

**PERSPECTIVAS DE ACCESO Y TRATAMIENTO PARA
LA SALUD MENTAL
EN LA COMUNIDAD LATINX DE LOS E.E.U.U.**

Honors Thesis

**Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Bachelor of Arts in Psychology and World Languages & Cultures
(Spanish Concentration)**

In the College of Arts and Sciences
at Salem State University

By

Ashley Hames

Dra. Michele C. Dávila Gonçalves
Faculty Advisor
Department of World Languages & Cultures

Commonwealth Honors Program
Salem State University
2022

Abstract

Addressing the mental health crisis in the United States for members of Latinx communities is a matter of sociocultural limitations. Through a qualitative essay written in Spanish, this study investigates the attitudes of Latinx people in the U.S. regarding mental health care and their identity through qualitative face-to-face interviews or via Zoom. I had a group of eight subjects who were between 20 and 35 years old, identified as Latinx while living in the U.S., and were students or employees of a Massachusetts public university. First, the subjects completed a written survey where behavior was evaluated on the search for treatment, knowledge of treatment and its value, stigma, discomfort with the emotions generated, access and cultural barriers. After subjects completed the survey, I used a script of questions to facilitate our discussion of reactions to the survey, personal and relevant anecdotes, and one's own experience when seeking treatment for mental health (example: "Have you gone to therapy?"). I performed a thematic analysis of the information recorded during interviews to look for the significance in regard to the area of psychology. In the second stage of analysis, I collected evidence from the interviews and written sources, and organized them into four themes with three sub-themes for each category. I investigate the four themes of access to resources, discrimination and intersectionality, relationships with family and society, and psychological observations, specifically regarding how public health and psychology workers can improve the effectiveness of mental health care for the Latinx community.

Table of Contents

I.	Introduction/ Introducción	p. 1
II.	Methods/Métodos	p. 3
III.	Development/Desarrollo	p. 5
IV.	Conclusion/Conclusión	p. 18
V.	Bibliography	p. 24
VI.	Appendixes	p. 26

1. Introducción

Abordar la crisis de la salud mental en los Estados Unidos para los miembros de comunidades Latinx es una cuestión de limitaciones socioculturales. Este estudio investiga las actitudes de la gente Latinx en los EE. UU. con respecto al cuidado de la salud mental y su identidad a través de entrevistas cualitativas hechas cara a cara o por Zoom. Tuve un grupo de ocho sujetos que tenían entre veinte a treinta y cinco años de la comunidad Latinx viviendo en los EE. UU y eran estudiantes o empleados de una universidad pública de Massachusetts. Primero, los sujetos cumplieron una encuesta escrita en donde se evaluó el comportamiento sobre la búsqueda, valor y conocimiento de tratamiento, el estigma, la incomodidad con las emociones generadas, el acceso y las barreras culturales. Para crear el cuestionario utilizado en las entrevistas, modifiqué y traduje al español la *Escala de barreras para buscar terapia de salud mental* (BHMSCS) compuesta por Shea, M. y sus compañeros del PsycTESTS Dataset. Después de completar la encuesta, utilicé un guion de preguntas para facilitar el proceso de discutir las reacciones a la encuesta, anécdotas personales y relevantes y su propia experiencia al buscar tratamiento para la salud mental (ejemplo: “¿Ha ido usted a terapia?”). Hice el análisis temático de la información grabada durante las entrevistas para buscar la significación para el área de psicología.

El estudio está dividido en las siguientes secciones: Introducción, métodos, desarrollo (resultados y discusión), y conclusión. Toma la forma de un ensayo cualitativo, investigando los cuatro temas de acceso a recursos, la discriminación e interseccionalidad, las relaciones con la familia y de la sociedad y las observaciones

psicológicas, específicamente con respecto a cómo los trabajadores de la salud pública y de la psicología pueden mejorar la eficacia de la atención de la salud mental para la comunidad Latinx. En la segunda etapa del análisis yo recopilé evidencia de las entrevistas y fuentes escritas, y las organicé en cuatro temas con tres subtemas para cada categoría.

Los adultos Latinx nacidos en EE. UU. tienen un mayor riesgo de sufrir de trastornos de ansiedad y depresión, pero reciben menos servicios de salud mental de calidad que los blancos no hispanos (González 2). Muchas veces los terapeutas no son personas representativas de la etnia y cultura de sus pacientes, y muchas personas de identidades marginadas encuentran que la atención no es sensible a sus valores culturales. A menudo, otra barrera que se identifica es por el idioma; la falta de alfabetización o de conocimiento de los problemas y recursos de salud mental está vinculada a un dominio limitado del inglés (Dixon De Silva 1). Esto y los factores socioculturales pueden crear un estigma contra la búsqueda de tratamiento de salud mental en los grupos marginados, lo cual ha sido evidenciado en el pasado: las mujeres de identidades marginadas tienen menos probabilidad de buscar atención, incluso cuando tienen una necesidad de tratamiento identificada (O'Loughlin 378).

El campo de la psicología en Estados Unidos no ha evaluado esto de una manera sensible y accesible desde el punto de vista cultural. Las encuestas, escalas e inventarios que se escriben y administran son principalmente en inglés e inherentemente anglocéntricas debido a los prejuicios internalizados y el privilegio de los investigadores. Por esta razón, la administración de herramientas de autoevaluación es en inglés (O'Loughlin 378). En la presente tesis he combinado investigaciones anteriores y la mía

propia para discutir algunas de las barreras de buscar atención para la salud mental en la comunidad Latinx. He hecho esto de una manera respetuosa por medio del uso de materiales y herramientas que he traducido al español con consejo de los miembros de las comunidades Latinx. He descubierto que la salud mental a menudo no se trata tan seriamente como la salud física, pero tiene un impacto desproporcionado en aquellos que históricamente tienen poco acceso a la atención médica. Sin embargo, la cuestión no es solo el acceso, mayormente por causa de niveles económicos, sino la voluntad de buscar tratamiento de salud mental en el contexto de los valores culturales Latinx y el estigma que existen en estas comunidades.

2. Métodos

Modifiqué la *Escala de barreras para buscar terapia de salud mental (BHMSCS)* compuesta por Shea, M., Wong, Y. J., Nguyen, K. K., & Gonzalez, P. D. del PsycTESTS Dataset para crear una escala evaluar las actitudes hacia la búsqueda del tratamiento y recursos de la salud mental. Traduje la BHMSCS modificada al español, originalmente escrita en inglés. También traduje todos los materiales del estudio al español y algunos de mis compañeros que son miembros de comunidades hispanohablantes los revisaron. Intenté asegurarme que los materiales eran sensible culturalmente y que el lenguaje usado transmitía el mismo mensaje que las versiones en inglés a los participantes. La BHMSCS modificada tiene una serie de afirmaciones de la escala BSMHC, incluyendo frases que evalúan la conducta de búsqueda de ayuda, el valor negativo percibido del tratamiento, el estigma del intragrupo, la incomodidad con las emociones, la falta de conocimiento, la falta de acceso y las barreras culturales. Los participantes expresaron si estaban de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones utilizando una escala de Likert (ejemplo: 0

= totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo), que sirve como autoevaluación de las categorías mencionadas. Durante la entrevista, seguí un guión para facilitar el proceso y pedí que, si sentía cómodo, elaborara su razonamiento o las anécdotas personales que contribuyeron a sus respuestas elegidas. Las preguntas que presenté a los participantes eran partes del guión. Hay una pregunta no incluida en el guión, pero que se me ocurrió algunas veces—“¿Ha ido usted a terapia?”—y la respuesta de cada persona era única.

