

Se habla inglés aquí: las dificultades en el tratamiento de la
depresión en los latinos en los Estados Unidos

by

Melissa Kim Dundas

Modern Languages and Literatures Department
College of Liberal Arts

California Polytechnic State University
San Luis Obispo

March, 2013

APPROVAL PAGE

TITLE: Se habla inglés aquí: las dificultades en el tratamiento de la depresión en los latinos en los Estados Unidos

AUTHOR: Melissa Kim Dundas

DATE SUBMITTED: March 2013

Dr. Karen Muñoz-Christian

Senior Project Advisor

Signature

Se habla inglés aquí: las dificultades en el tratamiento de la
depresión en los latinos en los Estados Unidos

by

Melissa Kim Dundas

Modern Languages and Literatures Department
College of Liberal Arts

California Polytechnic State University
San Luis Obispo

March, 2013

Dr. Karen Muñoz-Christian

Senior Project Advisor

Signature

Date

Dr. Gloria Velásquez

MLL Outcomes Committee
Chair

Signature

Date

Dr. John Thompson

Department Chair

Signature

Date

Índice de contenido

Introducción	p. 1-2
¿Qué es la depresión?	p. 2-4
Tendencias entre los latinos – los Estados Unidos	p. 4-7
Tendencias entre los países hispanohablantes	p. 7-9
Voluntad de buscar tratamiento	p. 9-13
Factores que impiden la utilización de los servicios de salud mental	p. 13-16
Las barreras del idioma	p. 16-19
Competencia cultural en el cuidado de la salud mental	p. 19-23
Reconocimiento de voz computarizado	p. 23-25
La prevalencia de la depresión en San Luis Obispo	p. 25-26
Conclusión	p. 26-27
Referencias Bibliográficas	p. 28-32

ACKNOWLEDGEMENT

I would like to express my deep appreciation to the Modern Languages and Literatures Department, to all of the professors, but particularly to my Senior Project Advisor, Dr. Karen Muñoz-Christian for her continual support and encouragement throughout the completion of this project. Her extremely helpful suggestions, countless hours spent correcting and re-correcting this project, and boundless enthusiasm have made this project one of the most valuable and cherished learning experiences I have had and will ever have at Cal Poly.

I would also like to thank my parents and my brother, who encouraged me throughout my whole college career to persevere even when things got tough. Thank you, Mom and Dad, for pushing me through to the end.

Se habla inglés aquí: las dificultades en el tratamiento
de la depresión en los latinos en los Estados Unidos

Melissa Kim Dundas
California Polytechnic State University

This project attempts to identify and bring to light the issues relating to treatment of Latinos and native Spanish speakers in the United States. The stigma surrounding depression is already strong in the U.S., and when minorities, who tend to have their own views of mental health disorders and who are less likely to seek treatment for any mental health disorder they might have, are added to the picture, the rates of treatment go drastically down. There are many factors that play into whether or not Latinos will seek treatment for depression, many of which revolve around language and culture, two factors that have an important role in their willingness to seek treatment.

It is through the need for cultural competence and the breaking down of language barriers in medical professionals in the U.S. that rates for treatment of depression amongst Latinos can increase and presumably the stigma surrounding depression will decrease.

I use what available research has been done on the relationship between depression and Latinos to examine how large of a need the problem presents and what can be done to encourage Latinos to seek out treatment for depression. The study hopes to expose what areas of mental health treatment and Latino outreach need to be changed so that Latinos, and other minorities, can receive the treatment they need and deserve.

Melissa Kim Dundas

MLL 460 – Senior Project

Dr. Karen Muñoz-Christian

March 2013

Se habla inglés aquí: las dificultades en el tratamiento
de la depresión en los latinos en los Estados Unidos

Introducción

El trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico más común en los Estados Unidos (Mann et al. 446). Y como tal, mucho trabajo se hace para tratar la depresión y para animar a aquellos que sufren de la depresión que busquen tratamiento. Con todo el trabajo que se ha hecho, tendría sentido para hacer alcance para cada tipo de persona, incluyendo todos los géneros, razas y niveles socio-económicos. Y desafortunadamente, no se hace mucho para educar adecuadamente a las minorías sobre la depresión.

Los latinos son una de las minorías más prominentes en los Estados Unidos y se prevé que representarán 25% de la población en 2050 y ahora, representan aproximadamente 12.5% de la población (Mendelson et al. 355). Porque los latinos representan una parte sustancial de la población, la necesidad de divulgación sobre la depresión es crucial. Desde ahora, hay muy pocas investigaciones sobre la depresión entre los latinos, lo que demuestra exactamente la brecha entre los latinos y su conocimiento de la depresión. Con tanta información sobre la depresión, tal vez la pregunta no debería ser cómo tratarla; quizás debería ser cómo difundir el conocimiento para todos.

Si bien parece una solución simple, hay muchos factores que tienen un papel en informar a los latinos sobre la depresión y conseguir el tratamiento. Hay muchos factores que contribuyen a la falta de voluntad para buscar tratamiento en las poblaciones latinas, que incluyen las barreras del idioma y la falta de sensibilidad cultural por parte de los proveedores de salud y los profesionales médicos. Y nadie puede culpar a los latinos por no querer recibir tratamiento para algo cuando no tienen mucha información sobre la condición y no se sienten cómodos reconociéndola, sobre todo si sienten que no van a ser respetados como pacientes. Se han dado pasos para informar a la comunidad latina de los recursos sobre la depresión, así como para el tratamiento de la depresión, que incluyen la capacitación en la competencia cultural, servicios bilingües y el uso de programas informáticos que son creados específicamente para los que no hablan inglés.

Hay muchos pasos que se deben tomar para reducir el estigma del tratamiento de la depresión entre los latinos, sobre todo abordando los problemas que dificultan el tratamiento y haciendo un tratamiento accesible y realista para ellos.

¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se define por “feelings of sadness, loss, anger, or frustration [that] interfere with everyday life for weeks or longer” (“Major Depression”). En los Estados Unidos, la depresión es el trastorno psiquiátrico más común, con una tasa de prevalencia de cerca de 17% (Mann, et al 446). Ahora, la causa exacta de la depresión es desconocida, pero los investigadores creen que la depresión es un resultado de cambios químicos en el cerebro. Hay muchos factores que posiblemente causan la depresión,

pero no es cierto qué papel cada uno tiene en el desarrollo de la depresión. Los factores incluyen

alcohol or drug abuse, certain medical conditions, including underactive thyroid, cancer, or long-term pain, certain medications such as steroids, sleeping problems, and stressful life events, such as death or illness of someone close to you, ...divorce, childhood abuse or neglect, job loss, and social isolation (common in the elderly). (“Major Depression”)

Como resultado de estos factores, la depresión puede manifestarse en varios síntomas, como la retirada, la fatiga, sentimientos de desesperanza y pensamientos suicidas. En casos raros, la depresión puede tener síntomas psicóticos, que incluyen alucinaciones y delirios.

