auténticos en sus interacciones, compromiso y dedicación.

Sitio web: www.casadelafamilia.org

4. CENTRO DE DEFENSA COMUNITARIA (CENTER FOR COMMUNITY ADVOCACY [CCA])

Descripción: El CCA se fundó en 1989 como organización para la defensa de los derechos de vivienda de los agricultores, y desde el año 2000 amplió su misión para mejorar la salud de los agricultores y sus familias en la región de la Bahía de Monterey.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: El CCA utiliza redes de líderes de la comunidad y promotores para la implementación de su programa. El CCA participa regularmente con Radio Bilingüe. El CCA difunde información educativa a través de presentaciones y exposiciones de salud en las iglesias, escuelas y programas para los migrantes. La mayoría de las presentaciones se realizan en español.

Asistencia comunitaria: La organización se conecta con la comunidad a través del uso de promotores que se han ganado la confianza de la comunidad con el tiempo y tienen una relación con ella. La CCA ofrece derivaciones a expertos cuando es necesario. Mediante un programa desarrollado conjuntamente por el CCA y el departamento de salud del Condado de Monterey se asigna un terapeuta específico a la gente que es referida por el CCA para obtener servicios.

Prácticas relevantes de vinculación: Los representantes del CCA construyen una relación de confianza con los líderes de la comunidad, escuchan a los miembros de la comunidad, les preguntan a los usuarios acerca de sus necesidades y qué aspectos de los modelos actuales les resultan útiles, y también les piden que opinen respecto de los cambios que consideran necesarios. La organización participa en una verdadera colaboración de alianza con otras agencias. El objetivo de los promotores es transmitir calidez, buen trato y valoración.

Adaptaciones locales de las prácticas efectivas: La organización provee servicios a los clientes locales en horarios convenientes, y no solo de 9 a.m. a 5 p.m. Se les pide a los consejeros que sean flexibles con los horarios en las áreas locales. Los médicos vienen después de las 6 p.m. para realizar presentaciones y hablarles a los clientes. El CCA ofrece alimentos y dinero para gasolina para alentar a los posibles clientes a acercarse, especialmente porque muchos de los asistentes vienen después de trabajar. Se les pide a los miembros de la comunidad que vengan con “confianza”.

Sitio web: www.cca-viva.org

5. CENTRO LA FAMILIA ADVOCACY SERVICES, INC. (CLFA)

Descripción: Centro La Familia Advocacy Services (CLFA) es una organización comunitaria sin fines de lucro que atiende a las familias de bajos ingresos a través del condado de Fresno desde hace más de 30 años.

Prácticas prometedoras para los latinos en California:

El CLFA recluta, capacita y supervisa trabajadores de salud comunitarios que garantizan que se realice instrucción individual, grupal y en las aulas para las familias latinas. Mediante presentaciones comunitarias en las escuelas, en las iglesias y en los centros comunitarios se subraya la importancia de romper los mitos y el estigma asociados con los problemas y el tratamiento de la salud mental. El CLFA promueve la toma de conciencia a través del canal latino de televisión KFTV Univisión canal 21, radios locales y Radio Bilingüe, y también a través de conferencias comunitarias, foros comunitarios y presentaciones en las exposiciones de salud locales.

Asistencia comunitaria: Las estrategias de asistencia les permiten a los participantes de salud mental reducir la cantidad de eventos de crisis y mantener un compromiso personal y de familia para el bienestar y la recuperación a través de: (1) “pláticas” (un grupo focal comunitario); (2) talleres de un día en los que se presenta la guía *Qué hacer ante una crisis de salud mental (What to Do in a Mental Health Crisis)* a amigos y fuerzas de seguridad junto con la *Guía de recursos locales de salud mental (Guide to Local Mental Health Resources)* de 2011, una reseña exhaustiva de todos los recursos de salud mental disponibles en el área; (3) trabajadores de salud de la comunidad en comunidades rurales; (4) trabajadores de salud de la comunidad que diseñan y realizan series más largas (4–6 semanas) de presentaciones de temas específicos de salud mental, p. ej., depresión, estrés o ansiedad.

Prácticas relevantes de vinculación: El CLFA entabla relaciones de confianza con miembros de la comunidad basadas en el respeto por las formas de alcanzar las metas específicas de la cultura. El concepto de promotor-mentor se funda en la idea de que la transmisión de información, habilidades y conocimientos de una generación a otra genera empoderamiento, especialmente en las comunidades minoritarias.

Adaptaciones locales de las prácticas efectivas: El CLFA genera concientización a través de grupos de apoyo para el cáncer en áreas urbanas y rurales de Fresno con la ayuda de una “comadre”, término que se utiliza para describir el fuerte lazo no biológico entre mujeres que se da con parientes más lejanas. Este enfoque genera una sensación de confianza y confidencialidad entre los participantes de los grupos de apoyo.

Sitio web: www.centrolafamilia.org

6. FAMILIAS UNIDAS

Descripción: Familias Unidas fue fundada en 1979 por los educadores del condado de Contra Costa, líderes de la sociedad civil, profesionales de la salud mental y residentes. La organización sin fines de lucro apunta a un “centro de asesoramiento e información” que ayuda a la gente con un método holístico y de una manera culturalmente relevante.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: Existe información cultural y lingüísticamente relevante por teléfono, personalmente o mediante la distribución de directorios bilingües de autoayuda. Familias Unidas ayuda a los clientes con servicios de interpretación entre idiomas (inglés-español), orientación cultural y defensa.

Asistencia comunitaria: La organización aprovecha las oportunidades de promover sus servicios, incluyendo la participación en exposiciones locales de salud, los eventos del Cinco de Mayo y las exposiciones de salud de Kaiser Permanente. Familias Unidas distribuye volantes y otra bibliografía. La organización se ha vuelto conocida en la comunidad a través del boca a boca y la exposición con las bases de la comunidad debido a su larga existencia y a la diversidad de los servicios que ofrece.

Prácticas relevantes de vinculación: Las mejores prácticas de terapia de traumas han ayudado a generar un espacio cómodo que les resulta aceptable y acogedor a las familias. La organización ha desarrollado una biblioteca de libros de instrucción apropiados para cada edad en inglés y en español, y un representante bilingüe y bicultural de Familias Unidas recibe a cada persona que entra por la puerta. Los miembros del personal aplican el *personalismo* para hacer una diferencia y preservar la unidad del grupo. Los empleados de Familias Unidas están interesados y comprometidos con la atención a sus comunidades locales.

Adaptaciones locales de las prácticas efectivas: Familias Unidas ofrece intervenciones de asesoramiento innovadoras y culturalmente relevantes para la comunidad latina y otras comunidades. El método terapéutico integra la terapia individual, la terapia de grupo, la administración de casos y servicios de medicación. Familias Unidas ofrece servicios psiquiátricos, incluidas recetas de medicamentos y evaluación, para pacientes que reciben servicios de salud mental, con el fin de mejorar su tratamiento y los resultados terapéuticos.

Sitio web: www.familias-unidas.org

7. PROYECTO DE ACEPTACIÓN DE LA FAMILIA (FAMILY ACCEPTANCE PROJECT)

Descripción: El Family Acceptance Program™ es una iniciativa de política, educación, intervención e investigación comunitaria que tiene el objeto de mitigar las mayores amenazas de salud y riesgos asociados, p. ej., suicidio, abuso de sustancias, VIH y falta de vivienda, para jóvenes lesbianas, gay, bisexuales y transgénero (LGBT), en el contexto de sus familias.

Prácticas prometedoras para los latinos en California:

El proyecto se realiza en colaboración con los grupos más importantes de la comunidad y las organizaciones comunitarias que trabajan con los jóvenes en las escuelas y los entornos de salud, y con las familias.

Asistencia comunitaria: Colaboran con el proyecto miembros de la población a la que va dirigida, proveedores, maestros y jóvenes participando en un consejo de investigación comunitaria y asesorando en otras actividades de difusión, desarrollando protocolos, analizando los datos, desarrollando publicaciones y comunicando los resultados.

Prácticas relevantes de vinculación: La investigación participativa es un método clave. El Proyecto de Aceptación de la Familia está comprometido con el desarrollo de nuevos modelos de investigación participativa, no solo para informar la investigación y el planeamiento, sino también para compartir estos modelos con otros investigadores y decisores para asegurar que la investigación refleje la vida, las necesidades y las experiencias de los individuos y los grupos en el contexto de sus culturas y comunidades. Entre otras cosas, el Proyecto de Aceptación de la Familia generó un modelo de investigación participativa para la prevención y la investigación en servicios de salud.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: El Proyecto de Aceptación de la Familia implementa la investigación a través de un modelo familiar empírico de bienestar, prevención y atención de salud para fortalecer a las familias y promover un desarrollo positivo y un futuro saludable para los niños y jóvenes LGBT.

Sitio web: familyproject.sfsu.edu

8. RELACIONES, VINCULACIÓN Y RESULTADO PARA LA COMUNIDAD LATINA (LATINO COMMUNITY RELATION, ENGAGEMENT & OUTCOMES [CREO])

Descripción: Fundada en 2001, CREO es una organización sin fines de lucro que fortalece las oportunidades entre compañeros para individuos y familias con necesidades de salud mental. Uno de sus programas exitosos se denomina Un Paso Más, y forma parte de la Red de Apoyo de Compañeros para la Recuperación (*Project Return Peer Support Network*). Tanto Un Paso Más como *Project Return* fueron creados por *Mental Health America* de Los Ángeles, a la que continúan afiliados, una organización sin fines de lucro reconocida nacionalmente por ayudar a las personas de bajos ingresos con enfermedades mentales graves para recuperar las vidas de bienestar en sus comunidades.

Prácticas prometedoras para los latinos en California:

Los valores culturales de *familismo*, respeto y personalismo, elementos que generan confianza, son constantes en el enfoque de CREO. Incorpora la fortaleza de la familia y la fe, el sentido de la comunidad y la sensibilidad a la atención personal mediante la vinculación de los individuos, la educación sobre enfermedades de salud mental, la ampliación de los recursos de la familia y la promoción del desarrollo de defensores de base. CREO publica materiales de instrucción, volantes para escuelas y bibliotecas y anuncios en boletines para iglesias, en español e inglés. La organización también administra grupos de apoyo.

Asistencia comunitaria: La organización identifica y desarrolla relaciones con sistemas naturales de apoyo, incluidas iglesias, escuelas y centros comunitarios, y realiza actividades de vinculación y difusión en estos lugares naturales de apoyo. CREO comparte la ubicación de sus programas con El Centrito, un centro de salud mental manejado por compañeros, y las dos organizaciones trabajan conjuntamente en la identificación de necesidades de salud mental de la comunidad entrevistando a los principales líderes.