Antes de compilar las respuestas de la encuesta, traduje todos los materiales del estudio al español. Obtuve la aprobación de la Junta de Revisión Institucional. Distribuí las encuestas en inglés y en español juntas en forma de una encuesta voluntaria para participar en una entrevista, compartida a través de los medios sociales, volantes en la comunidad local y en el campus. Tuve un grupo de 10 sujetos. Eran miembros de la comunidad Latinx que viven en los Estados Unidos que tienen 18 a 50 años.

No había límite de tiempo para las entrevistas, pero traté de no pasar de una hora. Explicué el propósito del estudio a los participantes antes de comenzar en español o inglés, según su preferencia. Los resultados del cuestionario y las entrevistas cualitativas son confidenciales, y solo guardé los datos demográficos de los participantes, sus respuestas al BSMHCS modificado y cualquier otra información que los participantes mencionaron durante las entrevistas cualitativas. Utilicé el método de análisis temático para analizar las respuestas orales de los participantes y temas que encontré entre las anécdotas personales y observaciones culturales que notaron ellos. Noté puntos específicos de las entrevistas que conectaron la información entre personas diferentes—un ejemplo es las frases comunes, como “trauma dumping,” “judge,” y “crazy” que

usaron para describir las actitudes de sus familias al hablar de la enfermedad mental o sentimientos negativos. Creé un mapa de los temas y frases en cuatro categorías: el acceso a recursos, la interseccionalidad y la discriminación, las relaciones de la familia y de la sociedad, y las observaciones psicológicas.

3. Desarrollo

Muchos de los participantes eran personas que tenían entre veinte a treinta y cinco años. Los resultados de la investigación fueron impactados por el ambiente en que estaba trabajando. La investigación ocurrió en un campus universitario. Por eso, los participantes eran estudiantes o empleados de una universidad pública de Massachusetts. Muchas veces, las entrevistas eran cara a cara, con la excepción de una hecha por Zoom. En la segunda etapa del análisis yo recopilé evidencia de las entrevistas y fuentes escritas, y las organicé en cuatro temas con tres subtemas para cada categoría. Utilice las experiencias de los participantes y las obras pasadas para definir temas y subtemas. A continuación, explicaré cada tema y subtema:

El primer tema, acceso a recursos, es definido como las experiencias que describieron los participantes y estudios anteriores con barreras para buscar atención de salud mental, o razones personales para evitar buscar atención de salud mental. Las barreras a acceso que he determinado son las finanzas, la educación y cambios de comportamiento que son necesarios para que la terapia sea exitosa.

El primer subtema es las finanzas, que impactan la tendencia de participantes y las personas en sus vidas de buscar la ayuda para los trastornos mentales. Las preocupaciones con respecto a la asequibilidad del tratamiento de atención de salud mental o la falta de comprensión de la cobertura de seguro pueden influir en la decisión

de una familia latina de los Estados Unidos de buscar tratamiento de atención de salud mental. Muchas veces, lo que encontré es que los servicios que ofrecen las universidades a sus estudiantes era la primera experiencia con terapia para los participantes. Un participante Mexicanoamericano me dijo que cuando estaba sufriendo de ansiedad y depresión las personas de su familia extendida le preguntaron que cómo podía estar triste cuando podía asistir a la universidad—“When I was getting treatment for my depression,” dijo en ingles, “my tios, tias, and other family members didn’t understand that it was a medical thing. They asked me, ‘how could you be sad when you have the opportunity to go to college?’”(Anónimo). El entendía que era cierto porque es un gran privilegio, pero que su familia no entendía que no era una cuestión de sentimientos, sino un problema médico.

Siete de ocho de mis participantes mencionaron que una falta de seguro médico fue un desafío para sus familias acceder al tratamiento mental. Las poblaciones Latinx tienen una de las más grandes proporciones de individuos que no tienen un plan de salud y hay informes consistentes que reportan que los Latinx tienen doble probabilidad de no tener seguro médico que las personas no Latinx (O’Loughlin 379).

La educación es un subtema importante porque la comprensión de por qué uno buscaría tratamiento de salud mental, cómo acceder al tratamiento y la naturaleza procesal del tratamiento de salud mental parece ser inconsistente entre los miembros de la familia y los amigos, lo que lleva a la confusión. La falta de educación sobre la medicación y los efectos contribuye al miedo y “horror stories” (cuentos de horror). El lenguaje inaccesible y complejo crea una situación frustrante para las personas que están navegando el tratamiento mental por primera vez. Un participante de Honduras,

refiriéndose a los procesos de navegar el seguro médico para acceder a los recursos, dijo que “I don’t have time to sit down and figure all that shit out” (Anónimo).

En una investigación de Michiyo Hirai y sus compañeros, se descubrió que más del 15% de los participantes expresaron acuerdo con las frases relacionadas con la falta de cura de las enfermedades mentales (Hirai 3). Un aspecto del conocimiento acerca de la salud mental es el reconocimiento de las enfermedades mentales, incluyendo los síntomas y el punto en el que se necesita buscar tratamiento. La falta de conocimiento y falta de herramientas de diagnóstico contribuyen a la falta de conectar a los pacientes con los servicios apropiados (O’Loughlin 378).

El final subtema del tema acceso a recursos es cambiar el comportamiento, que puede ser muy difícil, y en muchos casos, la participación consistente en el tratamiento para los trastornos mentales es necesaria para que tenga un impacto positivo. “A therapist allows us to dig deep and improve ourselves,” dijo un participante, “which is too much to ask of a friend or family member” (traducción: con un terapeuta se permite profundizar y mejorarse, y es demasiado pedir a un amigo o familiar) (Anónimo). Otro ejemplo de eso es la experiencia del padre de uno de los participantes que no sabe a quién puede hablar cuando está triste. Si alguien no habla a los miembros de su familia cuando está sufriendo de trastornos mentales, hablar a una terapeuta extraña podría ser casi imposible.