Los psicoterapeutas típicamente usan el Beck Depression Index (BDI) para medir el nivel de depresión que un paciente puede estar sintiendo. El BDI determina el nivel de depresión a través de “a 21-item, self-report rating inventory that measures characteristic attitudes and symptoms of depression” (Beck, et. al 561). En la mayoría de los estudios realizados sobre la depresión, se utiliza el BDI para medir la gravedad de la depresión de los participantes.

Para tratar la depresión, es importante que la persona reconozca que no hay nada malo en admitir que él o ella está deprimido/a. En los Estados Unidos, existe un estigma sobre la depresión y que los que sufren de depresión son locos o que no son capaces de vivir una vida normal, estigmas que son absolutamente equivocados. La persona necesita “visitar a un médico o profesional en la salud mental” (“Depresión”). Los medicamentos, llamados antidepresivos, se usan muchas veces para tratar la depresión (“Major Depression”). Los dos más comunes son SSRIs, o Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (una medicina que ayuda con la recaptación de la sustancia química en el cerebro, serotonina), y SNRIs, o Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitors, (una medicina que también ayuda con la recaptación de la sustancia química en el cerebro, norepinefrina). Se utiliza la psicoterapia también, y en casos de depresión leve, uno o el

otro es útil en el tratamiento de la depresión. Los grupos de apoyo son útiles también, pero no son un reemplazo por la terapia profesional. En los casos de depresión extrema, la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser utilizada y se ha demostrado ser muy exitosa en el tratamiento de la depresión severa, pero la mayoría del tiempo, no es necesario usar la terapia electroconvulsiva.

El tratamiento para la depresión no es una solución inmediata. En promedio, el tratamiento para la depresión es entre 4-9 meses, pero la duración depende de la persona (“Major Depression”). Durante el periodo de tratamiento, se recomienda que el paciente, comparta tiempo con otras personas, como su familia y sus amigos, y hable con ellos sobre sus sentimientos. Es importante para el paciente de recordarse tomará tiempo para que el tratamiento comience a hacer efecto y para no tome decisiones importantes en su vida hasta que se sienta mejor (“Depresión”). La depresión puede dar miedo, pero es importante mantener el optimismo y entender que la depresión es más común de lo que parece.

Tendencias entre los latinos – los Estados Unidos

La población de los Estados Unidos tiene una mezcla de culturas, razas y orígenes. Ahora, la población latina es una de las minorías más numerosas de los EE.UU., con un total de más de 37.4 millones de personas, o 13.3% de la población (Delgado, et al. 39). Se prevé que en el año 2050, los hispanos representarán un 25% de la población (39). En general, “Latinos as a group are less likely to seek formal treatment for emotional distress,” (Ishikawa, et al. 1559) y sin embargo, la población hispana subutiliza los recursos de salud mental y termina sus usos de los servicios de salud mental prematuramente (West, et al. 121).

Los inmigrantes mexicanos y mexicanoamericanos “generally face a lower risk of depression than do non-Hispanic whites [and]...are approximately half as likely as their U.S.-born counterparts to experience mental disorder” (Delgado, et al. 40). Los cubanoamericanos tienen índices similares de la depresión y los trastornos de conducta como sus homólogos mexicanoamericanos. Los puertorriqueños, por otro lado, tienen casi doble los índices de trastornos de conducta y depresión de los mexicanoamericanos y cubanoamericanos (Mann, et al. 446). Aquellos tienen tasas de depresión similares a los angloamericanos, más o menos 9.3%, que tienen la tasa más alta de depresión. Además, los hombres latinos, latinos de bajos niveles socioeconómicos y los inmigrantes radicalmente subutilizan los recursos de salud mental (Ishikawa, et al. 1559). Los que tienen niveles socioeconómicos bajos son “more likely than individuals of high SES to become depressed and even more likely to experience persistent depressive symptoms,” lo cual es el resultado del estrés (Mendelson, et al. 355). Este estrés es, muchas veces, el resultado del “lack of access to critical economic and social resources [and]...from perceptions of relative inequality,” que incluyen el racismo y los juicios externos para la autoestima (Wilkinson 594). Y por eso, a causa de las dificultades que los inmigrantes y latinos enfrentan en los Estados Unidos hoy en día, es justo decir que ellos están expuestos a un mayor riesgo de deprimirse.

Pero no es la etnia ni otra clasificación que garantice que alguien se vaya a deprimir y / o buscar atención psiquiátrica. En general

The acceptability of psychiatric care varies among cultures and depends in part on the ways in which mood disturbances are perceived. Cultures that are less accustomed, willing, or able to consider mood disturbances to be psychiatric disorders are more likely to express them as somatic complaints. (Delgado, et al. 40)

Hay muchos factores que pueden causar las tasas altas de la depresión, como cargas financieras, tales como el desempleo, la pobreza y el subempleo; malas condiciones de vivienda; la barrera del idioma; interacciones estresantes; y la discriminación y el racismo (West, et al. 121). Y por lo tanto, no es sorprendente que los latinos tienen tasas muy similares, y en algunos casos superiores, a los blancos (121). Las formas tradicionales de tratamiento para la depresión y otros problemas de salud mental “have failed to consider cultural differences and contextual factors unique to these ethnic groups” (Chow, et al. 792). Por ejemplo, un factor que impide que algunos latinos busquen ayuda es la creencia en la eficacia de la medicina occidental.

Sin embargo, hay factores para los latinos que pueden “proteger” a los latinos de la depresión y pueden ser la causa de menores tasas de depresión en los latinos, en comparación con las de otras minorías. Estos factores culturales, que pueden ser poderosas fuentes de resistencia emocional, son basados en la idea de *familismo*, que enfatiza fuertes relaciones familiares y “may foster positive social support that protects individuals against depression, even in the face of substantial environmental risk” (Mendelson, et al. 355). Lo que es interesante es que esta resistencia a la depresión y otros trastornos mentales disminuye cuando la aculturación a los Estados Unidos y su cultura aumenta (355). Este fenómeno se conoce como el “Hispanic paradox” y hace un punto interesante acerca de los efectos de la aculturación y la cultura estadounidense contra las inmigrantes. ¿Qué pasa con la cultura americana y la manera de vida que disminuyen la capacidad de los inmigrantes latinos de protegerse de los trastornos mentales? Algunos investigadores creen que las tensiones fuertes que muchos estadounidenses sienten son factores, además de las tensiones de salir del país natal y de la familia (355).

No ha habido mucha investigación sobre los latinos y el trastorno depresivo mayor en los últimos años. Pero mientras el “Hispanic paradox” se hace más visible y los índices de

depresión entre los latinos siguen creciendo, los investigadores están descubriendo un nuevo campo en crecimiento para estudiar.

Tendencias en los países hispanohablantes

Mientras que la depresión es prevalente en todo el mundo, todavía no está reconocida como importante en los países latinoamericanos. Los recursos son muy deficientes puesto que el estigma que rodea la depresión sigue siendo elevado en los países latinoamericanos. En 2004, los trastornos psiquiátricos y neurológicos representaban 21% de los años de vida ajustados por incapacidad en América Latina y el Caribe, lo que significa 21% de los años de vida ajustados en total son afectados por la depresión (Rodríguez 318). Los años de vida ajustados representan los años de la vida que son afectados por varias causas, como la enfermedad o problemas de salud. En España, 11% de los adultos reportan sentimientos de soledad y depresión (Rodríguez-Sánchez et al. 278). Estos porcentajes se ven como el resultado del progreso económico, el cambio social y una mayor longevidad, los cuales se asocian con un aumento de los trastornos mentales. Con un porcentaje tan grande de la población con trastornos mentales, los servicios disponibles son muy limitados. Afortunadamente, la barrera del idioma no es uno de los grandes problemas de los países de América Latina, como es en los Estados Unidos.