Prácticas relevantes de vinculación: Las actividades de vinculación y difusión de CREO reconocen que no existe “una solución única para todos”. La práctica de la organización se basa en la fe y en las estructuras familiares que son tradicionalmente importantes para la cultura y las costumbres de la sociedad a la que atiende. El personal de CREO ha determinado que las iglesias y las escuelas a menudo se consideran recursos confiables, y sus servicios para las familias latinas se pueden superponer con las cuestiones de salud mental. Otra de las estrategias de CREO para utilizar el soporte natural es cultivar mentores para la comunidad.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: El Instituto de Salud Mental de California analizó y aceptó CREO como modelo de práctica definido por la comunidad en el plan PEI del Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles para 2010. CREO adapta prácticas efectivas tales como el Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (*Wellness Recovery Action Plan* [WRAP]) o En Busca de Seguridad (*Seeking Safety* [para el trauma]) para la comunidad latina.

9. MANITOS

Descripción: Manitos es un grupo social abierto para los adultos mayores de habla hispana. Las reuniones del grupo, realizadas en español, incluyen juegos, alimentos, canciones, ejercicio y más. Frecuentemente se organizan seminarios y otras presentaciones.

Prácticas prometedoras para los latinos en California:

Toda la información de las presentaciones se imprime para poder compartirla con amigos y parientes. Manitos alienta a sus miembros a participar en clínicas de salud comunitarias y eventos de bienestar, y cultiva la concientización de la familia de las actividades y el apoyo. Toda la información se presenta en español para superar los obstáculos sociales, culturales y lingüísticos y aumentar la comunicación efectiva.

Asistencia comunitaria: La Familia y El Hogar son dos agencias a través de las cuales los miembros reciben servicios. *Senior Link* ha ayudado a los miembros a obtener apoyo y servicios de salud. Manitos busca la participación de otras agencias que pueden ofrecer servicios a los miembros.

Prácticas relevantes de vinculación: Muchas agencias ignoran o no conocen las necesidades lingüísticas de sus miembros. Las dificultades asociadas al transporte público, estacionamiento, direcciones y disponibilidad de instalaciones se discuten durante las reuniones.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: Las actividades musicales, el ejercicio y la información presentada se basan en la evidencia. Manitos alienta a los adultos mayores a realizar ejercicio en el gimnasio, en las piscinas, y actividades al aire libre y en el interior con personal bilingüe y bicultural.

10. INSTITUTO NACIONAL LATINO DE CRIANZA Y FAMILIA (NATIONAL LATINO FATHERHOOD AND FAMILY INSTITUTE [NLFFI])

Descripción: El NLFFI, que funciona bajo el auspicio de la Red Nacional de Compadres, es un programa nacional que reúne líderes reconocidos de los campos de crianza latina, ritos de maduración, salud, educación, justicia juvenil, servicios sociales y defensa.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: El NLFFI trabaja en colaboración con la iniciativa del Presidente Barack Obama para ayudar a los hombres a entender mejor el papel que deben ocupar como factor positivo en la vida de los niños. Estas actividades ayudan a desarrollar fortaleza y resiliencia en los hijos para permitirles alcanzar sus sueños y objetivos. En el ámbito nacional, el centro ofrece servicios a los profesionales asociados, incluyendo consultoría, seminarios y conferencias, programas y capacitación y publicaciones.

Asistencia comunitaria: El NLFFI construye una fuerte red de negociaciones que afectan el rumbo del proyecto para: 1) identificar las falencias existentes en las políticas que eviten el desarrollo de crianza efectiva y para crear programas de vinculación; y 2) desarrollar políticas positivas para aprender a ser padres y lograr la vinculación de los hombres y programas contruidos sobre la base de las fortalezas de los padres y otros mentores hombres.

Prácticas relevantes de vinculación: Mediante la investigación, capacitación y servicios directos, el instituto ayuda a padres de todas las edades a desarrollar un papel fuerte y activo en la vida de sus hijos, incluyendo los aspectos más dolorosos del abuso infantil, la violencia doméstica, la violencia de pandillas, la falla de la escuela, el analfabetismo y otras cuestiones asociadas.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: El centro ofrece servicios sociales y educativos culturalmente sensibles con programas diseñados para fortalecer y preservar las familias, prevenir embarazos de adolescentes, influenciar a los hombres para que sean padres fuertes y responsables y transmitir la importancia de los servicios de salud física y mental culturalmente sensibles.

Sitio web: www.nlffi.org

11. PROGRAMA DE PROMOTORES DEL SERVICIO SOCIAL CATÓLICO DE NORTHERN VALLEY (NORTHERN VALLEY CATHOLIC SOCIAL SERVICE PROMOTORES PROGRAM)

Descripción: El Programa de Promotores del Servicio Social Católico de Northern Valley, ubicado en Chico, se creó para superar los obstáculos culturales para incrementar la concientización y facilitar el acceso a los servicios de salud mental. Entre los obstáculos culturales que impiden el acceso a los servicios de salud mental podemos mencionar idioma, estigma, condición legal y aceptación de prácticas alternativas de sanación.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: El programa de Promotores participa en una estación de radio latina del área de Chico para ofrecer servicios y mejorar la concientización acerca de la salud mental. El objeto de las transmisiones es incrementar la concientización de los servicios de salud mental disponibles en la comunidad.

Asistencia comunitaria: El programa de Promotores realiza actividades de vinculación con agencias comunitarias para explicar los servicios clave: manejo de casos, grupos de apoyo y conexión directa con los servicios de salud mental. Los promotores son bilingües, hablan español e inglés.

Prácticas relevantes de vinculación: Se han desarrollado maneras innovadoras de vincular a la población latina, p. ej., patrocinio de equipos de fútbol, posadas y oferta de servicios de la iglesia católica durante la misa. La música y el alimento cultural también se han utilizado y han demostrado ser exitosos al vincular la comunidad.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: Los grupos de apoyo que se reúnen semanalmente en las áreas con población latina organizan presentaciones de salud mental en un entorno seguro y placentero. Entre los temas de discusión podemos mencionar cuestiones sensibles que rara vez se discuten abiertamente en la cultura latina, incluyendo la violencia doméstica, depresión, abuso de sustancias y ansiedad. Los invitados especiales, los grupos focales, las presentaciones y la discusión de grupo se utilizan para entregar información para los grupos.

Sitio web: www.nvcss.org/programs/buPromotores.aspx

12. PACIFIC CLINICS

Descripción: Pacific Clinics, una agencia privada de salud mental comunitaria sin fines de lucro fue fundada en 1926, con el nombre de *Pasadena Child Guidance Clinic*. Desde entonces, la organización amplió el enfoque para incluir las inquietudes de salud mental y de comportamiento de familias e individuos de todas las edades.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: La organización ha implementado programas de educación y concientización en salud mental a través de iglesias locales, agencias comunitarias y del condado, YMCA, programas de la ciudad, la colaboración de Recreación y Parques, conferencias de la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI), talleres, salones de belleza, reuniones de la asociación de maestros y padres (PTA, por sus siglas en inglés) y otras oportunidades. Se implementó una colaboración con famosos y gente de alto perfil tales como la Diputada Grace Napolitano, la boxeadora Mia St. John, el actor Edward James Olmos, el bailarín Mark Ballas, y otras figuras prominentes que han ayudado a promover la concientización entre la comunidad en una serie de diversos temas acerca de la salud mental. Pacific Clinics produjo un video en español en 1999 acerca de factores culturales, creencias religiosas relativas a la salud mental e inquietudes acerca del estigma que impiden el acceso a la atención profesional. En el video se explican los síntomas de las enfermedades más importantes, como la esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. El DVD se promovió en todo el condado de Los Ángeles, y en los ámbitos nacional e internacional.

Asistencia comunitaria: Los servicios latinos de Pacific Clinics incorporan una solución integral que incluye cinco componentes clave: 1) prevención; 2) vinculación; 3) educación y vinculación comunitarias; 4) grupos de apoyo psico-educativos para padres; y 5) servicios integrales de salud mental.

Prácticas relevantes de vinculación: La organización crea lazos prestando atención a las orientaciones culturales. Para muchas familias, las agencias sociales pueden resultar intimidantes y aterradoras según las interacciones previas con proveedores de salud mental o “el sistema”, en el que pueden haber experimentado estigmatización u otras formas de discriminación. Entre los factores que consideran las organizaciones podemos mencionar: 1) idioma, 2) etnicidad, 3) aspectos culturales, 4) valores, 5) creencias, 6) religión, 7) mitos, y 8) condición legal.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: Pacific Clinics realiza modificaciones culturales durante la vinculación y el tratamiento, y la organización utiliza 1) personalismo, 2) familismo, 3) colectivismo y comunidad, 4) respeto, 5) simpatía y amabilidad, 6) confianza, 7) espiritualidad y religión, 8) marianismo y machismo, y 9) fatalismo.

Sitio web: www.pacificclinics.org

13. RETIRO DE HOMBRES CAMPESINOS

Descripción: Retiro de Padres se fundó en 2008 como respuesta a la necesidad de mejorar el entorno educativo de los estudiantes de preparatoria latinos. Las actividades de Retiro de Hombres Campesinos van dirigidas a hombres que son padres agricultores, y están diseñadas en función de sus necesidades específicas.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: Los clientes aprenden acerca del programa fundamentalmente por recomendación. Retiro de Hombres Campesinos creó una alianza con el programa de educación para inmigrantes de CSU Fresno, que promueve las actividades de la organización.

Asistencia comunitaria: Se utilizan las redes a través del programa de educación para inmigrantes de CSU Fresno y a través del contacto con personal migrante de los distritos de escuelas locales. Se informa a los padres acerca del programa a través de los distritos escolares. El personal de Retiro de Hombres Campesinos contacta a los padres que manifiestan interés.

Prácticas relevantes de vinculación: Entre los temas de los talleres, definidos por los participantes, podemos mencionar; 1) mejorar el papel como figura paternal; 2) mejorar el entorno del hogar; 3) mejorar la relación con la esposa y los hijos; 4) mejorar la salud física y mental de la familia; 5) ofrecer un entorno académico en el hogar; y 6) aceptarse uno tal como es.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: Los servicios se ofrecen en formato de círculos para permitirle a cada participante desarrollar su propio plan de cambio, y darle a los participantes la oportunidad de compartir sus experiencias con los demás.

* Sitio web: ums.csufresno.edu/

* El coordinador responde a las consultas.

14. PROYECTO THE WALL - LAS MEMORIAS

Descripción: Fundado en 1993, El Proyecto The Wall - Las Memorias se dedica a promover el bienestar y evitar las enfermedades entre las poblaciones latinas afectadas por el VIH/SIDA utilizando la inspiración de Monumento al SIDA como catalizador del cambio social. Durante los últimos 14 años, The Wall - Las Memorias ha logrado un fuerte apoyo de la comunidad para sus programas educativos innovadores y eventos de concientización. La organización ofrece una gran variedad de servicios de apoyo y oportunidades de participación comunitaria para las familias, iglesias e individuos con alto riesgo de VIH/SIDA.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: La organización promueve concientización acerca del estigma, los prejuicios y la salud mental en todas sus actividades. El proyecto organiza una conferencia anual acerca de latinos, cultura de fe, VIH/SIDA y salud mental para más de 350 líderes de congregación y parroquias del condado de Los Ángeles.