Usualmente hay dos partes del tratamiento a que necesita dedicarse el paciente: asistir a las citas con el/la proveedor/a y tomar la medicación si se le prescribe. La adherencia a las citas es algo que puede ser impactado por varias cosas, incluyendo acceso a la transportación y la coordinación con el horario de escuela, trabajo, cuidado de

niños, entre otras cosas. En una investigación de Lauren Borduin Quetsch indica que 60% de familias Latinx terminaron el tratamiento después de unas de las primeras sesiones (Quetsch 1). En el caso de medicación, es reportado que casi la mitad de los pacientes Latinx a quienes se les prescribe tratamientos no los continúan (Flores Reynoso 83).

El segundo tema, la discriminación e interseccionalidad, son definidas como las experiencias de una persona debido a la combinación única de sus identidades marginalizadas que se afecta sus experiencias tanto dentro del ambiente médico como fuera de él. Las incidencias de la discriminación e interseccionalidad son de tres categorías: desconexión cultural/comunicativa, experiencias vividas basadas en identidades que se cruzan y opresión sistémica.

El subtema de desconexión cultural/comunicativa puede contribuir a la falta de comunicación con los profesionales de la salud mental que no comparten la identidad del paciente y puede causar dudas al buscar atención de salud mental o una preferencia por aquellos proveedores que comparten identidades con el paciente. Los participantes de esta investigación expresan que estaban “explicándome constantemente” en situaciones médicas y sociales. En las situaciones médicas, un participante dijo que “I don’t want to be stuck with someone who doesn’t understand me, white or not” (traducción: no quería “quedarse atrapado con alguien que no me entiende, blanco o no”) (Anónimo). Una anécdota específica mencionada por un participante fue una situación social en que, cuando le explicó a un amigo blanco la superstición típica de que si una mariposa entra a su casa es un mal presagio, el amigo lo llamó de “silly and ridiculous” (traducción: tonto) (Anónimo).

Un aspecto importante de la cultura es el idioma. Las barreras de comunicación que existen son exageradas por una diferencia entre lenguas. Fue encontrado que muchas veces, individuos que tienen una proficiencia de inglés limitado también son limitados en sus conocimientos de salud mental (Dixon De Silva 1). Esto impacta negativamente la probabilidad de buscar tratamiento o identificar una necesidad de los servicios por las personas Latinx viviendo en los EE. UU. (Dixon De Silva 2). Independiente de si hablan inglés o no, muchas personas Latinx/Hispanas prefieren comunicarse en español (Hirai 1). Es importante mencionar el impacto de las diferencias culturales, como la anécdota en el párrafo previo; creencias sobre la salud mental que no son totalmente congruentes entre el punto de vista de la psicología occidental y las comunidades Latinx, y los proveedores de servicios necesitan ser mas sensitivos a estas diferencias.

Otro subtema es las experiencias vividas basadas en identidades diferentes que impactan a los participantes en algunas instancias. Un sentimiento específico que mencionó un participante fue una falta de comunicación con su terapeuta blanca que le invalidó sus sentimientos en el caso de la ansiedad financiera. Con la intersección de las otras identidades marginalizadas, como la comunidad LGBTQIA+, “older people are less accepting” (traducción: las personas mayores son menos aceptables), dijo un participante (Anónimo). La gente en posiciones de poder usualmente son personas mayores entonces sus actitudes negativas pueden impactar el acceso a recursos, tratamiento personal y otras partes de la vida.

Flores Reynoso escribió que algunas “características personales” pueden causar el rechazo social, incluyendo la identidad género, estatus socioeconómico, y estas cosas impactan el tratamiento recibido para enfermedades (83). El NESARC (National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) encontró que las personas mexicanoamericanas nacidas en el EE. UU. tienen tasas más altas de trastornos psiquiátricos que las personas nacidas en México (Prandoni 17). Las familias que sufren de la pobreza tienen una experiencia más difícil en buscar y continuar tratamiento. Esto crea un ciclo de discriminación y falta de apoyo en las vidas de las personas que sufren de enfermedad mental. En un estudio realizado con estudiantes de pregrado Latinx en una universidad estatal de Texas, 34% de respondientes expresaron poco a total acuerdo con artículos que describen las dificultades para los individuales que tienen la enfermedad mental (Hirai 3).

El final subtema de la discriminación e interseccionalidad es la opresión sistémica, tomando la forma de las leyes específicas con respecto a la ciudadanía, el seguro y el entorno laboral que pueden afectar negativamente la capacidad de las personas para buscar atención de salud mental. Algunos participantes de este estudio mencionaron que las faltas de comunicación dependían de la persona y tema, especialmente con respecto a las identidades diferentes. La discriminación de la lengua, estatus de inmigración y colorismo se empeora por las experiencias con otras identidades, como la de la comunidad LGBTQIA+. Un participante dijo: “No discutimos la LGBTQIA+ en nuestra casa.” —hay otros problemas que le causa la identidad Latinx en el EE. UU., ¿por qué se necesita otro problema? (Anónimo).

En el tratamiento para las enfermedades mentales, los pacientes Latinx se identifican y se remiten para asesoramiento o medicación psicotrópica a tasas más bajas que los blancos no Latinx (O’Loughlin 378). Cuando se evalúan para los trastornos mentales, las situaciones son diferentes para las personas Latinx y las personas blancas en

los EE.UU.: “behavioral health concerns for Latinx patients are identified and referred for counseling or psychotropic medication at lower rates than non-Latinx Whites”

(O’Loughlin 378). Los grupos marginalizados tienen la desventaja de las percepciones negativas de tratamiento, incluyendo por preocupación por la discriminación y desconfianza en los proveedores. Otra preocupación para muchas personas Latinx es el riesgo de deportación para las personas inmigrantes que buscan tratamiento, especialmente los provistos por agencias estatales o gubernamentales. Según Cecilia Acuña y Mónica Bollis, la estigmatización asociada a los problemas de salud mental “es en general poco estudiado desde la perspectiva de los sistemas de salud” (1).

El tercer tema, las relaciones de la familia y de la sociedad, es definido como las comunicaciones con la gente en la vida de una persona que pueden impactar sus actitudes a buscar el tratamiento para la salud mental. Otras barreras a acceso que discutimos en las entrevistas eran parte de las experiencias en este tema, incluyendo valores colectivistas y de la religión, juicio/estatus social/estigma, vergüenza y vulnerabilidad como carga.

El subtema de valores colectivistas y de la religión se refiere a la fuente poderosa y consistente de comunidad y apoyo o lo mismo que la fe y la iglesia pueden traer en el contexto de la salud mental. Un participante mencionó el “poder de oración” y “confianza en Dios” que prometieron los miembros de su familia en vez de buscar ayuda cuando enfrentó dificultades en la vida. Un tema que noté en las familias de participantes fue la cuestión de “¿Quién necesita terapeuta cuando tiene la comunidad de la iglesia?” Otros conceptos que aparecieron durante las entrevistas fue el familismo, respeto, personalismo, simpatía y optimismo inmigrante que explicaré a continuación.