Muchos de los gobiernos en América Latina dedican menos de 1% de su producto interno bruto a la investigación para la salud mental y menos de 1% de su presupuesto sanitario a la salud mental (Gallo and Tohen 382). Según una encuesta realizada por la Organización Panamericana de la Salud (*Pan American Health Organization, PAHO*), déficits existen claramente en los servicios de salud mental y los recursos en América Latina y el Caribe

(Rodríguez 319). Cerca de 75% de los países informan que tienen un plan de salud mental, sin embargo muchos de estos países tienen bajas tasas de implementación. Y por lo tanto, los servicios de la salud mental son proporcionados por los ministerios de salud, por lo tanto haciendo la cobertura insuficiente y los suministros inadecuados (319). Muchas veces, un pequeño porcentaje de la población tiene acceso al tratamiento.

Los hospitales psiquiátricos son también más difíciles de encontrar en los países latinoamericanos. Los grandes hospitales psiquiátricos están en las ciudades grandes de los países y siguen el modelo de asilo, que es una organización de los hospitales psiquiátricos que se centra en la enajenación de los pacientes de la sociedad; es obsoleto y ha sido reemplazado por los modelos diferentes para diferentes hospitales (319). Esto deja a una gran parte de la población de cada país luchando para encontrar ayuda de salud mental, especialmente en las regiones más pobres, donde un viaje a una gran ciudad es demasiado caro o no es una opción y los pacientes están obligados a encontrar servicios en su región. En los hospitales generales, los servicios psiquiátricos son escasos y la capacidad para los pacientes es muy limitada, en comparación con las instituciones mentales en las ciudades más grandes (319).

Ha habido casos cuando una necesidad en los países latinoamericanas se ha visto y se ha logrado, como en la operación Castañeda en la Ciudad de México (Robles and Belfort 402). En 1910, el presidente Porfirio Díaz hizo construir un hospital psiquiátrico que podría sostener a 1.500 pacientes. Por los años 60, el hospital se había convertido en una monstruosidad y tenía 7.000 pacientes, mucho más de su capacidad. En 1967, un gran plan de reconstrucción fue creada y en el sitio del hospital, dos hospitales más pequeños con diferentes especialidades fueron construidos (402). Los hospitales existen hoy en día y demuestran que si una demanda enorme es percibida por el gobierno en una forma suficientemente fuerte, produce cambios en el

cuidado de la salud mental. Y ahora, muchos de los países hispanohablantes necesitan ver los problemas y fijarlos antes de que la depresión y otros trastornos mentales se conviertan en un problema más grande de lo que ya son.

Voluntad de buscar tratamiento

Es una cosa sentirse deprimido y es otra cosa completamente diferente reconocer la depresión y buscar ayuda. Para los latinos, hay varios factores que les impiden buscar ayuda, a menudo causando que dependan de su familia. El concepto de *familismo*, o la idea que las opiniones de la familia son muy importantes y tienen un peso fuerte en el proceso de decisión, lleva mucha importancia cuando una persona de origen latino está decidiendo si desea recibir o no desea recibir tratamiento, o hasta si debe o no reconocer que hay algo mal (Ishikawa et al. 1562). El familismo es uno de los valores culturales específicos más importantes en la cultura latina. El papel que el familismo tiene en las decisiones de la familia “stems from a collectivist or allocentric worldview...manifested in a shared sense of responsibility to care for children, provide financial and emotional support, and participate in decision-making efforts that involved one or more members of the family” (Santiago-Rivera et al. 43). El concepto de familismo ofrece otra perspectiva sobre el trastorno y muchas veces, los pacientes “were influenced by family perspectives about the appropriateness of disclosing problems to people outside of the family” (1562).

Para muchos latinos, la cuestión de si debe o no debe buscar ayuda fuera de la familia es grande y muy importante. Para Luisa, una puertorriqueña y una madre trabajadora de seis hijos, la depresión le dio duro (1562). Ella perdió la custodia de sus cuatro hijos menores, entre

denuncias de abuso de niños. Debido a su situación, su creencia sobre el origen de la depresión llegó a ser que “suffering arose from negative and painful circumstances” y dependía mucho en la psicoterapia para sanarse (1562). Pero su familia, en particular su madre y su hermano, tuvieron opiniones diferentes. Luisa observó que:

‘My brother and my mother, they’re like that, it’s all in the family, it doesn’t get out, family’s first and so you go to family. You don’t go to strangers. You don’t go to other people.’ (1563)

Porque su familia tenía opiniones tan negativas sobre la búsqueda de ayuda fuera de la familia y ni siquiera trataron de ser imparciales sobre la situación, ella buscó apoyo por sí misma. Luisa descubrió que era mucho más fácil hablar con los consejeros y terapeutas que su familia, porque ellos “didn’t know me...so they couldn’t judge me for what I did or didn’t do” (1563).

Cuando los latinos se sienten desanimados y juzgados por su familia cuando están considerando la posibilidad de buscar tratamiento, son más propensos a estar convencidos de que “their suffering didn’t merit attention, leading them to deny the severity of their own problems” (1563). La falta de aceptación de la depresión o de la posibilidad de buscar ayuda fuera de la familia es perjudicial al proceso de tratamiento. En las familias donde no hay un fuerte sentido de familismo, la opinión de la familia no es tan importante y el individuo buscará opiniones en otros lugares. Y mientras que es lamentable que el individuo pueda tener que ocuparse de sus problemas por sí mismo, está más dispuesto a buscar la ayuda que alguien que siente el familismo fuertemente. En casos como estos, cuando la familia disuade a los individuos de buscar ayuda, el “degree of familismo pushed him or her closer to or farther from the decision to seek outside help” (1563).

Pero no todas las familias son desalentadoras y así no todos los individuos se enfrentan a los problemas asociados con el familismo. Cuando una persona que está recibiendo tratamiento,

en la terapia o en grupo, tiene el apoyo de su familia, se siente reforzada en lo que está haciendo y por lo tanto es más probable que continúe el tratamiento. El apoyo de la familia y los amigos con la terapia para ayudar a superar los problemas de la persona es muy beneficioso y al final podría ayudar al individuo a curarse más completamente.

El concepto de *marianismo* también tiene un papel en si una persona va a buscar ayuda para la depresión. El marianismo se define por los investigadores Arredondo y Pérez como “an idea of female gender role that emphasizes nurturance and self-sacrifice” (Ishikawa et al. 1563). Con respecto a la depresión, el marianismo es un factor que podría impedir que alguien buscara ayuda, no por presiones de la familia para mantener el problema en la familia, sino porque el individuo se siente presionado para cuidar a los demás y no quiere cargar a nadie con sus sentimientos. Tanto para los hombres y las mujeres, el deseo de no ser una carga a su madre puede causar que ellos interioricen sus sentimientos más y puede hacerles sentir insignificantes.