Asistencia comunitaria: Al prestar sus servicios, el Proyecto The Wall - Las Memorias utiliza un modelo de movilización comunitaria que alienta a los miembros de la comunidad y usuarios a discutir sus necesidades y disparidades. La organización también capacita a miembros de la comunidad para promover políticas públicas para generar cambios sistémicos para que las agencias puedan prestar mejor atención a los miembros de la comunidad.

Prácticas relevantes de vinculación: Debido al importante aporte de la fe religiosa a la cultura, los vínculos basados en el respeto mutuo con las comunidades de fe como socios promueven el bienestar y han eliminado el estigma entre la gente. Se oyen las voces individuales en la comunidad, y todas concuerdan acerca de la necesidad esencial de cambio social.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: The Wall-Las Memorias ofrece oportunidades educativas y capacitación para los usuarios. Identifica necesidades culturales y lingüísticas y adapta las prácticas efectivas a todos sus programas actuales.

Sitio web: <http://thewalllasmemorias.org/>

15. VENTANILLAS DE SALUD (VDS)

Descripción: El gobierno de México, a través de sus consulados, y el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), han tenido un papel muy activo en la promoción de los derechos y el bienestar de los mexicanos en los EE. UU.

Prácticas prometedoras para los latinos en California:

Ventanillas de Salud (VDS) genera concientización y educa a la comunidad acerca de talleres, recomendaciones a expertos en salud y educación acerca de preocupaciones de salud.

Asistencia comunitaria: Ventanillas de Salud cuenta con una variedad de estrategias de difusión, incluidos los servicios dentro del Consulado de México, unidades móviles, exposiciones comunitarias de salud y mediante la organización de un programa de semana binacional todos los años en octubre. VDS se asocia con varias organizaciones locales de salud, y con sectores académicos y sociales.

Prácticas relevantes de vinculación: Se han creado Ventanillas en 10 lugares de California. Estas ventanillas se encuentran en las oficinas del Consulado de México en Sacramento, San Francisco, San José, Oxnard, Los Ángeles, Fresno, Santa Ana, San Bernardino, San Diego y Calexico. Además, cada ventanilla ofrece servicios periódicos en áreas rurales y remotas a través de las unidades móviles.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas: No disponible

Para mayor información, visite la sede del Consulado de México.

16. VISIÓN Y COMPROMISO (VyC)

Descripción: Visión y Compromiso (VyC) expresa su misión en los siguientes términos: Hacia una Vida Digna y Sana / *Working Towards A Healthy and Dignified Life for All*. Esta misión refleja el trabajo de la organización para mejorar las repercusiones socioeconómicas y de salud de las comunidades inadecuadamente representadas. Mediante el desarrollo de la capacidad de los promotores, VyC fortalece la capacidad de las comunidades latinas de identificar los motivos de preocupación, confrontar los obstáculos, proponer soluciones definidas localmente, informar las políticas, modificar las prácticas organizativas y mejorar las repercusiones en la salud individual y de la comunidad.

Prácticas prometedoras para los latinos en California: VyC se fundó en 2000 y funciona con comisiones de liderazgo conformadas por promotores, trabajadores comunitarios y otros líderes que representan a diversos grupos y organizaciones. Se reúnen mensualmente y, como coalición, identifican las necesidades locales de la comunidad y de los promotores, e identifican las prioridades de la región. Con esa información, desarrollan, implementan y evalúan un plan anual de trabajo que apoya a los promotores locales con desarrollo de capacidades, herramientas de trabajo y recursos para fortalecer su trabajo.

Asistencia comunitaria: Las promotoras locales realizan actividades de difusión en la comunidad para informar a los residentes de los recursos locales de salud o servicios comunitarios disponibles, y ayudan a los clientes a acceder a estos servicios.

Prácticas relevantes de vinculación: La red tiene cinco estrategias principales: defender, desarrollar la capacidad de los promotores, colaborar con otros líderes, comunicar y validar el modelo de los promotores.

Adaptaciones locales de prácticas efectivas Los promotores ofrecen servicio de corazón y educación en prevención en el campo culturalmente relevante entre comunidades nativas e inmigrantes. Ellos “dan su tiempo, su carisma, su pasión”. Los promotores son sensibles a las realidades prácticas y culturales que incrementan los riesgos de salud para los latinos, y son conscientes de los obstáculos del sistema de salud que limitan el acceso a los servicios de prevención. Utilizan sus contactos personales, la confianza y el respeto para abordar los temas sensibles, contrarrestar la desinformación y defender la atención de salud de calidad, actuando como aliados culturales, lingüísticos y socioeconómicos de la comunidad. Los promotores tienen acceso a información valiosa acerca de lo que significa (y lo que no) trabajar en sistemas de atención de salud, y pueden proponer soluciones realistas para responder ante los problemas críticos de sus comunidades.

Sitio web: www.visionycompromiso.org

CONCLUSIONES

Los latinos representan casi el 40% de la población de California, y cada vez tienen mayor presencia y están cambiando los aspectos demográficos del estado. Más de la mitad de los recién nacidos en California y niños en la escuela primaria son de origen latino. Los latinos son mayoría en la población en nueve condados de California: Colusa, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Merced, Monterey, San Benito y Tulare (Lin, 2011) y también representan la mayoría de la población en 17 ciudades y vecindarios de California.

La gran mayoría de los latinos de California (82%) son descendientes de mexicanos. A pesar de las muchas similitudes entre los diversos grupos latinos, la existencia de diferencias culturales, lingüísticas, educativas y sociopolíticas a veces requieren la clasificación de los latinos en subpoblaciones con fines de investigación. Es importante distinguir los subgrupos de latinos provenientes de distintas regiones y demografía, historia, cultura y puntos de vista sobre la salud mental para futuras investigaciones. Los investigadores y profesionales de la salud no deberían intentar caracterizar a todos los latinos como un grupo homogéneo e ignorar la diferencia entre y dentro de la heterogeneidad del grupo. Por lo tanto, las estrategias y recomendaciones para brindar atención de salud mental a los latinos no puede ajustarse a una receta de “fórmula única” (Willerton, Dankoski, y Martir, 2008).

Cuando los latinos sufren de una enfermedad mental, son más renuentes que los miembros de otros grupos de la población a buscar atención de salud y atención de salud mental. La poca demanda de los servicios de salud mental es aún más alta entre México-Americanos y aún más entre los trabajadores mexicanos agrícolas migrantes. El objetivo de este documento es informar acerca de la naturaleza de las brechas en la utilización de servicios de salud mental por parte de los latinos. Este informe describe las estrategias y recomendaciones de los miembros de la comunidad latina que deben tomarse en consideración a fin de reducir las disparidades en el acceso a los servicios de salud mental y su utilización por parte de los latinos.

REFERENCIAS

- ABC Unified School District. (2010). Perfil escolar. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en <https://www.abi.myabcsd.org/>
- Aguilar-Gaxiola, S., Sribney, W. S., Raingruber, B., Wenzel, N., Fields-Johnson, D. y Loera, G. (2011). Disparities in mental health status and care in the U.S. En N. Cohen & S. Galea (Eds.), *Population mental health: Evidence, policy, and public health practice* (págs. 69–91). Londres: Taylor and Francis Books.
- Aguilar-Gaxiola, S. y Ziegahn, L. (2011). Mental health disparities among Latinos, the fastest growing population in the U.S. En L. B. Cottler (Ed.), *Mental health in public health: The next 100 years* (págs. 40–56). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Alderete, E., Vega, W. A., Kolody, B. y Aguilar-Gaxiola S. (2000). Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health, 90*(4), 608–614.
- Alegria, M., Canino, G., Rios, R., Vera, M., Calderon, J., Rusch, D., et al. (2002). Inequalities in the use of specialty mental health services among Latinos, African Americans and non-Latino whites. *Psychiatric Services, 53*, 1547–1555.
- Alegria, M., Chatterji, P., Wells, K., Cao, Z., Chen, C. N., Takeuchi, D., et al. (2008). Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatric Services, 59*(11), 1264–72.
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z. y Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health, 97*(1), 68–75.
- Anand, R. (2004). *Cultural competency in healthcare: A guide for trainers* (tercera edición). Washington, DC: National MultiCultural Institute.
- Anand, R. y Lahiri, I. (2009). Intercultural competence in health care: Developing skills for intercultural competent care. En: K. D. Deardorff (Ed.), *The Sage handbook of intercultural competence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Andrulis, P. D, Siddiqui, J. N., Purtle, P. J. y Duchon, L. (2010). *Patient Protection and Affordable Care Act of 2010: Advancing health equity for racially and ethnically diverse populations*. Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies. Obtenido el 2 de septiembre de 2011, en <http://www.jointcenter.org/research/patient-protection-and-affordable-care-act-of-2010-advancing-health-equity-for-racially-and>
- Añez, L. M., Paris, M., Jr., Bedregal, L. E., Davidson, L. y Grilo, C. M. (2005). Application of cultural constructs in the care of first generation Latino clients in a community mental health setting. *Journal of Psychiatric Practice, 11*(4), 221–230.
- Angeles, J. y Somers, A. S. (2007). *From policy to action: Addressing racial and ethnic disparities at the ground-level*. Hamilton, NJ: Center for Health Care Strategies, Inc. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en http://www.chcs.org/publications3960/publications_show.htm?doc_id=519202
- Arias, E. (2011). United States life tables by Hispanic origin. Vital and health statistics, Vol. 2, del National Center for Health Statistics, Washington, DC. En W. A. Vega, & Z. D. Gassoumis, *Impact of social security and proposed benefit changes on the Latino population*. Los Ángeles, CA: USC Edward R. Roybal Institute on Aging. Obtenido el 3 de abril de 2012, en <http://roybal.usc.edu/publications/roybalpubs.html>
- Badger, L., Robinson, H. y Farley, T. (1999). Management of mental disorders in rural primary care: A proposal for integrated psychological services. *Journal of Family Practice, 48*(10), 813–818.
- Barrio, C., Palinkas, L., Yamada, A., Fuentes, D., Criado, V., Garcia, P. y Jeste, D. (2008). Unmet needs for mental health services for Latino older adults: Perspectives from consumers, family members, advocates, and service providers. *Community Mental Health Journal, 44*(1), 57–74.
- Benz, K. J., Espinosa, O., Welsh V. y Fontes, A. (2011). Awareness of racial and ethnic health disparities has improved only modestly over a decade. *Health Affairs, 30*(10), 1860–1867
- Bhatia, S. y Ram, A. (2001). Rethinking ‘acculturation’ in relation to diasporic cultures and postcolonial identities. *Human Development, 44*, 1–18.
- Blount, A., Kathol, R., Thomas, M., Schoenbaum, M., Rollman, L. B., O’Donohoe, N., et al. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology Research and Practice, 38*(3), 290297.
- Braveman, P. A., Egerter, S. A. y Mockenhaupt, R. E. (2011). Broadening the focus: The need to address the social determinants of health. *American Journal of Preventive Medicine, 40*, 4–18.
- Bray, J. H. y Rogers, J. C. (1995). Linking psychologists and family physicians for collaborative practice. *Professional Psychology, 26*(2), 132–138.