El *familismo* se define como el apoyo familiar percibido y la dependencia de fuentes informales de apoyo. En lugar de buscar el tratamiento para trastornos mentales, se prioriza apoyar a la familia y mantener los problemas mentales dentro de la familia (Quetsch 2). Este concepto es relacionado con la preferencia de los servicios informales y religiosos sobre los servicios médicos, los cuales pueden interrumpir la armonía familiar (Dixon De Silva 2). El *respeto* es el valor cultural de respetar a los cuidadores/ancianos (Quetsch 2). Esto incluiría el punto de vista de que buscar ayuda externa es un insulto a la capacidad de sus padres criar un niño. El *personalismo* es lealtad y relaciones recíprocas. La *simpatía* es el principio de mantener la armonía interpersonal. El *optimismo inmigrante* es la perspectiva que tienen los inmigrantes Latinx, especialmente los que han sufrido del peligro diario, la pobreza, o recursos limitados, y consideran los estresores hoy en día como algo pequeño en comparación a esas experiencias (Prandoni 20). Esas experiencias pueden hacer que sea menos probable que busquen apoyo de salud mental ya que perciben que su situación actual es mejor que su pasado (Prandoni 20).

El subtema de juicio/estatus social/estigma, en términos de atención de salud mental y conciencia de la enfermedad, es algo que los participantes expresaron diferentes niveles de comprensión, así como el juicio que uno puede enfrentar al buscar asistencia de atención de salud mental. Incluye juicios sobre el estilo de vida, incluido el peso y la apariencia, y los niveles diferentes de educación sobre el tratamiento para los trastornos mentales, resultando en una idea común expresada por participantes que solamente las personas “locas” necesitan terapia. Esto me parece prevalente en las interacciones entre

miembros de la familia y las comunidades Latinx; un participante dijo que en su familia “discuten los problemas de otras personas más que los suyos” (Anónimo).

El origen del término “estigma” es algo inusual, malo, acerca del estatus moral, como un esclavo, criminal o traidor; una persona marcada, contaminada, “que debía ser evitada, especialmente en lugares públicos” (Flores Reynoso 82). En una investigación de Chavira, los padres Latinx identificaron el estigma como barrera para acceder los servicios para sus niños más frecuentemente que los padres blancos no-Latinx. Los miembros de las familias de las personas buscando el tratamiento mental experimentan el estigma de asociación (Dixon De Silva 2). Las intervenciones específicas pueden ser más estigmatizado, como la farmacoterapia. Síntomas visibles pueden interferir en las relaciones interpersonales, y marcas de carácter individual (adicción, alcoholismo, homosexualidad, desempleo e intento suicida). Los efectos secundarios asociados con la medicación puede impactar la percepción de alguien por su comunidad y un paciente suele avergonzarse de tomar remedios (Flores Reynoso 83). En adición a las diferencias visibles, hay una creencia que la ansiedad y la depresión no son problemas “reales” y estas contribuyen al prejuicio sobre las personas que sufren de la enfermedad mental. Es algo como un chiste, que solamente las personas “perezosas” y “locas” necesitan la terapia y otras pueden superarlo (Dixon De Silva 4 y Prandoni 19).

El último subtema de las relaciones de la familia y de la sociedad, se llama vergüenza y vulnerabilidad como carga, y es una actitud común que disuade a las personas de buscar atención de salud mental o decirles a otros cuando están luchando con un problema, especialmente por preocupación por el bienestar de los demás. Los participantes de esta investigación expresaron una sensación de vergüenza en torno a

compartir y recibir muchos mensajes de alentándolos a no hacer—unos ejemplos de sentimientos específicos son expresar acuerdo con el artículo “23. Sería incomodo discutir mis sentimientos durante la terapia de salud mental” (Shea, Munyi et al. 33). Muchas personas se preocupan con el concepto de “trauma dumping”—es un término coloquial por los incidentes en que alguien comparte información angustiante con otro que no puede manejarlo en adición a los otros estresores de su vida: "You never know what someone is going through” (traducción: nunca se sabe por lo que están pasando los demás), dijo una persona en particular, incluidos los miembros de la familia en que muchos se confían (Anónimo).

Algunos padres describieron a Louise A. Dixon De Silva y sus compañeros que muchas personas en las comunidades Latinx perciben los trastornos mentales como una indicación de debilidad o fracaso de crianza, lo que es parcialmente un resultado de las explicaciones etiológicas de la enfermedad mental, como una falta de disciplina o castigo de dios por ser mala persona (6). Es posible que los padres ven buscar la ayuda de una profesional como admisión que han fallado de alguna manera en apoyar a sus hijos. La vergüenza de causar este sentimiento en la familia es una fuerte disuasión para alguien que tiene valores colectivistas, porque no quiere que su familia o la comunidad que lo apoya sufra (Prandoni 19). En una investigación de Hirai y sus compañeros encontraron que los factores de peligro, disfunción social, incurabilidad, y vergüenza eran apoyados en una encuesta de estudiantes universitarios Latinx. Para elaborar, el 15% de los participantes expresaron ligero acuerdo con los artículos sobre la peligrosidad de las personas que sufren de la enfermedad mental y seis a 34% expresaron acuerdo con los artículos sobre el estigma asociado con la enfermedad mental (Hirai 3-4).

El cuarto tema, las observaciones psicológicas, es definido como las tendencias identificadas de síntomas, enfermedades, etc., dentro de los miembros de la familia y la comunidad observadas por los participantes y las fuentes escritas. En adición de las experiencias en buscar tratamiento para la salud mental, también necesitamos considerar las razones para buscar el tratamiento en el primer caso. Las observaciones psicológicas se componen de las expectativas del tratamiento psicológico, las experiencias en tratamiento y la manifestación de síntomas de angustia emocional/enfermedad mental.

El subtema de las expectativas del tratamiento psicológico es caracterizado por las expectativas ser incongruentes con las experiencias en la realidad; cuando el tratamiento de salud mental no produce un cambio rápido y visible, hay una tendencia de los participantes a suspender el tratamiento. Un participante dijo que "la atención plena y la meditación no crean un cambio inmediato y notable," y por eso los pacientes piensan que la terapia no es útil. Un terapeuta no es mejor que un amigo o miembro de familia si no les da a sus clientes —que están pagando—maneras en que pueden manejar sus síntomas que afectan su calidad de vida.

Algunos padres Latinx han expresado su deseo de tener talleres o grupos de apoyo en los que puedan aprender sobre estrategias de crianza y manejo de la ansiedad y la depresión de sus hijos, a través de presentaciones, datos e investigaciones (Dixon De Silva 5). Los hallazgos sugieren que los valores culturales y las creencias de las comunidades Latinx sobre la salud mental no son completamente incompatibles con la salud mental occidental y potencialmente pueden utilizarse para facilitar el tratamiento (Prandoni 20). La psicología occidental ve los trastornos mentales como algo causado por factores ambientales y biológicos, mientras que las comunidades Latinx muchas

veces ven los trastornos mentales como causados por factores ambientales exclusivamente, temporales, y algo para ser conquistado con la ayuda del esfuerzo y ayuda de dios o las personas en su vida (Prandoni 18). La meta del tratamiento para la enfermedad mental, occidental o no, sirve el propósito de manejar los síntomas y dar a una persona lo que necesita para vivir una vida no impactada severamente por los trastornos mentales. El progreso en la terapia no es lineal, y este es un gran desafío para todas las personas que buscan una solución concreta y rápido; las comunidades Latinx también luchan con otros factores que afectan negativamente sus experiencias y pueden desanimarlas más.