Como Ana Lucía, ecuatoriana y madre trabajadora, lo describe, el marianismo hace sentir que “mothers suffer. By telling her that I have problems, that I feel bad – I know that I would make my mom suffer, so no, I don’t want to make her suffer” (1564). A pesar de que Ana Lucía tiene problemas que le gustaría consultar con su madre, ella siente que hablar con su madre, que ya tiene sus propios problemas, sobre los problemas, le podría causar más carga.

El marianismo tiene la posibilidad de afectar si se busca ayuda de salud mental o no. Los que piensan en el marianismo pueden recurrir a su familia primero, impidiendo así la probabilidad de buscar ayuda profesional. El marianismo corresponde también con el deseo de ser fuerte y sentirse fuerte por el bien de la familia. Estos sentimientos de fuerza son similares a otro fenómeno conocido como el *machismo*.

El machismo es el concepto que el padre es “the patriarchal decision maker who provides financial and emotional stability and protects the family from harm” (West et al. 137). El machismo enfatiza los rasgos masculinos de la personalidad y con frecuencia se define por la virilidad exagerada o excesiva. Esta idea del machismo es un fenómeno que se ve no sólo entre los latinos. Los hombres en general son menos probables a reconocer su propia depresión y por lo tanto son menos propensos a recibir ayuda para su depresión debido a su temor de parecer poco viriles y más femeninos.

La cultura del individuo tiene un papel importante también. En el mundo latino, existen muchas ideas diferentes sobre la asistencia médica y la medicina (Haynes et al. 358). Los inmigrantes latinos frecuentemente están acostumbrados a la medicina occidental tradicional. Como resultado, hay varias interpretaciones e ideas sobre la medicina y lo que puede o no puede ser suficientemente extremo para que uno acuda a un profesional para ayuda. Y si una persona viene de un antecedente donde los remedios tradicionales se utilizan mucho más que la medicina moderna, ese individuo tendrá menos probabilidad de buscar ayuda con un psicólogo modernos o un médico. La mayor dificultad es convencer a una persona con este tipo de antecedentes a ignorar básicamente sus propias creencias y confiar en la medicina moderna.

Otro aspecto que podría afectar la voluntad de un latino de buscar tratamiento es su nivel de aculturación en los Estados Unidos. Los latinos, especialmente las mujeres, tienen una mayor percepción de acceso al tratamiento, debido a su mayor probabilidad de buscar tratamiento. Y si una persona es un votante registrado en los Estados Unidos parece ser un buen indicador de qué tan aculturado esa persona es (Alegria et al. 183). La capacidad de registrarse para votar les da a los latinos un sentido de que son parte de un grupo “especial” caucásico y les da un sentido de

pertenencia y poder. Estos sentimientos positivos, por lo tanto, animan a los latinos a buscar ayuda para la depresión y otros trastornos mentales porque sienten que son “estadounidenses”.

Factores que impiden la utilización de los servicios de salud mental

El camino hacia la búsqueda de ayuda para la depresión no es tan sencillo y simple como parece, especialmente para los latinos. Hay muchos factores que impiden que los latinos busquen ayuda y muchos de ellos están asociados con la generalización de que los latinos tienen un nivel socio-económico bajo. Pero la verdad es que los latinos son más propensos a vivir en barrios pobres y no tienen ingresos disponibles para los servicios de salud mental (Delgado et al. 41). Como resultado, un número significativo de minorías recibe atención de salud mental que es peor, en comparación con los no-blancos latinos (Ishikawa et al. 1558). Entre los investigadores hay desacuerdo sobre los factores, pero que los factores que alcanzan un consenso incluyen el alto costo del cuidado de la salud, la discriminación que resulta en menor atención a las minorías (1558), la pobreza, bajos niveles de aculturación, el aislamiento social y el uso de fuentes alternativas indígenas (Rosenheck et al. 336).

La pobreza y un nivel socio-económico bajo son dos de los factores más asociados con la baja tasa de búsqueda de ayuda entre los latinos. Sin importar el estado del seguro médico del individuo (aunque por lo general no es muy bueno) cuanto más bajo sea el nivel socioeconómico, la probabilidad de que el individuo utilice servicios mentales será mucho más baja (Delgado et al. 42). Básicamente, sin embargo, el estado del seguro médico es el factor determinante de la utilización de servicios médicos (Haynes et al. 357) y:

An uninsured person is twice as likely as an insured person to go without medical care. The issue of health care access as related to insurance status is compounded

for rural Latinos considering that minorities, regardless of insurance status, are less likely than whites to use physician services, and use is even lower if the person is from a rural area. This is especially a problem since Latinos are less likely to be insured than other groups, and therefore have poorer access to healthcare. (Haynes et al. 357-358)

Para los latinos, ya es un desafío utilizar los servicios de salud mental. Pero cuando el seguro no es una opción viable, cualquier esperanza de obtener ayuda esencialmente desaparece.

El otro problema del seguro médico y la pobreza es que los médicos que el seguro incluye muchas veces no hablan español, un factor que es muy importante para los latinos que tienen competencia en inglés regular o deficiente (Delgado et al. 42). Además, no son sólo los médicos que no hablan español: los proveedores de seguro no lo hablan tampoco. Debido a las diferencias de idioma, los latinos que visitan a un médico encuentran que son tratados de manera diferente y que los médicos no han invertido mucho en ellos como pacientes (42). Los latinos también reciben diagnósticos diferentes. Los latinos tienen menos probabilidad de recibir recetas para medicamentos antidepresivos. Ellos son “approximately half as likely to have office visits documenting antidepressant therapy, a diagnosis of depressive disorder, or both” (Delgado et al. 42). Que esto ocurra regularmente no es ético y es potencialmente peligroso para el individuo y para los demás. Este sesgo y prejuicio hacia los latinos podría resultar en una falta de tratamiento de una persona que sufre de depresión grave y puede resultar en daño a los demás.

El sesgo y el prejuicio son factores que también tienen influencia sobre si un latino va a buscar ayuda o no (42). Con los sentimientos recientes hacia los latinos, alimentados por la ley en contra de la inmigración ilegal de Arizona en los últimos años, el uso de servicios de salud mental por los latinos se ha reducido drásticamente. Y aunque los sentimientos en contra de los inmigrantes ilegales supuestamente son para los inmigrantes ilegales en general, son los latinos, particularmente los mexicanos, que son estereotipados como la principal amenaza inmigrante

ilegal. Este pensamiento estereotipado lleva a que los médicos, sin saberlo, incorporen los prejuicios y estereotipos en la evaluación y el tratamiento de un paciente. Esto puede causar que los pacientes rechacen las recomendaciones de tratamiento y desarrollen una visión negativa hacia el cuidado de la salud mental (42). Y si un médico se percibe como parcial o perjudicado, las probabilidades de obtener una recomendación son menores, a causa de su prejuicio, y todo se descontrola, causando una falta de confianza general en los servicios de salud mental (42). Si un grupo racial entero siente que no va a recibir el tratamiento adecuado, no va a buscar ayuda cuando sea necesaria y probablemente seguirá sufriendo de la depresión.