- Brown, T. T., Mahoney, B. C., Adams, N., Felton, M. y Pareja, C. (2010). What predicts recovery orientation in county departments of mental health? A pilot study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(5), 388–98.
- Cabassa, L. J. Molina, G., Baron, M. (2010). Depression fotonovela: Development of a depression literacy tool for Latinos with limited English Proficiency. *Health Promotion Practice*, publicado en Internet el 4 de noviembre de 2010. Obtenido el 1 de abril de 2012, en <http://hpp.sagepub.com/content/early/2010/11/03/1524839910367578.full.pdf+html>
- Departamento de Educación de California. (2012). *School profiles*. Obtenido el 15 de enero de 2012, en <http://pubs.cde.ca.gov/tcsii/schoolprofiles.aspx>
- Departamento de Finanzas de California. (2010). *Census 2010: Demographic profiles*. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en www.dof.ca.gov/research/demographic/state_census_data_center/census_2010/view.php
- Departamento de Salud Mental de California. (2009). *California Strategic Plan on Reducing Mental Health Stigma and Discrimination*. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en <http://www.dmh.ca.gov/peistatewideprojects/StrategicPlan.asp>
- Universidad Estatal de California. (2010). *Student and faculty demographics: 2010*. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en <http://www.calstate.edu/pa/2010Facts/demographics.shtml>
- Camarota, S. (2011). *A record-setting decade of immigration: 2000–2010*. Washington, DC: Center for Immigration Studies. Obtenido el 23 de abril de 2012, en <http://www.cis.org/2000-2010-record-setting-decade-of-immigration>
- Cashin, C., Scheffler, R., Felton, M., Adams, N., y Miller, L. (2008). Transformation of California mental health system: Stakeholder-driven planning as a transformational activity. *Psychiatric Services*, 59(10), 1107–1114.
- Castillo, L., Lloyd, D. A., y Aguilar, I. (2012). Current conditions among older Latino and African Americans in low- and middle-income Los Angeles neighborhoods. USC Edward R. Roybal Institute on Aging [resumen de política]. Obtenido el 3 de abril de 2012, en <http://roybal.usc.edu/publications/roybalpubs.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Adolescent and school health: Asthma and schools*. Obtenido el 15 de enero de 2012, en <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/asthma/index.htm>
- Cervantes, R. C., Zarza, M. J. y Salinas, D. (2007). *Current perspectives on stress among Latino adolescents*. Trabajo presentado ante la National Hispanic Science Network on Drug Abuse. Los Ángeles: Behavioral Assessment, Inc. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en http://www.dshs.state.tx.us/idcu/epilink/volume_64/issue_8/docs/640803.pdf
- Chapa, T. (2004). *Mental health services in primary care settings for racial and ethnic minority populations*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Salud de Minoridad. Obtenido el 10 de febrero de 2012, en http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/Checked/1/Mental_Health_Services_in_Primary_Care_Settings_for_Racial2004.pdf
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (segunda edición) (págs. 509–535). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chen J. Y., Diamant, A., Pourat, N. y Kagawa-Singer M. (2005). Racial/ethnic disparities in the use of preventive services among the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5), 388–395.
- Cohen, R. R. (2012). *Aging and life quality: What does the future hold?* [publicación en el Web log]. Scientific American Blog Network. Obtenido el 3 de abril de 2012, en <http://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/2012/01/17/aging-and-life-quality-what-does-the-future-hold/>
- Collins, C. (2009). Integrating behavioral and mental health services into the primary care setting. *North Carolina Medical Journal*, 70(3), 248–252.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*. Obtenido el 10 de febrero de 2012, en http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf
- Community Defined Evidence Work Group. (2009). *Community Defined Evidence Project (CDEP): Preliminary quantitative and qualitative findings*. National Latino Behavioral Health Association y National Network to Eliminate Disparities. Obtenido el 10 de febrero de 2012, en http://nned.net/docs-general/CDEP_Final_Report_10-7-09.pdf
- Corbin, J., y Strauss, A. (2007). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (tercera edición). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cunningham, P. B., Henggeler, S. W. y Pickrel, S. G. (1996). The cross-ethnic equivalence of measures commonly used in mental health services research with children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(4), 231–239.
- Curtis, P. A. (1990). The consequences of acculturation to service delivery and research with Hispanic families. *Child and Adolescent Social Work*, 7(2), 147–160.
- Dixon, L., Lewis-Fernandez, R., Goldman, H., Interian, A., Michaels, A., y Crawford, M. (2011). Adherence disparities in mental health: Opportunities and challenges. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 815–819.

- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., *et ál.* (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903–910.
- Ell, K., Katon, W., Xie, B., Lee, P. J., Kapetanovic, S., Guterman, J. y Chou, C. P. (2010). Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly Hispanic subjects with diabetes. *Diabetes Care*, 33, 706–713.
- Eng, E., Briscoe, J. y Cunningham, A. (1990). Participation effect from water projects on EPI. *Social Science Medicine*, 30(12), 1349–1358.
- External Quality Review Organization. (2010). Reclamaciones aprobadas de Short-Doyle/Medi-Cal. Obtenido el 10 de febrero de 2012, en www.ncbi.nlm.nih.gov
- Fahs, C. M., Cabin, W. y Gallo, T. W. (2011). Healthy aging and mental health. En N. Cohen y S. Galea (Eds.). *Population mental health: Evidence, policy, and public health practice* (págs. 248–282). Londres: Taylor and Francis Books.
- Falicov, J. C. (1998). Latino families in therapy: A guide to multicultural practice. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Falicov, J. C. (2009). Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family Process*, 48(2), 292–309.
- Faugier, J. y Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 790–797.
- Flores, G., Abreu, M., Schwartz, I. y Hill, M. (2000). The importance of language and culture in pediatric care: Case studies from the Latino community. *Journal of Pediatrics*, 137, 842–848.
- Folsom D. P., Gilmer T., Barrio C., Moore D. J., Bucardo J., Lindamer L. A., *et ál.* (2007). A longitudinal study of the use of mental health services by persons with serious mental illness: Do Spanish-speaking Latinos differ from English-speaking Latinos and Caucasians? *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1173–1180.
- Frank, O., y Snijders, T. (1994). Estimating the size of hidden populations using snowball sampling. *Journal of Official Statistics*, 10, 53–67.
- Frieden, R. T. (2010). A framework for public health action: The health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(41), 590–595.
- Friedman A. F., y Adashi, Y. E. (2010). The right to health as the unheralded narrative of health care reform. *Journal of the American Medical Association*, 304(23), 2639–2640.
- Gándara, P. (1995). *Over the ivy walls: The educational mobility of low-income Chicanos*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Gans, D., Kincane, C. M., Watson, G., Roby, D. H., Graham-Squire, D., Needleman, J. *et ál.* (2012). *Achieving equity by building a bridge from eligible to enrolled*. Los Ángeles, CA: UCLA Center for Health Policy Research and California Pan-Ethnic Health Network. Obtenido el 5 de marzo de 2012, en <http://healthpolicy.ucla.edu/pubs/Publication.aspx?pubID=543>
- Garza, Y., y Watts, R. (2010). Filial therapy and Hispanic values: Common ground for culturally sensitive helping. *Journal of Counseling & Development*, 88(1), 108–113.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., *et ál.* (2006). Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2314–2321.
- González, H. M., Tarraf, W., Vega, W. A. (2010). Latino healthcare quality perceptions and the importance of speaking the same language. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(6): 745–752.
- Grant, D., Padilla-Frausto, I., Aydin, M., Streja, L., Aguilar-Gaxiola, S., y Caldwell, J. (2011). *Adult mental health needs in California: Resultados del California Health Interview Survey de 2007*. UCLA Center for Health Policy Research. Obtenido el 5 de marzo de 2012, en <http://healthpolicy.ucla.edu/pubs/Publication.aspx?pubID=529>
- Grieco, E. M. (2010). Race and Hispanic origin of the foreign-born population in the United States: 2007. *American Community Survey Reports*. Oficina de Censo de los EE. UU.
- Griner, D., y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531–548.
- Guarnaccia, P. J., y Rodriguez, O. (1996). Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18, 419–443.
- Guarnero, P., & Flaskerud, J. (2008). Latino gay men and depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 667–670.
- Hall, G. C. N., Hong, J. J. Zane, N. W., y Meyer, O. L. (2011). Culturally competent treatment for Asian Americans: The relevance of mindfulness and acceptance-based psychotherapies. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 215–231.

- Hauenstein, E., y Saby, P. B. (1996). *Functional disability and psychiatric morbidity among young women in rural primary care*. Tenth Annual Conference on Mental Health Problems in the General Medical Sector. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Hayes-Bautista, D. E. (2004). *Nueva California*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hill, E. N., Bush, R. K., y Roosa, W. M. (2003). Parenting and family socialization strategies and children's mental health: Low-income Mexican-American and Euro-American mothers and children. *Child Development*, 74(1), 189–204.
- Hughes, R. G. (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. (Preparado con ayuda de la Fundación Robert Wood Johnson). AHRQ Publicación Nro. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Obtenido el 05 de marzo de 2012, en <http://www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/>
- Humes, K. R., Jones, N. A., y Ramirez, R. R. (2011). *Overview of race and Hispanic origin: 2010*. Obtenido el 10 de febrero de 2012, del sitio web de la Oficina de Censo de los EE. UU.: <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-02.pdf>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2010). Health care reform and future workforce needs: Addressing the needs of racial and ethnic minority patients and other underserved populations. Washington, DC: National Academies Press.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., y Zimmerman M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individuals, organizational, and community control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149–170.
- Johnson, H. (2007). *The amazing, changing California population*. San Francisco, CA: Public Policy Institute of California. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en <http://www.ppic.org/main/commentary.asp?i=696>
- Kanel, K. (2002). Mental Health needs of Spanish-speaking Latinos in Southern California. *Hispanic Journal of Behavioral Health*, 24, 74–91.
- Kataoka, S. H., Langley, A., Stein, B., Jaycox, L., Zhang, L., Sanchez, N., y Wong, M. (2009). Violence exposure and PTSD: The role of English language fluency in Latino youth. *Journal of Child Family Studies*, 18, 334–341.
- Kataoka, S. H., Zhang, L., y Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1548–1555.
- Katon W., Lin E., y Kroenke K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147–55.
- Katon, W., y Unützer, J. (2006). Collaborative care models for depression: Time to move from evidence to practice. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2304–2306.
- Keller, T. E., Salazar, A. M., y Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32, 626–634.
- Kouyoumdjian, H., Zamboanga, B., L., & Hansen, D. J. (2003). Barriers to community mental health services for Latinos: Treatment considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 394–422.
- Lambert, D., y Hartley, D. (1998). Linking primary care and rural psychiatry: Where have we been and where are we going? *Psychiatric Services*, 49(7), 965–967.
- Latino Behavioral Health Institute. (2010). *Ventura County Latino Access Project, for the Ventura County Behavioral Health Department*. Thousand Oaks, CA: Latino Behavioral Health Institute. Obtenido el 10 de marzo de 2012, en <http://lbhi.org/technical-assistance/>
- LaVeist, T. A., Gaskin, D. J., y Richard, P. (2009). *The economic burden of health inequalities in the United States*. Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies. Extracto obtenido el 2 de septiembre de 2011, en <http://health-equity.pitt.edu/3797/>
- Lewis, T., & Osborn, C. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling & Development*, 82, 38–48.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., et al. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2428–2429.
- Lin, J. (2011). *Latino population growing slower than in other states*. Center for Investigative Reporting—California Watch. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en <http://californiaiwatch.org/dailyreport/latino-population-growing-slower-other-states-10466>
- Los Ángeles Unified School District. (2010). Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en LAUSD.net/schoolsearch/sector.jsp
- Maldonado-Molina, M. M., Reyes, A. N., y Espinosa-Hernández, G. (2006). Prevention research and Latino families: Resources for researchers and practitioners. *Family Relations*, 55(3), 403–414.