Las experiencias en tratamiento se ven afectadas por una falta de educación sobre cómo funciona el tratamiento y conduce a malentendidos tanto dentro como fuera del tratamiento que los participantes y estudios previos han observado. Un participante describió una experiencia en que su terapeuta blanco minimizó su ansiedad sobre las finanzas. Las experiencias varían mucho entre personas diferentes, y es natural tener miedo de lo desconocido.

Dixon De Silva descubrió que después de seis sesiones, un padre expresó su frustración con el hecho de que su hija pasó las sesiones "sentada y hablando sobre sus sentimientos" ya que su hija todavía exhibía signos externos de ansiedad (5). La eficacia percibida de la terapia es afectada por varios elementos y barreras, y es muy común estar desanimado después de oír las historias de otra gente o tener algunas citas sin progreso visible. El modelo teórico de barreras al tratamiento, desarrollado por Kazdin, Crowley y Breton en 1997, afirma que las familias experimentan una serie de barreras (por ejemplo, obstáculos prácticos, percepciones del tratamiento) que pueden desempeñar un papel en

su capacidad de ser adherentes (por ejemplo, completar la tarea, asistir a sesiones) con terapia a lo largo del tiempo o completar tareas de trabajo en casa (Quetsch 2).

El subtema final, la manifestación de síntomas de angustia emocional/enfermedad mental tiende a ser más común en la población Latinx de los Estados Unidos, junto con enfermedades mentales específicas, heredabilidad de los síntomas y experiencias adversas en la infancia (ACE). Algunos participantes mencionaron los efectos secundarios del estrés laboral—especialmente en el caso de padres inmigrantes, quienes necesitan trabajar en áreas de servicio, peligrosas, o más horas que una persona nacida en el EE. UU. También noté tendencias de trauma, alcoholismo, violencia doméstica, depresión y ansiedad, entre otras enfermedades mentales hereditarias—una persona dijo que hay muchos “lineages” (lineajes) que afectan sus relaciones con miembros de su familia (Anónimo). Un ejemplo es que los miembros de la familia ven la medicación y la terapia como un estilo de vida elegido (“a chosen lifestyle”), no como una necesidad (Anónimo).

Esto se alinea con los hallazgos anteriores con respecto a las opiniones de los miembros de la familia sobre los niños que expresan síntomas de ansiedad o trastornos depresivos. Los problemas infantiles comúnmente descritos en los hogares latinos incluyen: inquietud, ansiedad, tristeza, aislamiento e irritabilidad. Algunos padres describieron los síntomas de sus hijos y los conectaron a otros problemas que tuvieron en casa o en la escuela (Dixon De Silva 3). En el año 1984, fueron identificadas “seis dimensiones de las condiciones estigmatizantes: visibilidad, curso o evolución de la marca que origina el estigma, interferencia en relaciones interpersonales, estética, origen y responsabilidad de la marca; percepción del riesgo-peligrosidad” (Flores Reynoso 82).

Estas dimensiones pueden afectar negativamente la forma en que los miembros de la familia y la comunidad circundante ven a alguien que sufre de una enfermedad mental. Si la terapia no está ayudando inmediatamente a reducir estos síntomas visibles, otros problemas pueden tener prioridad. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow (1943) presenta la motivación humana como un modelo de cinco niveles y postula que los individuos (o familias) están motivados para satisfacer ciertas necesidades, como las finanzas. Los análisis exploratorios realizados por Lauren Borduin Quetsch y sus compañeros también indicaron barreras familiares significativas para las familias que terminan el tratamiento relacionadas con el rechazo de la sesión infantil, el cambio en los problemas de comportamiento infantil, los desacuerdos de la pareja con el tratamiento de atención y la enfermedad de los padres (10). Las personas Latinx adultas nacidas en los Estados Unidos tienen un mayor riesgo de desarrollar las enfermedades mentales cuando hay un aumento del conflicto familiar o el estrés de aculturación, pero estos problemas toman prioridad sobre acceder el tratamiento, en adición a la deshumanización y aversión resultado por el estigmatización (Dixon De Silva 2).

4. Conclusión

Algunas limitaciones de esta investigación incluyen el sesgo de autoselección, las características limitadas de mi muestra y el impacto que mi identidad como investigador tuvo en las interacciones de los participantes. Es posible que las personas Latinx que tienen un mayor conocimiento en salud mental eligieran participar; este fenómeno es también conocido como sesgo de autoselección. Hubo algunos sujetos posibles que inicialmente expresaron interés, pero después de ver los materiales de estudio, se negaron a participar. Este estudio también puede ser limitado por ocurrir en un campus

universitario público. Cada participante era un estudiante o empleado de una universidad pública de tamaño mediano en Massachusetts. La metodología de investigación cualitativa no me permite hacer conclusiones definitivas o causales, pero mi uso del análisis temático debe crear una nueva perspectiva sobre el acceso a la atención de salud mental y el estigma en las comunidades Latinx de los Estados Unidos. El uso del análisis temático es una técnica destinada a limitar el sesgo del investigador al dejar que la información obtenida "habla por sí mismo" (Dixon De Silva 6). Mi identidad como persona blanca podría impactar la manera en que los participantes se comunicaban conmigo. Por minimizar este riesgo, ofrecí materiales en español e inglés en cada parte del proceso, pero esto no puede prevenir completamente el fenómeno de "code-switching" (cambio de código) en el que los miembros de las comunidades BIPOC cambian su forma de hablar cuando interactúan con personas blancas, especialmente en posiciones de poder.

Algunos puntos fuertes de la investigación actual incluyen las diversas identidades de mi muestra, el formato de investigación cualitativa y las medidas tomadas para minimizar el impacto del sesgo del investigador en mi recopilación y análisis de datos. Los participantes del estudio son de varias comunidades Latinx y países de origen, incluidas las poblaciones nacidas en los EE. UU, hispanohablantes e inmigrantes. Otra ventaja de la investigación es que el formato de investigación cualitativa es flexible en función del nivel de comodidad de los participantes. Los participantes hablaron libremente sobre temas diversos y respondieron a cada pregunta en la medida en que pudieron; cada persona tenía múltiples historias únicas para compartir. Originalmente, las entrevistas pretendían durar 30 minutos, pero generalmente eran de cuarenta y cinco

minutos a una hora. Utilicé un cuestionario de investigación revisado por pares existente para guiar mis conversaciones con los participantes. Para minimizar el sesgo, el guión de la entrevista permitió respuestas abiertas y los métodos de análisis cualitativo permitieron que surgieran nuevos temas basados en las respuestas de los participantes.