El nivel de aculturación en los Estados Unidos también puede impedir el deseo de los latinos de obtener ayuda para la depresión. La depresión es un trastorno mental común en los Estados Unidos. Para los latinos, cuanto más tiempo están en el país, después de la inmigración, más probabilidades hay de que estén deprimidos. Unos estudios recientes han demostrado que cuanto más tiempo un individuo pasa en los EE.UU, mayor será la prevalencia de un trastorno mental (Yznaga 159). Y si un latino nace en los EE.UU, él o ella es automáticamente más aculturado/a y por lo tanto más propenso/a a ser diagnosticado/a con la depresión en algún momento (Delgado et al. 41). A causa de estos resultados de la aculturación, la idea del biculturalismo parece ser la mejor alternativa para animar a los latinos a que busquen ayuda (Yznaga 159). Los inmigrantes latinos vienen a los EE.UU con la esperanza de una nueva vida, pero inmediatamente sienten el estrés de dejar su país y tratar de adaptarse a una nueva cultura y forma de vida. Para que puedan tener más éxito, el biculturalismo es la mejor alternativa. En vez de renunciar su cultura para adaptarse a la cultura de los EE.UU, los inmigrantes latinos deben combinar las dos igualmente para hacer la mejor situación posible. Y si el biculturalismo

es más prevalente que la aculturación, tal vez los latinos no sentirán que la cultura de los EE.UU esté obstaculizando su capacidad de recibir atención de salud mental.

Las barreras del idioma

El idioma siempre presenta dificultades cuando se trata de diagnosticar a los pacientes. Aun cuando sólo hay un idioma, es necesario comunicarle los síntomas claramente al médico para recibir un diagnóstico correcto. Aproximadamente 19% de los pacientes latinos no buscan tratamiento médico debido a la barrera del idioma (Haynes 358). Y esta barrera del idioma entre los hispanohablantes y los médicos de los Estados Unidos crea un problema grande en el tratamiento de la depresión entre los latinos. Si uno no es capaz de comunicar claramente sus síntomas, ¿cómo puede recibir un diagnóstico adecuado? No puede. En los Estados Unidos aproximadamente 49,6 millones de personas (o 18,7% de los residentes de los EE.UU) hablan una lengua diferente del inglés en casa (Flores 229). Además, 22,3 millones de personas (o 8,4%) tienen la habilidad limitada de hablar inglés, hablando inglés con un nivel de competencia menos del nivel de “muy bien”. En California, 20% de los residentes hablan inglés a este nivel de menos de “muy bien” (229). Con tantos hispanohablantes, se podría pensar que habría una cierta cantidad de intérpretes disponibles en el sector de la medicina, incluyendo a los psicólogos.

La calidad de la asistencia y la capacidad de comunicar claramente están directamente correlacionadas. Las barreras idiomáticas se han asociado con “less discussion of medication side effects and potentially poorer compliance, reduced question asking and patient recall of clinician encounters, and lower utilization of preventative health screening” (Delgado et al. 42).

Y entonces, la comunicación entre los profesionales y los pacientes es bastante necesaria para diagnosticar a alguien correctamente. Y así, a causa de una incapacidad de comunicarse síntomas claramente, se producen diferencias en la atención y se afecta con frecuencia el diagnóstico de la depresión, así como la hipertensión y la diabetes (43). Y si un latino recibe un diagnóstico o un tratamiento incorrecto, el paciente se encuentra con una gran desventaja y podría empeorarse a largo plazo.

Sin embargo, hay insuficientes intérpretes proporcionados a los pacientes que los necesitan. Pocos médicos reciben entrenamiento para trabajar con intérpretes y “no interpreter was used in 46 percent of emergency department cases involving patients with limited English proficiency” (Flores 230). Un mísero 23% de los hospitales de entrenamiento tiene programas para enseñarles, y la mayoría lo hacen opcional. Esta barrera del idioma puede tener resultados terribles. Los pacientes que tienen condiciones psíquicas, que no hablan inglés, tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico de psicopatología severa (230). Un paciente que recibe un diagnóstico de psicopatología severa típicamente sufre de esquizofrenia, trastorno bipolar o tiene tendencias suicidas. La depresión no se clasifica comúnmente como la psicopatología severa a menos que el paciente esté severamente deprimido. Un caso grave de la mala interpretación en una emergencia ocurrió cuando:

a Spanish-speaking 18-year-old had stumbled into his girlfriend's home, told her he was “intoxicado,” and collapsed. When the girlfriend and the mother repeated the term, the non-Spanish-speaking paramedics took it to mean “intoxicated”; the intended meaning was “nauseated.” After more than 36 hours in the hospital being worked up for a drug overdose, the comatose patient was reevaluated and given a diagnosis of intracerebellar hematoma with brain-stem compression. (230)

El paciente murió después de recibir un tratamiento completamente equivocado debido a la barrera del idioma. En el año 2000, una orden ejecutiva presidencial fue emitida para

proporcionarles a los pacientes intérpretes a través de reembolso por terceras partes. A partir de 2006, solamente 13 estados proveen este servicio, pero la mayoría de los estados con el mayor número de pacientes con dominio limitado del inglés no tiene este servicio (230).

Muchas veces, intérpretes ad hoc, que incluyen miembros de familia, amigos, niños, miembros del personal que no son entrenados e incluso extraños aleatorios de la calle, son empleados como alternativas “adecuadas” a intérpretes profesionales. Si bien puede parecer seguro, frecuentemente estos “intérpretes” no saben suficiente jerga médica o no saben la jerga médica correcta para ayudar adecuadamente a una evaluación médica o psicológica (231). Estos intérpretes pueden causar la inhibición de la divulgación de información por parte del paciente, lo cual es muy poco útil cuando se trata de diagnosticar a alguien. Los niños también se utilizan con frecuencia como intérpretes (231). Es muy riesgoso usarlos como intérpretes, sin embargo, debido a que no tienen las mismas probabilidades de tener un dominio de español e inglés, en particular cuando se trata de conocer la jerga médica en los dos idiomas.

Un argumento que se ha hecho en contra de proporcionar intérpretes en los centros médicos es el costo. Pero, en un informe de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget) de California, se estimó que costaría, “on average, only \$4.04 (0.5 percent) more per physician visit to provide all U.S. patients who have limited English proficiency with appropriate language services for emergency-department, inpatient, outpatient, and dental visits” (231). Si este es el caso, 4,04 dólares es un precio bajo por la atención médica de calidad que debe facilitarse por igual entre aquellos que lo necesitan.