- McCabe, K. M. (2002). Factors that predict premature termination among Mexican-American children in outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 347–359.
- McCloskey, D. J., McDonald, M. A., Cook, J., Heurtin-Roberts, S., Updegrave, S., et al. (2011). Community engagement: Definitions and organizing concepts from the literature. In *Principles of community engagement* (2° edición). Bethesda, MD: National Institutes of Health
- McKenna, M. T., Michaud, C. M., Murray, C. J. L., y Marks, J. S. (2005). Assessing the burden of disease in the United States using disability adjusted life years. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 415–423.
- Melara, Y. (2011). Suicidio entre ancianos es preocupante. *La Opinión*. Obtenido el 3 de abril de 2012, en <http://roybal.usc.edu/publications/roybalpubs.html>
- Minkler M., y Wallerstein, N. (2008). *Community-based participatory research for health: Process to outcomes* (segunda edición). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., y Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2426–2432.
- Napolitano, M., y Goldberg, B. W. (1998). *Migrant health*. In S. Loue (Ed.), *Handbook of Immigrant Health*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- National Advisory Committee on Rural Health. (1992). *Fifth annual report to the secretary of health and human services*. Rockville, MD: Office of Rural Health Policy, Health Resources and Services Administration.
- National Advisory Committee on Rural Health. (1993). *Sixth annual report to the secretary of health and human services*. Rockville, MD: Office of Rural Health Policy, Health Resources and Services Administration.
- National Advisory Council on Migrant Health. (1995). *Losing ground: The condition of farmworkers in America*. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Primary Health Care, Migrant Health Branch.
- National Institute for Health Care Management (NIHCM) Foundation. (2009, Agosto). *Strategies to support the integration of mental health into pediatric primary care* (ponencia). Washington, DC: NIHCM Foundation. Obtenido el 5 de marzo de 2012, en <http://www.nihcm.org/pdf/PediatricMH-FINAL.pdf>
- National Institute of Mental Health. Prevention and Early Intervention. Obtenido el 15 de enero de 2012, en www.nimh.nih.gov/
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions (M. E. O'Connell, T. Boat, y K. E. Warner, Eds.). Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Padilla, A. M., Ruiz, R. A., y Alvarez, R. (1975). Community mental health services for Spanish-speaking/surnamed population. *American Psychologist*, 30, 892–905.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Peifer, K. L., Hu, T., y Vega, W. A. (2000). Help seeking by persons of Mexican origin with functional impairments. *Psychiatric Services*, 51(10), 1293–1298.
- Perna, L. W., Rowan-Kenyon, H. T., Thomas, S. L., Bell, A., Anderson, R, y Li, C. (2008). The role of college counseling in shaping college opportunity: Variations across high schools. *The Review of Higher Education*, 31(2), 131–159.
- Pew Hispanic Center. (2010). *Latinos by country and origin*. Obtenido el 5 de noviembre de 2011, en <http://www.pewhispanic.org/2011/05/26/us-hispanic-country-of-origin-counts-for-nation-top-30-metropolitan-areas/>
- Pew Hispanic Center and Kaiser Family Foundation. (Marzo, 2004). *Health care experiences—2002 national survey of Latinos survey brief*. Washington, DC: Kaiser Family Foundation and Pew Hispanic Center. Obtenido el 5 de febrero de 2012, en <http://www.kff.org/kaiserpolls/7055.cfm>
- Portes, A., y Rumbaut, R. G. (2001). *Legacies: The story of the second generation*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Robert Wood Johnson Foundation (2011). *Health care's blind side: The overlooked connection between social needs and good health*. Obtenido el 10 de enero de 2012, en <http://www.rwjf.org/vulnerablepopulations/product.jsp?id=73677>
- Rogler, L. H., Malgady, R. G., Constantino, G., y Blumenthal, R. (1987). What do culturally sensitive mental health services mean? The case of Hispanics. *American Psychologist*, 42(6), 565–570.

- Rost, K., Williams, C., Wherry, J., y Smith, G. R. (1995). The process and outcomes of care for major depression in rural family practice settings. *Journal of Rural Health*, 11, p. 114–121.
- Rutledge, M. A., y McLaughlin, C. G. (2008). Hispanics and health insurance coverage: The rising disparity. *Medical Care*, 46(10), 1086–1092.
- Santiago-Rivera, A. L., Arredondo, P., y Gallardo-Cooper, M. (2002). *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Scheffler, R., y Adams, N. (2005). Millionaires and mental health: Proposition 63 in California. *Health Affairs*, 25, 212–224.
- Schwarzbaum, E. S. (2004). Low-income Latinos and dropout: Strategies to prevent dropout. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 32, 296–306.
- Scott K., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1), 113–20.
- Shattell, M., Hamilton, D., Starr, S., Jenkins, C., y Hinderliter, N. A. (2008). Mental health service needs of a Latino population: A community based participatory research project. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 351–370.
- Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 246–259.
- Shetgiri, R., Kataoka, S. H., Ryan, G. W., Miller-Askew, L., Chung, P. J., y Schuster, M. A. (2009). Risk and resilience in Latinos: A community-based participatory research study. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), 217–224.
- Smedley, B., Stith, A., y Nelson, A. (Eds.). (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Steffl, M. E., y Prosperi, D. C. (1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*, 21(3), 167–178.
- Sue, S. (1977). Community mental health services to minority groups: Some optimism, some pessimism. *American Psychologist*, 32(8), 616–624.
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B., y Katon, W. (2006). Transforming mental healthcare at the interface with general medicine: Report of the President's New Freedom Commission on Mental Health. *Psychiatric Services*, 57, 37–47.
- Oficina de Censo de los EE. UU. (14 de agosto de 2008). *An older and more diverse nation by midcentury* [comunicado de prensa]. Obtenido el 15 de octubre de 2011, en <http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/population/cb08-123.html>
- Oficina de Censo de los EE. UU. (2010). *Projections of the population by sex, race, and Hispanic origin for the United States: 2010 to 2050*. Obtenido el 15 de octubre de 2011, en www.census.gov/population/www/projections/summarytables.html
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Obtenido el 5 de marzo de 2012, en <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2001) Report of a surgeon general's working meeting on the integration of mental health services and primary health care, del 30 de noviembre al 1 de diciembre de 2000. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Servicio de Salud Pública, Oficina del Cirujano General. Obtenido el 5 de marzo de 2012, en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44335/>
- Valencia, R. R. (Ed.). (1997). *The evolution of deficit thinking: Educational thought and practice*. Washington, DC: Falmer Press.
- Vega, W. A., y González, H. M. (2012). Latinos “aging in place”: Issues and potential solutions. In J. L. Angel et al. (Eds.). *Aging, health, and longevity in the Mexican-origin population* (págs. 193–206). DOI 10.1007/978-1-4614-1867-2_10, @ Springer Science + Business Media, LLC 2012
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Aldrete, E., Catalano, R., y Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 771–778
- Vega, W. A., Kolody, B., y Aguilar-Gaxiola, S. (2001). Help seeking for mental health problems among Mexican Americans. *Journal of Immigrant Health*, 3(3), 133–140.
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., y Catalano, R. (1999). Gaps in service utilization by Mexican Americans with mental health problems. *American Journal of Psychiatry*, 156, 928–236.
- Vega, W. A., Rodriguez, M. A., y Ang, A. (2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 182–191.
- Vega, W. A., Scutchfield, F. D., Karno, M., y Meinhardt, K. (1985). The mental health needs of Mexican-American agricultural workers. *American Journal of Preventative Medicine*, 1(3), págs.47–55.

W. K. Kellogg Foundation (2000). *Kellogg Health Scholars Program*. Obtenido el 10 de noviembre de 2011, en www.kellogghealthscholars.org/.

Wagenfeld, M. O., Murray, J. D., Mohatt, D. F., y DeBruyn, J. (Eds.). (1994). *Mental health and rural America: An overview and annotated bibliography 1978–1993*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Wallerstein, N., y Duran, B. (2006). Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*, 7(3), 312–323.

Wallerstein, N., y Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The Intersection of science and practice to Improve health equity. *American Journal of Public Health*. doi:10.2105/AJPH.2009.184036

Wallerstein, N., Oetzel, J., Duran, B., Tafoya, G., Belone, L., y Rae, R. (2008). What predicts outcomes in CBPR? En: M. Minkler, y N. Wallerstein (Eds.). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes* (segunda ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Wilkinson, R. G., y Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe. Obtenido el 15 de enero de 2012, en <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts>

Willerton, E., Dankoski, E. M. y Martir, S. F. J. (2008). Medical family therapy: A model for addressing mental health disparities among Latinos. *Families, Systems & Health*, 26(2), 196–206.

Woodward, A. M., Dwinell, A. D. y Arons, B. S. (1995). Barriers to mental health care for Hispanic Americans: A literature review and discussion. *Journal of Mental Health Administration*, 19, 224–236.

Woodward, A., & Kawachi, I. (2000). *Why reduce health inequalities?* *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 923–929.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (cuarta ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Yosso, J. T. (2005). *Whose culture has capital?* A critical race theory discussion of community cultural wealth. *Race Ethnicity and Education*, 8(1), 69–91.

Zayas, L. H., Evans, M. E., Mejia, L. y Rodriguez, O. (1997). *Cultural competency training for staff serving Hispanic families with a child in psychiatric crisis*. *Families in Society*, 78, 405–412.