Las investigaciones anteriores y la investigación actual se pueden utilizar en el futuro para mejorar el acceso a la atención de salud mental para las poblaciones Latinx de los EE. UU. En primer lugar, para abordar el componente financiero, los servicios mentales pueden ser conectados con los recursos comunitarios, como el uso de administradores de casos, centros comunitarios y agencias de salud mental, o escuelas para conectar a las familias con los servicios de tratamiento (Dixon De Silva 5). Esto puede incluir la incorporación de servicios a los recursos existentes: O'Loughlin describe que las poblaciones Latinx tienden a ver a su médico de atención primaria como su médico preferido (379). Los programas basados en la escuela también pueden ser muy útiles para brindar atención a los niños inmigrantes, que pueden no tener seguro médico —“I heard about therapy through parents at my child’s school,” dijo un participante en un estudio pasado (Dixon De Silva 5). Un ejemplo son los defensores de la salud comunitaria, o "promotores" que brindan asistencia a nivel comunitario. Es importante que involucremos a la *comunidad* y no solo al *individuo* (Prandoni 19). Esto ayudaría con la sensación de aislamiento de navegar por el aspecto educativo y proporcionaría motivación para hacer cambios de comportamiento difíciles que son una parte crucial del tratamiento. Los padres expresaron interés en más recursos comunitarios, como grupos de apoyo asequibles o gratuitos, talleres, materiales educativos o clases (Dixon De Silva 5).

Involucrar intencionalmente a los miembros de la comunidad Latinx en todas las etapas del proceso de investigación, incluida la evaluación de la necesidad de estos recursos, puede ayudar a reducir las disparidades. Un ejemplo es la investigación participativa basada en la comunidad desarrollada por Prandoni y sus compañeros, centrándose en los investigadores como facilitadores del cambio, mientras que las comunidades son los principales líderes del cambio (Prandoni 25). El uso de enfoques como este ayuda a abordar la diversidad racial y étnica de las comunidades Latinx. Como se observa en el presente estudio, hay varios factores como la preferencia de idioma, el estatus socioeconómico y el estatus del inmigrante que pueden afectar la experiencia de buscar atención de salud mental. En el clima político actual, muchas comunidades latinas carecen de recursos debido a las leyes dirigidas desproporcionadamente a las comunidades marginalizadas y a las poblaciones inmigrantes.

En términos de abordar el estigma, un buen lugar para empezar es con los servicios existentes. Los miembros de las comunidades Latinx de los EE. UU tienden a buscar apoyo de salud mental de entidades conocidas, como su familia o iglesia antes de buscar ayuda profesional (Prandoni 19). Debido a la creencia de que los problemas de salud mental son causados por factores ambientales, es natural tratar de combatir la soledad y el aislamiento uniéndose a iglesias o equipos atléticos o tratando de calmarse a sí mismo en respuesta a los síntomas somáticos (Dixon De Silva 5). Incorporar estos puntos de vista en la práctica de la psicología occidental ayudaría a desarrollar herramientas que se podrían utilizar lo antes posible durante el tratamiento como estar conectado a los recursos de la comunidad o abordar esos sentimientos de fracaso en las

relaciones interpersonales o debilidad al no poder superar los desafíos de salud mental solo con el apoyo de sus seres queridos.

El área de la salud pública puede utilizar la información que he encontrado para combatir el problema común del desgaste en la terapia familiar para las personas Latinx en los EE.UU. Se necesita tener más recursos no solo para las personas Latinx comenzar la terapia, pero también continuar la terapia debido a otras barreras existentes. Los modelos de adaptación cultural pueden ser útiles para abordar esto al mejorar los resultados de salud mental en las poblaciones minoritarias utilizando los valores culturales y el estigma descubiertos a través de la investigación cualitativa, como el presente estudio, así como conectándose con miembros de las comunidades Latinx de los EE. UU. Es importante evaluar las actitudes, identidades, y barreras culturales que contribuyen a la falta de acceso. El problema de acceso a recursos es influyendo de las finanzas, educación, y cambiar de comportamiento que son necesarios para tener un entendimiento completo de las opciones de tratamiento para la enfermedad mental. La discriminación e interseccionalidad que encuentran las personas Latinx cuando tratan de acceder el tratamiento es caracterizado por la desconexión cultural/comunicativa, experiencias vividas, y la opresión sistémica. Las barreras culturales muchas veces son de las relaciones de la familia y de la sociedad, incluyendo valores colectivistas y de la religión, el juicio/estatus social/estigma, y la vergüenza y vulnerabilidad como carga que crean faltas de comunicación con proveedores y sistemas de apoyo. Finalmente, las observaciones psicológicas que he visto son las expectativas del tratamiento psicológico, las experiencias en tratamiento, y la manifestación de síntomas. Según mis conversaciones con los participantes y sus respuestas a la encuesta que evalúa estos

temas, adoptarían a recursos basados en las necesidades de la comunidad. El cambio dentro de una comunidad comienza con sus propios miembros, pero solo cuando se les dan las herramientas adecuadas para hacerlo.

Bibliografía

- Acuña, Cecilia y Mónica Bolis. “La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas.” *Organización panamericana de la salud*, 2005, pp. 1-14.
- Anónimos. Entrevistas personales. Enero 2022 a marzo 2022.
- Dixon De Silva, Louise E. et al. “Urban Latinx Parents’ Attitudes Towards Mental Health: Mental Health Literacy and Service Use.” *Children and Youth Services Review*, vol. 109, 2020, pp. 1-8.
- Flores Reynoso, Samantha et al. “Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes.” *Revista latinoamericana de siquiatría*, vol. 11, n.º 2, 2012, pp. 82–89.
- González, Araceli et al. “A Qualitative Investigation of Promotores’ Perspectives on Task-shifting Evidence-based Mental Health Care for Latinxs in a Rural Community.” *Psychological Services*, vol. 18, no. 4, 2020, pp. 689–694.
- Hirai, Michiyo et al. "Beliefs About Mental Illness in a Spanish-speaking Latin American Sample." *Psychiatry Research*, vol. 295, enero de 2021, pp. 1-6 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113634>.
- O'Loughlin, Kristen et al. “Using Integrated Behavioral Healthcare to Address Behavioral Health Disparities in Underserved Populations.” *Translational Issues in Psychological Science*, vol. 5, n.º 4, 2019, pp. 374–89.
- Prandoni, Juan Ignacio et al. "Addressing Latinx Mental Healthcare Disparities with Community Engagement." *Community Mental Health Engagement with Racially*

Diverse Populations, Elsevier, 2020, pp. 15–48, <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818012-9.00002-2>.