El uso de un intérprete no podría haber sido más útil que en el caso de Sonia Hermosillo, una madre de tres hijos que empujó a su hijo del tercer piso de un edificio de estacionamiento mientras que ella sufría de un caso severo de depresión posparto (Santa Cruz and Sewell). Ni

ella ni su esposo, habla inglés. Sus amigos y sus vecinos la describieron como amable y amorosa. Pero después de que ella dio a luz a su tercer hijo, un niño con un defecto de nacimiento, ella cambió completamente y se hizo taciturna y triste. No sentía ni amor ni compasión por su hijo. Su esposo, Noe Medina, no la culpa, describiendo su comportamiento como “not in her five senses...she didn't know what she was doing.” En su lugar, abogó por una mayor educación sobre la depresión posparto. Él cree que muchas personas no saben mucho sobre la depresión posparto y que es un trastorno que puede ser muy grave para más que la madre. Si Sonia hubiera sabido que sus sentimientos de depresión son normales después de dar a luz y si hubiera recibido tratamiento para su depresión, su bebé podría estar vivo y ella no estaría en la cárcel.

La importancia de los intérpretes en el diagnóstico de los pacientes que no hablan inglés es muy relevante en los Estados Unidos y necesita ser estudiado seriamente para evitar más tragedias y diagnósticos erróneos.

Competencia cultural en el cuidado de la salud mental

Es siempre importante para una terapeuta pensar en la cultura cuando trata a un paciente. Muchos investigadores y académicos creen que para obtener los mejores resultados en el tratamiento de los latinos, la consideración de la cultura es crucial (Cardemil and Sarmiento 330). La incorporación de la competencia cultural a la psicoterapia también mejoraría el acceso a los servicios y el cumplimiento al tratamiento (Rosenheck et al. 336). Para que se considere a un proveedor o un terapeuta culturalmente competente dentro de los sistemas de salud del comportamiento, el individuo tiene que exhibir “the knowledge, attitudes, and skills necessary to

help people from many diverse backgrounds to achieve recovery” (Jonikas et al. 122). Una de las formas de terapia que gravemente carece de la competencia cultural es el grupo de apoyo (122).

Hoy en día, el grupo de apoyo es visto como un buen complemento a los servicios de salud mental tradicionales (122). Para que los grupos de apoyo puedan ser considerados apoyo de los pares, la ayuda debe ser dada y recibida basada en el respeto, la responsabilidad compartida y la aceptación mutua de lo que es útil. Y mientras que los grupos de apoyo se han demostrado como exitosos, los latinos y otras minorías no son participantes tan frecuentes como los caucásicos en estos grupos. No es sorprendente que una de las razones comúnmente mencionadas por los latinos por no asistir a los grupos de apoyo es que sienten que los programas no van a respetar su diversidad, su raza, su cultura, su lengua o su etnicidad. Las minorías también han informado de casos cuando el personal no reconoció sus propias necesidades de ser culturalmente conscientes y que carecían de información sobre las culturas que estaban presentes (125). Pues, los investigadores creen que si los grupos de apoyo van a ser más frecuentados por latinos y otras minorías, la competencia cultural debe desarrollarse entre los facilitadores de los grupos.

Muchos de los grupos de apoyo exitosos han hecho sugerencias para mejorar la competencia cultural en los grupos de apoyo. Algunos sugieren que los miembros del grupo hablen con las otras personas en el grupo y lleguen a conocerlas, mientras que otros sugieren que inviten a compañeros de diferentes culturas para dar presentaciones sobre su cultura (126). Otros recomiendan tener miembros de las minorías ya en el grupo. No importa qué es la sugerencia, sin embargo, porque lo importante es tener la competencia cultural dentro del grupo de apoyo. Porque los latinos ya son aprensivos sobre el tratamiento de los trastornos mentales, asegurar que

los grupos de apoyo sean un ambiente abierto y respetuoso para todos los latinos y otras minorías es fundamental para tener éxito en estos grupos de apoyo.

Pero no es sólo los grupos de apoyo que tienen que estar conscientes de las diferentes culturas. Para el tratamiento de los latinos, los investigadores han encontrado que tres enfoques a la cultura en la psicoterapia podrían ser muy útiles en la reducción del estigma en el tratamiento de los pacientes latinos (Cardemil and Sarmiento 331). El primer enfoque consiste en tener terapeutas culturalmente competentes. Los terapeutas culturalmente sensibles parecen ser una necesidad obvia en la búsqueda de tratamiento para los latinos; sin embargo, no hay muchos terapeutas que realmente son entrenados para ser culturalmente competentes. Para tener un terapeuta que está entrenado para ser culturalmente sensible con los latinos, tendría que conocer las diversas experiencias históricas, culturales y políticas de los diversos grupos étnicos latinos (332). Una parte muy importante de tener esa comprensión es también la comprensión de que los latinos tienen concepciones diferentes de la enfermedad mental y la forma en que algunos le dan sentido a su enfermedad. Por ejemplo, algunos latinos utilizan “nonmedical explanations, such as dream interpretation, spiritual and religious exploration, and supernatural perspectives...in addition to connecting with standard medical-model forms” (Cardemil and Sarmiento 332). También es importante que los terapeutas comprendan los conceptos como el familismo y el machismo y otros valores culturales que tal vez no tengan sentido para ellos, puesto que forman parte de la vida y las percepciones del mundo de sus pacientes latinos. Básicamente, para que este enfoque tenga éxito, los terapeutas deben estar dispuestos a recibir el entrenamiento e incorporarlo en sus enfoques terapéuticos anteriores.

El segundo enfoque enfatiza menos el entrenamiento de los terapeutas a ser culturalmente competente y más la integración de la cultura en el tratamiento preestablecido para que sea

relevante para las distintas culturas (333). Hay muchos diferentes cambios y adaptaciones que se pueden hacer. Pequeños cambios consisten en “changes to the intervention so as to match the delivery of the intervention to observable characteristics of the target population but that leave the vast majority of the intervention intact,” y así se harían cambios de nivel superficial (333). Por otro lado, un cambio grande puede ser la utilización de metáforas, argot y expresiones culturalmente relevantes que pondría a los pacientes más cómodos. Estas soluciones no van a causar un gran impacto, pero sería una buena consideración para tener en cuenta cuando un terapeuta está tratando a un paciente latino, especialmente con el tratamiento de la depresión. En todos los estudios sobre el tratamiento cognitivo-conductual con latinos de bajos ingresos:

the authors made similar cultural adaptations to the treatment, including the use of bilingual and bicultural providers, translation of all materials into Spanish, reduction in the number of therapy sessions, and the use of interaction styles that incorporate the Latino values of *respeto*, *simpatía*, and *personalismo*. (334)

Y, en general, los resultados mostraron que agregar de adaptaciones culturalmente sensibles en el tratamiento de la depresión ha tenido resultados positivos y menores tasas de deserción (334).

El tercer enfoque enfatiza la creación de una terapia completamente nueva que sería culturalmente centrada (337). Esta nueva forma de terapia se crearía desde cero y no sería una adaptación de la psicoterapia tradicional. Para crearla, específicas concepciones culturales y expresiones de angustia tendrían que ser utilizadas para presentar la terapia desde el punto de vista cultural, no desde una perspectiva adaptada. Este enfoque se basa menos en las definiciones tradicionales del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) y poniendo al paciente en una categoría; es más libre y abierto para el paciente y crea un tratamiento individuo, basado en la cultura, para cada individual (339). Un ejemplo de este tipo de terapia es el uso de los cuentos en la terapia. *Cuento therapy* utiliza cuentos culturales para ayudar a facilitar el proceso de curación (338). Sin embargo la posibilidad de personalizar esta manera tiene sus

inconvenientes. Si un tratamiento es personalizado para un individuo, es difícil que sea aplicable para otra persona, lo cual significa que será menos favorecida como una opción de tratamiento debido a su falta de versatilidad.