APÉNDICE 1: IMPLICACIONES DE LAS POLÍTICAS, FORTALEZAS Y LIMITACIONES, Y RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Implicaciones de las políticas

Los resultados y las recomendaciones presentadas en este informe sugieren implicaciones para la práctica en relación con la Ley del Cuidado de Salud (ACA). En primer lugar, los resultados sugieren la necesidad de invertir en integración de servicios de salud mental y atención primaria y desarrollar al mismo tiempo capacidades y diversidad de los empleados en las comunidades latinas. En segundo lugar, si se aprovechan aún más las fortalezas comunitarias mediante colaboración entre las agencias públicas y privadas locales, se puede garantizar que todos los latinos tengan acceso a una atención de salud cultural y lingüísticamente apropiada. En tercer lugar, la evaluación y el registro de datos debe fortalecerse para evaluar mejor la reducción de las disparidades en salud mental y la efectividad de las prácticas efectivas determinadas por la comunidad para latinos de distintos orígenes. En cuarto lugar, se pueden utilizar la vinculación y la participación comunitarias y los medios sociales para promover la prevención y el bienestar. Por último, los recursos de las leyes MHSA y ACA deben destinarse a los usuarios y familias latinas desatendidos o inadecuadamente atendidos, en especial los individuos y familias tradicionalmente de bajos ingresos, incluidos los inmigrantes, que tienen conocimientos limitados de inglés y no tienen acceso a recursos adecuados. Estas implicaciones políticas ratifican los resultados de Gans y colegas (2012) que analizaron el potencial y las implicaciones de la Ley del Cuidado de Salud; y hacen un llamado a la acción para lanzar programas de educación y extensión cultural y lingüísticamente apropiados para facilitar la inscripción en la cobertura para todos aquéllos que tienen derecho a acceder a los programas de Intercambio de Beneficios de Salud de California, a fin de garantizar que se reduzcan lo más posible los costos de atención de salud para las familias trabajadoras de California.

Los estudios cuentan con pruebas documentadas de que a los grupos raciales y étnicos minoritarios de los EE. UU. les va mucho peor que a sus compañeros blancos ("whites") en una gran variedad de indicadores de salud (Smedley, Stith y Nelson, 2003). Mientras que la población nacional se diversifica cada vez más, la aprobación de la ley de reforma de la atención de salud (ver Ley del Cuidado de Salud y Protección del Paciente de 2010) adquiere cada vez mayor importancia para la promoción de la igualdad en el campo de la salud para las diversas poblaciones raciales, étnicas, de idioma, género y LGBTQ. Si bien la Ley del Cuidado de Salud insta a una mayor cobertura y exige los cambios del personal necesarios para satisfacer la demanda creciente de servicios de salud (Instituto de Medicina de las Academias Nacionales, 2010), debe trabajarse aún más para reconocer y tratar otras áreas necesarias para modificar la atención de salud y reducir las disparidades. Entre los cambios necesarios se incluye mayor: (1) cantidad de proyectos de disparidades en salud, (2) diversidad de la fuerza de trabajo, (3) competencia cultural entre los trabajadores de salud mental, (4) registro de datos, y (5) acceso a atención de mejor calidad.

Firedman y Adashi (2010) alegan que está pendiente hacer un planteamiento convincente para lograr el compromiso moral y legal de los EE. UU. para mejorar la calidad y el valor de la atención, y eliminar las disparidades en salud, y reducir al mismo tiempo el costo de la atención de salud. Investigaciones recientes demuestran que de no resolverse las disparidades en salud mental actuales, impondrán una carga significativa a los individuos y sus comunidades (Ángeles y Somers, 2007). Por ejemplo, LaVeist, Gaskin y Richard (2009) indican que entre 2003 y 2006, el costo de las disparidades raciales y étnicas en salud en costos médicos directos y baja productividad en los EE. UU. superó los \$1.24 billones. Los investigadores plantean que las disparidades en salud afectan a todos, y que la reducción de las disparidades beneficiará a todas las poblaciones, y no solo a aquéllas con la peor salud (Woodward y Kawachi, 2000). A medida que cada vez más latinos tienen acceso a la salud mental en virtud de la Ley del Cuidado de Salud, podemos esperar mayores demandas a la fuerza de trabajo de salud mental actual y el sistema de salud mental (Robert Wood Johnson, 2011).

Fortalezas y limitaciones

Este informe tiene algunas fortalezas importantes y limitaciones claras. Entre las fortalezas podemos mencionar el riguroso método de teoría fundamentada utilizado para recabar datos de distintas fuentes (usuarios, familiares, proveedores de salud mental, jóvenes, alumnos y miembros de grupos LGBTQ). Se contactó a los participantes y se les pidió que revisaran los resultados preliminares y los comentaran. En términos generales, hubo una respuesta positiva de los participantes. Un participante manifestó: "estos resúmenes reflejan las ideas generales que se discutieron durante los foros".

Por último, para evaluar la facilidad de lectura de las secciones principales del informe borrador (p. ej., análisis bibliográfico, métodos, resultados y recomendaciones) por parte de la población latina en general, el equipo de investigación del CRHD reunió a una pequeña muestra conformada por 10 latinos (siete mujeres y tres hombres) de una comunidad de bajos ingresos en el sudeste del Condado de Los Ángeles para analizar el texto borrador. Los 10 participantes que se ofrecieron a participar tenían entre 19 y 47 años de edad. Los tres tipos prevalentes de ocupación en el grupo eran ocupaciones relacionadas con servicios, trabajadores y jefes de hogar. Cuatro participantes se identificaron a sí mismos como usuarios de salud mental, y los seis restantes se identificaron como miembros de la familia y defensores. Dos participantes habían terminado la escuela primaria, siete tenían educación secundaria y uno tenía un título de un colegio comunitario.

Todos los participantes hablaban español como lengua materna, y la mayoría hablaba tanto el inglés como el español en su hogar y en la comunidad.

Una vez que los participantes terminaron de leer el texto del informe, se les pidió que escribieran en 15 minutos su interpretación del texto en sus propias palabras en una hoja de papel. Ocho de los diez (el 80%) participantes lograron redactar y articular oralmente su interpretación citando ejemplos del informe sin esfuerzos. Por ejemplo, uno de los participantes manifestó: “Me gustó toda la información que se incluye... Aprendí mucho, en especial, que la comunidad [latina] no busca ayuda por lo que puede llegar a decir la familia”. Otro dijo: “No es que sea de difícil lectura, [sino que] los latinos en general no conocen los problemas mentales que los afectan... Este informe les dará buena información para aprender acerca de esos problemas”. Por otra parte, un participante dijo: “La dificultad es que no estamos familiarizados con los estudios que se citan en el informe”. Aunque la mayoría de los participantes consideró que el informe era demasiado largo, el consenso acerca de la facilidad de lectura del informe fue favorable. Asimismo, el grupo señaló que sería más fácil leer una versión del informe en español.

Los aportes importantes del informe a la bibliografía de evidencia definida por la comunidad superan sus limitaciones. Como el estudio es cualitativo y utilizó una pequeña muestra, no se puede generalizar mediante la extensión a otras poblaciones. Específicamente, el recurrir a voluntarios y el reclutamiento de participantes a través del muestreo de bola de nieve o método de boca a boca pueden haber limitado la variabilidad de los participantes. Esta limitación también señala la posibilidad de que las poblaciones indígenas (p. ej., mixtecos y zapotecos) y los latinos birraciales o multirraciales que también sufren de problemas de salud mental quizá no se hayan enterado o no hayan sido voluntarios para participar en el estudio. No obstante, la muestra fue adecuada para los métodos de “teoría fundamentada” (Patton, 2002), y nuestra intención fue captar cortes transversales de subgrupos latinos de todo el estado y presentar información suficiente para que los lectores puedan decidir si las conclusiones y recomendaciones del informe son

relevantes para la comunidad.

Recomendaciones para investigaciones futuras

Es necesario continuar investigando los servicios de salud mental y los latinos en distintas áreas, a fin de determinar si los resultados se replicarán en distintos subgrupos de la población latina. Esto es particularmente cierto para los latinos que se comunican en un idioma distinto del español o el inglés (es decir, dialectos indígenas, p. ej. náhuatl, mixteco, zapoteco y triqui) y quienes se identifican como bi o multirraciales. Además, si se recaban datos para comparar a los inmigrantes latinos con segunda, tercera y cuarta generación se generarían resultados más integrales. Futuras investigaciones utilizando un método etnográfico podrían dar más información sobre estas inquietudes y fortalecer los resultados. Contar con más tiempo y mayores recursos financieros habría ayudado a realizar una investigación más profunda y mejorar el entendimiento de los distintos segmentos de la población latina. Una de las recomendaciones futuras que impulsará estos trabajos adicionales es la formación de un grupo de defensores para diseñar un plan de acción mediante el cual se describan y prioricen estrategias para identificar los principales trabajadores y trabajar con ellos, incluido el Caucus Latino. Este grupo de defensores podría entablar un diálogo acerca de la distribución de los fondos disponibles de la ley MHSA y ayudar a definir la distribución a fin de lograr acceso igualitario a cobertura accesible, atención y calidad de vida para todos los latinos de California.

APÉNDICE 2: MIEMBROS DEL CONCILIO LATINO PARA LA SALUD MENTAL

| Nombre | Cargo | Afiliación |
|--|------------------------------|--|
| Sergio Aguilar-Gaxiola, MD, PhD | Director | Centro para Reducir Disparidades en Salud, Universidad de California, Davis |
| Leticia Alejandre | Directora Ejecutiva | Asociación de Recursos para las Familias de California |
| William Arroyo, MD | Director Médico | Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles |
| Monica Blanco-Etheridge | Directora Ejecutiva | Coalición Latina para una California Saludable |
| Denise Chavira, PhD | Profesora Adjunta | Universidad de California, San Diego, y Universidad Estatal de California, San Marcos |
| Sonia Contreras | Directora Ejecutiva | Eastlake Consulting y Asesora del Secretario de Salud de México |
| Jorge Fernández | Coordinador de Programa | Centro de Servicios Humanos |
| Benjamin Flores | Director Ejecutivo (CEO) | Ampla Health (ex Del Norte Clinics, Inc.) |
| Katherine Flores, MD | Director | Universidad de California, San Francisco, Fresno, y UCSF Fresno—Centro latino para la Educación e Investigación Médica |
| Rogelio Flores, LLD, JD | Juez de Tribunal Superior | Tribunal Superior de Santa Bárbara |
| Juan García, PhD, LMFT | Profesor y Director Asociado | Centro de Asesoramiento Familiar de Fresno, Universidad del Estado de California, Fresno |
| Luis García, PsyD | Vicepresidente | Desarrollo de Programa Latino, Pacific Clinics |
| Piedad García, EdD | Subdirector Adjunto | Condado de San Diego, Servicios de Salud Mental |
| Al Hernandez-Santana, JD * | Ex Director Ejecutivo | Coalición Latina para una California Saludable |
| Ruben Imperial | Gerente de Programa | Stanislaus County Behavioral Health & Recovery Services MHSA |
| Manuel Jimenez | Director de Salud Mental | Condado de Merced |
| María Lemus | Directora Ejecutiva | Programa Visión y Compromiso Promotoras |
| Gustavo Loera, EdD | Director | Desarrollo e Investigación Educativa, Mental Health America de Los Ángeles |
| Irma Martinez * | Directora de Programa | Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles |
| Miriam Martinez, PhD * | Jefa de Iniciativas Clínicas | Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, St. Luke's y Roosevelt Hospital Center, Nueva York, NY |