Quetsch, Lauren Borduin et al. "The Impact of Incentives on Treatment Adherence and Attrition: a Randomized Controlled Trial of Parent-Child Interaction Therapy with a Primarily Latinx, Low-Income Population." *Children and Youth Services Review*, vol. 112, mayo de 2020, pp. 1-5, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104886>.

Shea, Munyi et al. "College Students' Barriers to Seeking Mental Health Counseling: Scale Development and Psychometric Evaluation." *Journal of Counseling Psychology*, vol. 66, n.º5, 2019, pp. 26–39.

Apéndice A. Folleto de reclutamiento

¿Es usted miembro de la comunidad Latinx de los E.E.U.U.?

¿Quiere participar en un estudio sobre las barreras para acceder a buena atención médica para la salud mental y el estigma relacionado con ello?

¡Utilice la cámara de su teléfono celular para entrar al enlace abajo y cumplir una encuesta confidencial!
Gracias por su tiempo.



Hola,

Si usted es miembro de una comunidad Latine/Latinx/Latin@ y vive en los Estados Unidos, me agradecería que participaras en mi estudio de investigación para mi proyecto final de concentración en español inscribiéndote en una entrevista de 30 a 40 minutos sobre tus actitudes personales y experiencias con la salud mental.

Sus respuestas se recopilarán de forma confidencial y se utilizarán únicamente para los fines de este estudio. Puede usted terminar su participación en cualquier momento antes o durante cualquier comunicación.

Muchas gracias,

Ashley Hames

Departamento de Lenguas y Culturas del Mundo de Salem State University

Correo electrónico: a_hames@salemstate.edu

Michele Dávila Gonçalves

Departamento de Lenguas y Culturas del Mundo de Salem State University

Correo electrónico: mdavilagoncalv@salemstate.edu

Teléfono: 978-542-7425

Apéndice B. Declaración de divulgación

Junta de revisión institucional de la Universidad Estatal de Salem Declaración de divulgación Perspectivas de acceso y tratamiento para la salud mental en la comunidad latinx de los E.E.U.U.

INTRODUCCIÓN: Esta investigación le preguntará sobre su actitud con relación a buscar terapia para su salud mental. El objetivo de este estudio es investigar el estigma y las barreras culturales únicas que pueden impactar la capacidad e inclinación para buscar terapia para la salud mental de la comunidad latinx de los E.E.U.U.

PARTICIPACIÓN: La participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Puede dejar de participar en cualquier momento. Usted es libre de no responder a cualquier pregunta que no quiera contestar. No hay contestaciones correctas ni incorrectas. Todas las respuestas son anónimas y confidenciales.

RIESGOS: Hay riesgos mínimos de tomar esta encuesta. Es posible que se sienta incómodo/a de contestar algunas preguntas sobre su autoestima y salud mental. Si la encuesta le causa estrés o incomodidad, contáctale con la oficina de asesoramiento de la Universidad Estatal de Salem:

**Salem State University Counseling
Ellison Campus Center, North Campus- 1st floor, Suite 107
978-542-6413**

BENEFICIOS: No hay beneficios específicos para los participantes de esta investigación; sin embargo, beneficios potenciales incluyen proveer una oportunidad para la introspección sobre su comportamiento actual, el comportamiento del pasado y su crianza.

CONFIDENCIALIDAD: Ni su nombre ni su información de identificación serán usados en reportes o presentaciones sobre los resultados de esta investigación. La información provista a los investigadores será anónima y es confidencial con la excepción de información que se necesita denunciar bajo la ley federal y la de Massachusetts como en casos de abuso de niños o mayores. Este proyecto de investigación ha sido aprobado por la Junta de revisión institucional de la universidad estatal de Salem. Gracias por su ayuda.

Un análisis de los resultados y una explicación de la investigación estarán disponibles en la biblioteca de la Universidad Estatal de Salem.

CONTACTO: Para preguntas o preocupaciones sobre la investigación, favor de contactar a Ashley Hames (a_hames@salemstate.edu) o Michele Dávila Gonçalves (mdavilagoncalv@salemstate.edu).

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO: Continuar con esta encuesta indica que ha leído usted la información arriba, acepta voluntariamente participar y tiene dieciocho años o más.

Para preocupaciones sobre el tratamiento que reciba usted como un/a participante de la investigación, por favor contactar:

Institutional Review Board (IRB)
Salem State University 352 Lafayette Street Salem, MA 01970
(978) 542-7177 o irb@salemstate.edu

Este proyecto de investigación ha sido revisado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Estatal de Salem de acuerdo con la Oficina de Protección de la Investigación Humana 45 CFR parte 46 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no constituye la aprobación de la institución anfitriona.

Apéndice C. Formulario de consentimiento informado

Fecha:

Investigador/a Principal: Dra. Michele Dávila Gonçalves

Investigador/a estudiante(s): Ashley Hames

Teléfono:

Correo electrónico:

INTRODUCCIÓN: Por favor, lea este formulario cuidadosamente. Si usted da su consentimiento para participar en los estudios realizados por Ashley Hames, debe firmar el formulario de consentimiento. Si tiene alguna pregunta o no está seguro de alguna parte, no debe firmar hasta que se hayan resuelto sus inquietudes y esté completamente feliz de ser voluntario.

Esta investigación le preguntará sobre su actitud hacia la búsqueda de asesoramiento de salud mental. El propósito del estudio es investigar el estigma en el grupo y las barreras culturales únicas de la comunidad latinx de los Estados Unidos que pueden afectar su capacidad y tendencia a buscar asesoramiento de salud mental.

PARTICIPACIÓN: La participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Puede detener su participación en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta que no desee responder. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Todas las respuestas son anónimas y confidenciales. No tiene que dar ninguna razón, y nadie puede intentar disuadirle. Si alguna vez necesita alguna explicación adicional, no dude en preguntar.

RIESGOS: Hay un riesgo mínimo al tomar esta encuesta. Algunas de las preguntas de la encuesta son sobre su autoestima y salud mental y pueden ser angustiantes para usted al pensar en sus experiencias. Si la encuesta le causa estrés o incomodidad, contáctale con la oficina de asesoramiento en la Universidad Estatal de Salem:

**Salem State University Counseling
Ellison Campus Center, North Campus- 1st floor, Suite 107
978-542-6413**

BENEFICIOS: No hay ningún beneficio específico para los participantes por participar en el estudio; sin embargo, los beneficios potenciales pueden incluir proporcionar una oportunidad para la introspección en torno a su comportamiento actual, el del pasado y su crianza.

ELEGIR RETIRARSE DEL ESTUDIO: Su consentimiento y participación en este estudio son completamente voluntarios. Puede retirarse del estudio por cualquier motivo y en cualquier momento sin consecuencias de ningún tipo, y puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin consecuencias de ningún tipo. Póngase en contacto con el investigador principal si desea que sus datos no se utilicen.