Considerándolo todo, la competencia cultural es un factor importante que podría ayudar en el tratamiento de más latinos.

Reconocimiento de voz computadorizado

Con el crecimiento de la población de hispanohablantes en los Estados Unidos, maneras de ofrecerles servicios de salud mental son necesarias. De todos los profesionales para servicios de salud mental en los Estados Unidos, solamente 500 a 600 de los profesionales son “appropriately trained bilingual mental health professionals who can provide Spanish-speaking clinical services” (Valenzuela et al. 94). Una de las soluciones que se ha utilizado en el campo de la salud mental para luchar contra las barreras idiomáticas es un cuestionario informatizado para los pacientes. Estos programas se pueden realizar por teléfono, en el ordenador o en un consultorio médico y mejoran “the quality, quantity, and integrity of clinical data by accurately transcribing, scoring, and storing patients’ responses; standardizing administration procedures; and minimizing errors attributable to human oversight” (González et al. 399). Estos sistemas computadorizados para el diagnóstico de la depresión también son económicos al reducir el tiempo para hacer una evaluación de un paciente (398).

Uno de los sistemas que está demostrando que es un éxito es un programa computadorizado de reconocimiento de voz para hispanohablantes. Debido a las barreras idiomáticas que estos latinos enfrentan, los recursos de salud mental son drásticamente

infrautilizados (Valenzuela et al. 94). Este programa es muy útil para los latinos que no pueden leer ni escribir inglés o para los que no hablan inglés, lo cual es muy útil en las comunidades que hablan inglés y español (González et al. 398). El programa puede “administer a discrete choice questionnaire by presenting an item (visually on a computer screen or aurally by prerecorded prompts) and recognizing a spoken response,” por lo tanto bajando la barrera del idioma y proporcionando un diagnóstico más preciso (398). Y aunque parece que nada puede sustituir la interacción de persona a persona, los clínicos pueden inadvertidamente omitir hasta 35% de la información de la entrevista, lo cual podría ser perjudicial para el paciente (Valenzuela 95). Y si la barrera del idioma y las traducciones defectuosas se incluyen, mucha información que podría ser útil en el tratamiento de los pacientes latinos está perdida.

Otro factor que desempeña en el éxito de los programas informáticos de diagnóstico es la falta de entrevistas en persona (95). Según investigadores, muchos pacientes deprimidos prefieren las entrevistas por ordenador-interactivo, en vez de las entrevistas en persona. Los pacientes reportan que se sienten más cómodos al divulgar una respuesta sensible a una computadora que a una persona. Esta falta de entrevistas en persona puede ser beneficiosa para los pacientes que se sienten incómodos compartiendo sus sentimientos, tales como pensamientos suicidas, y puede provocar un intercambio de información más de lo que se comparte con un entrevistador humano.

Si estos programas son utilizados por profesionales que se enfrentan a un ámbito de cuidados de salud multilingüe, como en ciudades o lugares donde se habla más de inglés, se puede ahorrar tiempo y dinero, así como proporcionar un diagnóstico más preciso (González et al. 401). Un examen computadorizado se puede realizar mientras el paciente está esperando ser atendido por un profesional. El programa puede hacer un informe que puede ser leído por el

personal que habla inglés que describe el estado de ánimo del paciente y los síntomas posibles. El sistema también podría aplicarse a chequeos semanales y puede identificar con precisión los primeros síntomas de depresión clínica, por lo tanto bajando la intensidad necesaria para tratar al paciente (402). Además, utilizar el programa podría reducir los costos en general y podría ser una alternativa viable para reducir los costos del cuidado de salud mental.

Aunque el servicio de análisis computadorizado es bueno, hay desventajas también. Algunos pacientes se sienten incómodos cuando están reportando los síntomas a una computadora, en vez de una persona, particularmente si se trata de información sensible. Otra preocupación es las referencias falsas, lo que significa que la computadora da un diagnóstico incorrecto, ya sea mediante el diagnóstico de forma incorrecta o por un diagnóstico cuando no hay ningún trastorno mental (402). Ningún programa es perfecto, y en este caso, los beneficios parecen ser mayores que los negativos.

Perfeccionar el diagnóstico de los pacientes que hablan español, o que tienen capacidad limitada de hablar inglés, tomará tiempo, pero el sistema de reconocimiento de voz es un paso sólido en la dirección apropiada.

Recursos para la depresión para los latinos en el condado de San Luis Obispo

Según el censo de 2011, 21,3% de la población del condado de San Luis Obispo era de origen hispano o latino (“State and County QuickFacts – San Luis Obispo County, California”). Este porcentaje es casi una cuarta parte de la población del condado de San Luis Obispo. Y así, con una población latina significativa, es razonable preguntarse qué compromiso existe con la comunidad y el tratamiento para la depresión para hispanohablantes o latinos con poca

competencia en inglés. Transitions Mental Health Association (TMHA) es una organización en San Luis Obispo “committed to eliminating the stigma of mental illnesses, maximizing personal potential and providing innovative mental health services to individuals and families in need” (“About Us – TMHA).

Según Barry Johnson, el director del departamento de rehabilitación y promoción de servicios, TMHA proporciona grupos de apoyo familiar e información en español para las familias monolingües (Johnson). TMHA también proporciona asistencia a través de una línea telefónica 24/7. Estos programas no se han diseñado para la población hispanohablante, pero se ofrecen en español por personal y voluntarios bilingües y biculturales. Sin embargo, las familias latinas no suelen buscar ayuda con THMA hasta que su miembro familiar está en crisis, a pesar de todos los recursos que están disponibles para ellos en español.

Para alcanzar a la comunidad, el personal que habla español de TMHA trabaja muy duro para comunicarse a la población hispanohablante en el condado de San Luis Obispo. Ellos participan en “local health fairs, outreach events (Cinco de Mayo) and school functions within the Spanish speaking communities...in addition to...representation on the Latino Outreach Council.” TMHA trabaja para hacer los recursos disponibles para hispanohablantes en San Luis Obispo y para reducir el estigma de la enfermedad mental en la comunidad, por lo que TMHA es muy necesaria en la lucha contra la depresión entre los latinos en San Luis Obispo.

Conclusión

La depresión es un trastorno mental sumamente debilitante, que sin tratamiento, puede ser peligroso tanto para el individuo como para los demás. El estigma que rodea la depresión es

difícil de superar, pero en el caso de las minorías en los Estados Unidos, como los latinos, la depresión va aún más sin tratar. Los índices de búsqueda de ayuda para la depresión entre los latinos son relativamente bajos por una variedad de razones. Muchos de los obstáculos que afectan a los latinos tienen que ver con el idioma y la cultura.