APÉNDICE 2: MIEMBROS DEL CONCILIO LATINO PARA LA SALUD MENTAL (CONTINUACIÓN)

| Nombre | Cargo | Afiliación |
|--------------------------|-------------------------------|--|
| Lina Méndez, PhD | Gerente de Proyecto | Centro para Reducir Disparidades en Salud, Universidad de California, Davis |
| Lali Moheno | Presidente | Lali Moheno & Associates |
| Roger Palomino | Ex Director Ejecutivo | Comisión de Oportunidades Económicas, Condado de Fresno |
| Senobia Pichardo | Defensor de familia | Representante de Migraciones |
| Ambrose Rodriguez * | CEO y Fundador | <i>Latino Behavioral Health Institute</i> ; Instituto Latino de Salud Mental |
| Refugio “Cuco” Rodriguez | Gerente de Programa | Departamento de Salud Mental del Condado de Santa Bárbara |
| Marbella Sala | Gerente de Operaciones | Centro para Reducir Disparidades en Salud, Universidad de California, Davis |
| Jesus Sánchez | Coordinador de Reclutamiento | Programa LabAspire, Centro de Salud Transnacional [<i>Center for Transnational Health</i>], Universidad de California, Davis |
| William Vega, PhD | Profesor y Director Ejecutivo | Instituto sobre el Envejecimiento Edward R. Roybal [<i>Edward R. Roybal Institute on Aging</i>], Universidad del Sur de California |
| Henry Villanueva, EdD | Gerente de Control de Calidad | Departamento de Salud Mental del Condado de Ventura [<i>Ventura County Behavioral Health Department</i>] |
| Richard Zaldivar | Presidente y Fundador | Proyecto The Wall-Las Memorias |

* Exmiembros

APÉNDICE 3: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES DE LOS FOROS Y GRUPOS FOCALES

| Características demográficas de los participantes de los foros y los grupos focales | n | % |
|---|------------|---------------|
| Género | | |
| Femenino | 72 | 26.3% |
| Masculino | 188 | 68.6% |
| Orientación sexual (el % total se totalizó como parte de género) | | |
| Gay | 5 | 1.8% |
| Lesbiana | 6 | 2.2% |
| Bisexual | 2 | 0.7% |
| Se negó a responder | 1 | 0.4% |
| TOTAL | 274 | 100.0% |
| País de nacimiento | | |
| Estados Unidos | 163 | 63.7% |
| México | 68 | 26.6% |
| El Salvador | 7 | 2.7% |
| Guatemala | 2 | 0.8% |
| Chile | 3 | 1.2% |
| Colombia | 3 | 1.2% |
| República Dominicana | 2 | 0.8% |
| Honduras | 2 | 0.8% |
| Se negó a responder | 6 | 2.2% |
| TOTAL | 256 | 100.0% |
| País de identificación | | |
| Estados Unidos | 108 | 36.2% |
| México | 157 | 52.7% |
| El Salvador | 15 | 5.0% |
| Guatemala | 4 | 1.3% |
| Chile | 4 | 1.3% |
| Colombia | 2 | 0.8% |
| República Dominicana | 1 | 0.3% |
| Honduras | 2 | 0.8% |
| Costa Rica | 1 | 0.3% |
| Nicaragua | 1 | 0.3% |
| Se negó a responder | 3 | 1.0% |
| TOTAL | 298 | 100.0% |

Nota: No se permitió a los participantes seleccionar más de una respuesta; no todos los participantes completaron la encuesta.

APÉNDICE 3: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES DE LOS FOROS Y GRUPOS FOCALES (CONTINUACIÓN)

| Antecedentes académicos, del sector y regionales | n | % |
|--|------------|---------------|
| Nivel de instrucción | | |
| Escuela primaria | 3 | 1.1% |
| Graduado de preparatoria o receptor de una equivalencia GED | 92 | 34.9% |
| Título universitario de dos años (<i>Associate's degree</i>) | 40 | 15.2% |
| Título universitario de cuatro años (<i>Bachelor's degree</i>) | 50 | 18.9% |
| Maestría | 57 | 21.6% |
| Título profesional | 6 | 2.3% |
| Doctorado | 15 | 5.7% |
| Se negó a responder | 1 | 0.3% |
| TOTAL | 264 | 100.0% |
| Sector | | |
| Grupo de promoción | 50 | 11.4% |
| Académico o escolar | 30 | 6.8% |
| Religioso | 15 | 3.4% |
| Agrícola | 8 | 1.8% |
| Organización comunitaria | 46 | 10.4% |
| Usuario de salud mental | 26 | 5.9% |
| Familiar | 33 | 7.5% |
| Promotores | 28 | 6.4% |
| Joven | 49 | 11.1% |
| Estudiante universitario | 54 | 12.2% |
| Médico | 25 | 5.7% |
| Proveedor | 35 | 7.9% |
| Comunidad discapacitada | 7 | 1.6% |
| Empleado del condado o estado | 35 | 7.9% |
| TOTAL | 441 | 100.0% |
| Regional | | |
| Área de la Bahía | 62 | 27.0% |
| Sur | 125 | 54.3% |
| Centro | 36 | 15.7% |
| Superior | 7 | 3.0% |
| TOTAL | 230 | 100.0% |

Nota: No se permitió a los participantes seleccionar más de una respuesta; no todos los participantes completaron la encuesta.

APÉNDICE 4: GUÍA DE PREGUNTAS PARA LOS GRUPOS FOCALES DE ESTUDIANTES

Bienvenida y descripción general:

Queremos agradecerles por participar en nuestro grupo focal sobre la reducción de disparidades. Me llamo _____, y estaré a cargo de moderar este grupo focal. Esta sesión será grabada para que podamos capturar datos más precisos, les rogamos que hablen uno a la vez. ¿Todos están de acuerdo?

Algo importante para mencionar: su participación hoy aquí es totalmente voluntaria; pueden retirarse en cualquier momento y por cualquier motivo. Sus respuestas serán totalmente confidenciales. Sus respuestas no afectarán su condición de estudiantes en esta universidad. Además, cada uno de ustedes recibirá un certificado de obsequio por \$10 de Starbucks por su participación.

Sus opiniones son muy importantes para nosotros. Queremos que se sientan libres de contarnos exactamente lo que sienten y esperamos que sus ideas generen un debate entre todos nosotros.

El objetivo del grupo focal es averiguar qué piensan acerca de la atención de salud mental y el modo en que el ámbito académico puede atender mejor a los estudiantes universitarios latinos. En particular, queremos entender cuáles son los obstáculos que enfrentan los latinos al buscar servicios de salud mental, lo que ustedes saben, y cómo piensan superarlos.

Antes de comenzar, ¿alguien tiene alguna pregunta?

-----Comienza la grabación-----

3. ¿Cómo es ser parte de un grupo étnico de esta universidad?

Comenzaremos con esta pregunta, porque suponemos que los participantes estarán más cómodos y serán más informales al hablar de su etnicidad, favoreciendo así la discusión acerca de la salud mental. Con esta pregunta, intentamos obtener las percepciones de los participantes acerca de la concientización cultural, la discriminación, el estigma y otras consideraciones asociadas a la etnicidad en el campus de su escuela o universidad. Puede resultar particularmente efectivo intentar identificar diferencias entre la experiencia del participante en el campus de la escuela o universidad en contraste con el entorno del hogar o la comunidad. Esta pregunta nos puede ayudar a analizar las diferencias en esos contextos.

1a. Como latinos en este campus, ¿qué significa para ustedes la salud mental?

Aquí, estamos intentando profundizar aún más el significado de la salud mental en relación con la identidad étnica del participante. Esto comprende cuestiones tales como la correlación entre el concepto de salud mental y su percepción de sí mismo. También queremos conocer la opinión de los participantes acerca de los servicios de salud mental. ¿Por qué el participante se siente dispuesto o renuente a buscar servicios de salud mental?

1. ¿Considera que los hombres y las mujeres latinos de esta escuela o universidad tienen distintos problemas que afectan su educación? Si es así, ¿a qué se debe?

Con esta pregunta queremos aprender acerca de las diferencias de género, y si los participantes perciben diferencias en las cuestiones que afectan su salud mental y su educación. Nos interesan las cuestiones sociales y económicas, las responsabilidades familiares y tradicionales, la condición migratoria, los obstáculos idiomáticos y otros factores que pueden afectar la salud mental y la escolaridad de los participantes.

2. ¿Conoce alguna estrategia que mejoraría la participación de los latinos en los tratamientos de salud mental en un campus escolar o universitario? ¿Cuáles son?

Esta pregunta tiene dos objetivos: (1) evaluar el conocimiento de los encuestados de los programas y servicios de programas de salud mental orientados a latinos en el campus, y (2) evaluar sus opiniones acerca de cómo invitar y vincular a más alumnos latinos para buscar y promover el acceso a la atención de salud. Estos conocimientos nos ofrecen una aproximación a las ideas de los alumnos acerca de las características esenciales de los programas de servicios exitosos.

3a. ¿Se les ocurre alguna forma de reducir los obstáculos individuales y comunitarios a la atención de salud mental para latinos?

Esta pregunta exploratoria tiene por objeto aislar los obstáculos comunitarios que evitan el acceso a la atención de salud y que se centran en soluciones que reducen los obstáculos, e incrementar el apoyo y la vinculación de la familia y la comunidad.

APÉNDICE 4: GUÍA DE PREGUNTAS PARA LOS GRUPOS FOCALES DE ESTUDIANTES (CONTINUACIÓN)

4. **Existen estudios que mencionan que los latinos se muestran reuentes a acceder a los programas y servicios de salud mental disponibles en las escuelas y universidades. ¿Qué estrategias podrían mejorar el acceso a estos programas y servicios?**

Esta pregunta tiene por objeto descubrir cuánto saben los participantes acerca de los programas y servicios disponibles en los campus de sus escuelas o universidades y qué tan accesibles son estos programas. También queremos saber qué ideas tienen los participantes para mejorar el acceso de los latinos a los servicios que ofrecen estos programas.

5. **¿Podría hacer dos o tres recomendaciones para mejorar la participación de los alumnos latinos en los programas y servicios de salud mental de las escuelas o universidades?**

Esto cuestiona sobre las ideas percibidas acerca de los componentes específicos con los que deberían contar los nuevos programas a fin de mejorar la participación de los latinos en el tratamiento. También queremos conocer sus ideas acerca de cómo mejorar los programas existentes para satisfacer mejor las necesidades de los estudiantes latinos. Nos interesan sus opiniones acerca de los ingredientes necesarios para el éxito de un programa escolar o universitario destinado a los latinos.