CONFIDENCIALIDAD: Cualquier dato personal obtenido durante este estudio permanecerá confidencial en cuanto a su identidad. Si la información personal se puede identificar específicamente con usted, se solicitará su permiso por escrito antes de que se publique. Otros datos, que no se pueden conectar con usted, se publicarán o presentarán en reuniones con el objetivo de beneficiar a otros.

Este estudio ha recibido la aprobación de acuerdo con la normativa universitaria vigente.

Para preguntas o inquietudes sobre este estudio, comuníquese con Ashley Hames, estudiante de Psicología y Lenguas y Culturas del Mundo en la Universidad Estatal de Salem, por correo electrónico a a_hames@salemstate.edu.

Escriba sus iniciales si está de acuerdo

1. Confirmando que he leído y entendido la ficha informativa adjunta para el estudio anterior. Confirmando que he tenido la oportunidad de considerar la información y hacer preguntas, y que estas hayan sido respondidas satisfactoriamente.	
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirarme en cualquier momento sin consecuencias negativas sin dar ninguna razón.	
3. Acepto participar en este estudio.	
4. Entiendo que como resultado de participar en este estudio experimentaré un riesgo mínimo de incomodidad e introspección en torno a mi comportamiento actual y el del pasado y mi crianza.	
5. Entiendo que los resultados de este estudio pueden ser publicados y/o presentados en reuniones y pueden proporcionarse a patrocinadores de investigación o autoridades reguladoras. Doy mi permiso para que mis datos confidenciales, que no me identifican, sean difundidos de esta manera. La información se conservará confidencialmente con la excepción de la información que debe ser reportada bajo la ley federal y la de Massachusetts, por ejemplo, los casos de abuso de niños o ancianos.	

Nombre del participante:	Fecha:	Firma
Nombre de la persona que consiente:	Fecha:	Firma

Apéndice D. Escala de barreras para buscar terapia de salud mental (BHMSCS)

Modificado

Traducción de BHMSCS (Escala de barreras para buscar terapia de salud mental) e instrucciones

Este cuestionario utiliza la escala de Likert. En lugar de un “sí” / “no,” por favor marque su nivel de estar de acuerdo o en desacuerdo con una declaración. (No hay opción neutral).

- 1 – muy de acuerdo
- 2 – algo de acuerdo
- 3 – poco de acuerdo
- 4 – poco en desacuerdo
- 5 - algo en desacuerdo
- 6 – muy en desacuerdo

- 2. No opino que sea útil hablar con un consejero de salud mental.
- 3. Prefiero buscar el apoyo de la familia o amigos en vez de contactar a un consejero de salud mental.
- 6. Opino que hablar con un consejero de salud mental solamente me haría dar vueltas al asunto sin resolverlo.
- 7. Porque tengo suficiente apoyo social, no necesitaría buscar terapia de salud mental para mis problemas personales.
- 8. No me gusta depender de un consejero de salud mental que me diga qué hacer con mis problemas.
- 10. Si revelo los problemas a un consejero de salud mental, mi familia o pareja me juzgarán negativamente.
- 11. La mayoría de mi grupo cultural no aprobaría mi decisión de buscar terapia de salud mental.
- 12. Mis amigos me tendrían en menor estima si supieran que busco terapia de salud mental.
- 13. Buscar terapia de salud mental le daría vergüenza a mi familia.
- 15. A mi familia o pareja no le parecería negativo si compartiera los problemas con un consejero de salud mental.
- 19. Me siento avergonzado/a cuando comparto los sentimientos con un consejero de salud mental.
- 21. Me pone nervioso/a compartir mi lado emocional durante el proceso de la terapia de salud mental.
- 22. Me siento cómodo/a expresando mis sentimientos a un consejero de salud mental.
- 23. Sería incomodo discutir mis sentimientos durante la terapia de salud mental.
- 25. Tengo miedo de ir a la terapia de salud mental porque no me gusta revelar mis sentimientos.
- 27. Yo no sé dónde buscar terapia de salud mental.
- 28. No sé qué tipos de terapia (de salud mental) hay disponibles.
- 29. Yo no sé cómo funciona la terapia de salud mental.
- 30. No tengo el tiempo para buscar o quedarme en la terapia de salud mental.
- 31. No tengo los medios (ej. el seguro, el dinero) para permitirme obtener servicios de salud mental.
- 32. Tengo demasiadas responsabilidades (ej. la familia, los amigos, pareja) que me impiden buscar la terapia de salud mental.

33. Tengo demasiadas obligaciones de trabajo o académicas que me impiden hablar con un consejero de salud mental.
34. Me parece que muchos consejeros de salud mental no son sensitivos a los problemas que se relacionan a mi identidad cultural.
35. Pienso que la mayoría de los consejeros de salud mental no entienden mis valores culturales.
36. Dudo que la mayoría de los consejeros de salud mental tengan el adiestramiento suficiente para explorar los asuntos que se relacionan a mi identidad cultural.
38. No pienso que la cultura sea un obstáculo para buscar la ayuda de un consejero de salud mental.
39. Pienso que las diferencias entre la mayoría de los consejeros de salud mental y yo son algunos de los obstáculos para la terapia de salud mental.

Apéndice E. Guión para las entrevistas (administrado verbalmente)

Guión para las entrevistas (administrado verbalmente)

CONSENTIMIENTO:

- Antes de empezar, me quiero asegurar que tengo su consentimiento para participar en este estudio. Por favor, hágame cualquier pregunta sobre la investigación en cualquier momento. Como siempre, si usted decide que no quiere participar en la investigación puede decir “pare” en cualquier momento y pararemos.
- Por favor también me diga si necesita parar por cuestiones de tiempo ahora. Podemos terminar temprano si lo necesita, y siempre podemos conectarnos en otro momento.
- También, un recordatorio: solamente el grupo de investigación tendrá acceso a sus materiales de entrevista. Reemplazaremos su nombre con un seudónimo.
- Finalmente, me gustaría que usted supiera que no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas.”
- Primero, completará una auto-encuesta escrita llamada Escala de Barreras para Buscar Consejería de Salud Mental (BSMHCS). Hay una versión en inglés y en español disponible para usted; por favor, elija uno de ellos para enviar sus respuestas. Puede pedir ver cualquiera de las versiones en cualquier momento.
- Luego, yo (el investigador) revisaré sus respuestas y le haré algunas preguntas relacionadas con las declaraciones de la encuesta.

Administre cuestionario.

Revise las respuestas y haga las siguientes preguntas:

"Veo que usted eligió [respuesta del participante: Muy de acuerdo o Muy en desacuerdo] para la declaración [número]. ¿Se sentiría cómodo explicando su proceso de pensamiento para elegir esa respuesta?"

"¿Hay alguna anécdota personal que se le ocurrió al completar esta encuesta?"

"¿Alguna declaración en particular se destacó o causó dudas?"

Apéndice F. Mapa temático