Una barrera del idioma es muy difícil de superar, particularmente algo que requiere un vocabulario técnico y es difícil de comunicar en primer lugar. Para los latinos en los Estados Unidos, mientras que el español es una lengua relativamente común, el número de profesionales de salud mental que también tienen suficiente fluidez en español para poder entender y comunicarse es bajo. El otro factor que afecta tener habilidades suficientes para comunicarse con pacientes que hablan español es la competencia cultural y ser capaz de respetar y relacionarse con las culturas de los pacientes. Los pacientes son más propensos a buscar tratamiento y aceptar ayuda que difiere de sus creencias culturales si sienten que los profesionales de salud mental son respetuosos y tienen cierta comprensión de su cultura.

En mi investigación de esta área de salud mental, yo estaba muy decepcionada por la falta de investigaciones hechas no sólo sobre los latinos, sino otras minorías, y si ellos son receptivos al tratamiento. Tengo la esperanza de que en el futuro, más opciones de idiomas estén disponibles en el tratamiento de los trastornos mentales y que se haga más compromiso, particularmente en comunidades donde hay una gran población que no habla inglés o tiene mínimas habilidades de hablar inglés, como en San Luis Obispo. Hay mucho por hacer, pero espero que el futuro del tratamiento de la depresión en los Estados Unidos no sea tan blanco y negro.

Referencias Bibliográficas

“About Us – TMHA.” *Transitions-Mental Health Association*. Transitions-Mental Health Association, n.d. Web. 25 February 2013.

“Depresión.” *National Institute of Mental Health*. National Institutes of Health, Oct. 2010. Web. 27 Jan. 2013.

“Major Depression.” *PubMed Health*. U.S. National Library of Medicine, 7 Mar. 2012. Web. 27 Jan. 2013.

“State and County QuickFacts – San Luis Obispo County, California.” *United States’ Census Bureau*. U.S. Department of Commerce, 10 Jan. 2013. Web. 25 February 2013.

Margarita Alegria, et al. "Social Capital, Acculturation, Mental Health, And Perceived Access To Services Among Mexican American Women." *Journal Of Consulting & Clinical Psychology* 80.2 (2012): 177-185. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Beck, A.T., et al. “An Inventory for Measuring Depression.” *Archives of General Psychiatry* 4.1 (1961): 561-571. *PsychInfo*. Web. 29 Jan. 2013.

Cardemil, Esteban and Ingrid Sarmiento. "Clinical Approaches to Working with Latino Adults."

Handbook of U.S. Latino Psychology: Developmental and Community-Based

Perspectives. Ed. Franciso Villaruel. Los Angeles: Sage, 2009. 329-345. Print.

Chow, Julian Chun-Chung, et al. "Racial/Ethnic Disparities in the Use of Mental Health Services in Poverty Areas." *Am J Public Health* 93.5 (2003): 792-797. *NCBI*. Web. 30 Jan. 2014.

Pedro L. Delgado, et al. "Depression and Access to Treatment Among U.S. Hispanics: Review of the Literature and Recommendations for Policy and Research." *FOCUS* 4.1 (2006): 38-47. *PsychInfo*. Web. 12 Dec. 2012.

Flores, Glenn. "Language Barriers to Health Care in the United States." *New England Journal of Medicine* 20 July 2006: 229+. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Gallo, Carla, and Mauricio Tohen. "Current Status And Future Perspectives For Psychiatry/Mental Health Research In Latin America." *International Review Of Psychiatry* 22.4 (2010): 382-393. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

González, Gerardo M., and John Winfrey. "A Bilingual Telephone-Enabled Speech Recognition Application For Screening Depression Symptoms." *Professional Psychology: Research & Practice* 31.4 (2000): 94-111. *Academic Search Premier*. Web. 15 Jan. 2013.

Donna F. Haynes, et al. "Educational And Health Services Innovation To Improve Care For Rural Hispanic Communities In The US." *Education For Health: Change In Learning & Practice (Taylor & Francis Ltd)* 18.3 (2005): 356-367. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Ishikawa, Rachel Zack, Esteban V. Cardemil, and Rachel Joffe Falmagne. "Help Seeking And Help Receiving For Emotional Distress Among Latino Men And Women." *Qualitative Health Research* 20.11 (2010): 1558-1572. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Johnson, Barry. Personal Interview. 25 February 2013.

Jessica A. Jonikas, et al. "Cultural Competency in Peer-Run Programs: Results of a Web Survey and Implications for Future Practice." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34.2 (2010): 121-129. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

J. J. Mann, et al. "Rates Of Lifetime Suicide Attempt And Rates Of Lifetime Major Depression In Different Ethnic Groups In The United States." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110.6 (2004): 446-451. *Academic Search Premier*. Web. 30 Jan. 2013.

T. Mendelson, et al. "Depression Among Latinos in the United States: A Meta-Analytic Review." *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 76.1 (2008): 355-366. *Academic Search Elite*. Web. 2 Feb. 2013.

Robles, Enrique Camarena, and Edgard G. Belfort. "The Reality Of The Management Of Mental Health Services In Latin America, Reflexions From The Perspective Of A Vision Of Strategic Planning." *International Review Of Psychiatry* 22.4 (2010): 401-407. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Rodríguez, Jorge J. "Mental Health Care Systems In Latin America And The Caribbean." *International Review Of Psychiatry* 22.4 (2010): 317-324. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Emiliano Rodríguez-Sánchez, et al. "Loneliness And Mental Health In A Representative Sample Of Community-Dwelling Spanish Older Adults." *Journal Of Psychology* 146.3 (2012): 277-292. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Robert Rosenheck, et al. "Perceived Needs And Service Use Of Spanish Speaking Monolingual Patients Followed At A Hispanic Clinic." *Community Mental Health Journal* 37.4 (2001): 335. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.

Santa Cruz, Nicole and Abby Sewell. "Husband of Woman Accused of Killing Baby Defends Her." *Los Angeles Times* 25 Aug. 2011, local. Print.

Santiago-Rivera, Azara L., Patricia M. Arredondo, and Maritza Gallardo-Cooper. *Counseling Latinos and La Familia: A Practical Guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002. Print.

Mario Valenzuela, et al. "Bilingual Telephone-Assisted Computerized Speech-Recognition Assessment: Is A Voice-Activated Computer Program A Culturally And Linguistically Appropriate Tool For Screening Depression In English And Spanish?." *Cultural Diversity And Mental Health* 3.2 (1997): 93-111. *PsycARTICLES*. Web. 15 Jan. 2013.

P. West, et al. "Initial Outcomes Of A Culturally Adapted Behavioral Activation For Latinas Diagnosed With Depression At A Community Clinic." *Behavior Modification* 34.2 (2010): 120-144. *CINAHL Plus with Full Text*. Web. 30 Jan. 2013.

Wilkinson, R. G. "Socioeconomic Determinants of Health: Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards?" *British Medical Journal* 314.1 (1997): 591-595. *Academic Search Elite*. Web. 2 Feb. 2013.

Yznaga, Selma d. "Using The Genogram To Facilitate The Intercultural Competence Of Mexican Immigrants." *Family Journal* 16.2 (2008): 159-165. *Academic Search Elite*. Web. 17 Jan. 2013.