- 5a. **¿Qué recomendaciones se les ocurren para mejorar la permanencia en los servicios de salud mental y reducir las tasas de abandono?**

Esta pregunta solicita las percepciones de los participantes acerca de los “motivos serios e irremediables” que pueden llevar a los alumnos latinos a abandonar los servicios y la escuela. También queremos conocer sus ideas acerca de las formas de modificar y mejorar el programa de servicio de salud mental de las escuelas y universidades a fin de alentar a los alumnos a seguir participando y ayudar a reducir las tasas de abandono.

6. **Hemos hablado mucho acerca de la salud mental y lo que significa para ustedes en distintos contextos, y las formas de mejorar los servicios en el campus. Ahora les pediremos que resuman sus recomendaciones para la creación de nuevos programas de salud mental y para la mejora de los servicios existentes a fin de mejorar los resultados en el tratamiento de los latinos en entornos escolares o universitarios.**

A continuación se reformulan las preguntas 5 y 5a. Ahora que los participantes han tenido tiempo de pensar acerca de cómo mejorar los servicios de salud mental en los campus escolares o universitarios, queremos saber qué les gustaría modificar, ampliar o agregar en los programas para mejorar los resultados del tratamiento, más allá de la retención. Esta pregunta les da a los participantes un sentido de conclusión. Si tienen alguna otra cosa que desean manifestar, esta pregunta les da la oportunidad de hacerlo.

APÉNDICE 5: MANUAL PARA LAS MESAS DE TRABAJO

Reducción de los obstáculos comunitarios e individuales a la atención

- 0101 Opiniones y sensaciones acerca de los servicios de salud mental
- 0102 Cultura de tratamiento de acuerdo con las necesidades individuales y comunitarias
- 0103 Educación y formación para modificar las percepciones negativas
- 0104 Modificación de las percepciones sobre el tratamiento de negativas a positivas
- 0105 Relación de los usuarios con el programa o proveedor
- 0106 Creación de espacios seguros
- 0107 Normalizar el ser LGBTQ
- 0108 Educación y orientación para los LGBTQ que estén descubriendo su nueva forma de vida
- 0109 Construcción de la autoeficacia y autoimagen
- 0110 Educación y formación de los líderes comunitarios
- 0111 Educación sobre y normalización de enfermedades mentales

Mejora del acceso a los programas y servicios existentes

- 0201 Características de los proveedores
- 0202 Conocimiento de los proveedores y los medios sobre la comunidad, la cultura y el idioma
- 0203 Papel del proveedor o educador en la continuidad de la educación a través de nuevas capacitaciones
 - 0203A Mejora de la capacitación (cultural) para otros especialistas en salud mental y salud
- 0204 Financiamiento (método de distribución)
- 0205 Objetivo del programa para centrarse en el bienestar holístico
- 0206 Eficacia del programa para llegar a la comunidad
- 0207 Generación de un entorno acogedor y atractivo
 - 0207A Creatividad en la asistencia y prestación de los servicios
- 0208 Relación entre el programa o proveedor y las escuelas
- 0209 Programas de condonación de préstamos

Características de los programas de tratamiento (para aumentar la participación)

- 0301 Personal cultural y lingüísticamente competente, incluyendo maestros
 - 0301A Inmersiones latinas cultural y lingüísticamente competentes (p. ej., capacitaciones sobre herramientas y conocimientos clínicos)
- 0302 Servicios de salud mental adecuados por edad y género
- 0303 Llegada a la comunidad y poblaciones especiales
- 0304 Eficacia y accesibilidad de los programas
- 0305 Eficacia de los programas para colaborar con otras organizaciones de la comunidad
- 0306 Recursos y servicios de apoyo a los programas (p. ej., transporte y guarderías)
- 0307 Horario de atención de los programas (horarios de atención flexibles)
- 0308 Utilización de los medios para aumentar la toma de conciencia
- 0309 Diferencias culturales y generacionales
 - 0309A Diferencias de aculturación entre padres e hijos
- 0310 Modelos y mentores (p. ej., promotores)
 - 0310A Modelos a seguir positivos y generales (p. ej., educadores)
- 0311 Servicios bilingües y bioculturales (traducciones, interpretaciones, proveedores)
 - 0311A Fijación de una norma para clasificar al personal como bilingüe

Factores y efectos de la retención en los servicios (reducción de las tasas de deserción)

- 0401 Interacciones con los usuarios durante los servicios
- 0402 Interacciones con organizaciones basadas en la fe, incluyendo la interacción con los sacerdotes
- 0403 Tiempo que el proveedor dedica al usuario o paciente
 - 0403A Retroalimentación de los usuarios a los proveedores
- 0404 Integración de temas y servicios de salud mental con las escuelas
 - 0404A Coubicación de los servicios con las escuelas
- 0405 Integración con las redes sociales (p. ej., Facebook y Twitter)
- 0406 Eficacia del programa para brindar servicios integrales
- 0407 Educación y promoción

APÉNDICE 5: MANUAL PARA LAS MESAS DE TRABAJO (CONTINUACIÓN)

Modificación y mejora de servicios existentes (resultados exitosos de los tratamientos)

- 0501 Cambio de prácticas de evaluación y citas
 - 0501A Trabajadores con dominio de habilidades clínicas
- 0502 Ampliación de las especializaciones, planes y programas de estudio de las carreras de salud mental
 - 0502A Reclutamiento en escuelas preparatorias y universitarias
- 0503 Modificación de la estructura de costos de los servicios (p. ej., programas asequibles)
- 0504 Cambios en el método de servicios a una interacción entre compañeros o modelo a seguir (p. ej., promotores)
- 0505 Modificación de los servicios para incluir la participación y el apoyo de la familia
- 0506 Mejora de los servicios para atender las necesidades de los usuarios indocumentados y las familias con una situación heterogénea de documentados e indocumentados

Enfoques de evaluación e implementación

- 0601 Métodos apropiados para las necesidades de la comunidad
- 0602 Enfoques orientados al servicio con estructura de seguimiento
- 0603 Medidas integrales
- 0604 Rol del evaluador en la recolección de datos
- 0605 Rol del evaluador en el informe final y la diseminación
- 0606 Rol del usuario en la recolección de datos

Factores que afectan la utilización de la salud mental

- 0701 Temor (en general)
 - 0701A Temor a ser deportado
- 0702 Creencias culturales
- 0703 Discriminación y marginalización
- 0704 Falta de confianza
 - 0704A Garantizar que la gente confíe en la agencia que brinda los servicios y que no se les exija presentar un comprobante de su estatus migratorio legal para recibir servicios
- 0705 Falta de fondos o seguro
- 0706 Estigma, etiquetas y medios de comunicación
- 0707 Recursos inadecuados
- 0708 Fuerza de trabajo con capacidad inadecuada
- 0709 Condición de inmigrante legal y temas relacionados

Características y prácticas comunitarias prometedoras

- 0801 Características de programas comunitarios exitosos
- 0802 Prácticas prometedoras definidas por la comunidad (p. ej., el modelo de promotores)
 - 0802A Desarrollo de infraestructura (p. ej., integrando el modelo de promotores en la estructura)

Otros factores clave

- 0901 Promoción de valores culturales a través del personalismo (p. ej., contacto físico adecuado)
 - 0901A Promoción del respaldo al *familismo* mediante el cual los integrantes de toda la familia respaldan el tratamiento
- 0902 Apoyar y alentar los estudios superiores entre la población latina
- 0903 Promoción de la representación de latinos en todos los niveles gerenciales
- 0904 Modificación del sistema de entrega social para incluir un enlace con el paciente

APÉNDICE 6: ABREVIATURAS Y SIGLAS

| | | | |
|-----------------|---|--------------|--|
| ACA | <i>Affordable Care Act</i> ; Ley del Cuidado de Salud | NAMI | <i>National Alliance on Mental Illness</i> ; Alianza Nacional de Enfermedades Mentales |
| ATLAS.ti | <i>Archiv fuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache</i> (En alemán: Archivo de tecnología, mundo cotidiano y lenguaje cotidiano) | NIHCM | <i>National Institute for Health Care Management</i> ; Instituto Nacional para la Administración de la Atención de salud |
| CBPR | Investigación participativa con base en la comunidad | NLBHA | <i>National Latino Behavioral Health Association</i> ; Asociación Nacional Latina de Salud Mental |
| CDC | <i>Centers for Disease Control</i> ; Centros para el Control de Enfermedades | PEI | <i>Prevention and Early Intervention</i> ; Prevención e intervención temprana |
| CDEP | <i>Community-Defined Evidence Program or Practice</i> ; Programa o práctica empírico definido por la Comunidad | SES | <i>Socioeconomic Status</i> ; Situación socioeconómica |
| CDMH | Departamento de Salud Mental de California | SPW | <i>Strategic Planning Workgroup</i> ; Grupo de trabajo de planificación estratégica |
| CHIS | <i>California Health Interview Survey</i> ; Encuesta de Entrevistas de Salud de California | WET | <i>Workforce Education and Training</i> ; Educación y formación de los trabajadores |
| CMMC | <i>California Mental [Health Services Act] Multicultural Coalition</i> ; Coalición Multicultural [de la Ley de Servicios de Salud] Mental de California | | |
| CRDP | <i>California Reducing Disparities Project</i> ; Proyecto de California para Reducir Disparidades | | |
| CRHD | Centro para Reducir Disparidades en Salud | | |
| CSS | <i>Community Services and Supports</i> ; Servicios y apoyos de la comunidad | | |
| DSM-IV | <i>Diagnostic and Statistical Manual [of Mental Health]</i> ; Manual diagnóstico y estadístico de salud mental, cuarta edición | | |
| ESM | <i>Ethnic Services Manager</i> ; Director de servicios étnicos | | |
| FAIR | <i>Fair, Accurate, Inclusive, and Respectful [Education Act]</i> ; Ley de Educación Justa, Precisa, Inclusiva y Respetuosa | | |
| LBHI | <i>Latino Behavioral Health Institute</i> ; Instituto Latino de Salud Mental | | |
| LGBTQ | <i>Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning</i> ; Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Inquisitivos | | |
| MAPSS | <i>Mexican American Prevalence and Services Survey</i> ; Encuesta de servicios y prevalencia México-Americano | | |
| MAT | <i>Minimally Adequate Treatment</i> ; Tratamiento mínimamente adecuado | | |
| MHSA | <i>Mental Health Services Act</i> ; Ley de Servicios de Salud Mental | | |



UCDAVIS
HEALTH SYSTEM

**CENTRO PARA REDUCIR
DISPARIDADES EN SALUD**

Elaborado para:

Oficina de Servicios Multiculturales
del Departamento de Salud Mental de California
del Proyecto de California
para Reducir Disparidades #09-79055-003
creado por la Ley de Servicios de Salud Mental

Por la:

Universidad de California, Davis
Centro para Reducir Disparidades en Salud
www.ucdmc.ucdavis.edu/crhd

y el

Concilio Latino para la Salud Mental
www.latinomentalhealthconcilio.org

JUNIO DE 2012