

Introducción

Hay aproximadamente 6,5 billones de personas viviendo en el planeta tierra. Dentro de este número, hay más personas viviendo fuera de su país de origen que en ningún otro momento de la historia. Una persona cada 35 es un inmigrante internacional – 3 % de la población global. Si observamos el mundo hoy, ¿hay alguna cultura, religión o raza que esté contenida 100% en un solo país? Podemos encontrar idiomas, religiones, relaciones familiares y valores dramáticamente diferentes, así como cuidados y tratamientos de la salud distintos dondequiera que estemos. Incluyendo nuestros respectivos países. Una mujer, profesional de la salud mental nacida y entrenada en la India, puede haberse mudado al Reino Unido y estar tratando a un paciente masculino nacido y criado en Ecuador — ¿Cómo se comunican y como pueden ver los dos la misma enfermedad mental?

La cultura puede influenciar muchos aspectos de la salud mental, incluyendo las formas de comunicación y como manifiestan los síntomas los individuos de una cierta cultura, sus estilos para arreglar situaciones, los soportes familiares y comunitarios y su voluntad para buscar tratamiento. Igualmente, las culturas del médico y del sistema de servicio, influye en el diagnóstico, tratamiento y distribución del servicio. Las influencias sociales y culturales no son los únicos determinantes de la enfermedades mental y los patrones de uso del servicio, pero sí juegan roles importantes.

En el marco del cuidado de la salud mental, la cultura impacta en cómo la gente:

- Rotula y comunica el trastorno.
- Explica las causas de los problemas de salud mental.
- Percibe a los proveedores de salud mental.
- Utiliza y responde al tratamiento en salud mental.

¿Como podemos ir hacia adelante y dar el mejor cuidado posible si no tomamos en cuenta las diferencias de aquellos a quienes tratamos de ayudar ?. ¿Como podemos superar las barreras del idioma y diferencias culturales, puntos de vista de la enfermedad mental, cuestiones de género, y diferentes métodos de entrenamiento y enseñanza? La Campaña del Día Mundial de la Salud Mental del 2007 prestará especial atención a los servicios y tratamientos de salud mental transculturales. La Federación Mundial para la Salud Mental busca la oportunidad de trabajar juntos para desarrollar una aproximación al cuidado de la salud que incorpore los antecedentes culturales y creencias, trate las barreras idiomáticas, y cree formas de diálogo culturalmente sensibles.

La gente probablemente está más atada a sus creencias étnicas y culturales cuando está enferma que cuando se siente bien. La enfermedad es estresante y puede llevar a los individuos a volver a lo conocido y confortable.

(Foundations of Nursing, Transcultural Healthcare)

Este paquete comienza con una perspectiva histórica de Eugene Brody, M.D. que nos desafía a responder una pregunta: ¿que tan lejos hemos realmente llegado en salud mental transcultural y que más queda por hacer? Este paquete incluye información sobre el impacto de la cultura sobre los servicios y la comprensión pública, el impacto de la cultura a lo largo de la vida, cuestiones especiales de los migrantes y poblaciones vulnerables, una visión de algunas prácticas y programas en diferentes países; y nuestro llamado a la acción para desarrollar un sistema de cuidado culturalmente competente para todos.

Referencias:

- Satcher, David. "Mental Health: Culture, Race, Ethnicity."
<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/execsummary-6.html>
- Hogg Foundation, "Cultural Adaptation: Providing Evidence-Based Practices to Populations of Color"
http://www.hogg.utexas.edu/programs_cc.html

Definiciones

A continuación hay una lista de definiciones para términos utilizados en este paquete. Esperamos que sean de utilidad mientras ustedes educan a otros en su comunidad

Aculturación: 1. La modificación de la cultura de un grupo o individuo como resultado del contacto con una cultura diferente. 2. El proceso por el cual la cultura de una determinada sociedad es incorporada en un ser humano, desde la infancia en adelante. (American Heritage Dictionary)

Psiquiatría Transcultural: está preocupada por el contexto cultural y étnico de los desordenes mentales y los servicios psiquiátricos. Surgió como un terreno coherente, de varias líneas de trabajo, incluyendo investigaciones de la prevalencia y forma de los desórdenes en diferentes culturas o países; el estudio de poblaciones que migrantes, la diversidad étnica dentro de los países, y el análisis de la propia psiquiatría como un producto cultural. (Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Cross-cultural_psychiatry)

La definición de cultura ha sido durante mucho tiempo motivo de controversia, y es un término utilizado de varias maneras. Algunas pocas definiciones habitualmente usadas son:

- “**Cultura** es ese complejo integral que incluye conocimiento, creencias, artes, moral, leyes, costumbres, y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por un ser humano como miembro de una sociedad “. El término subcultura se utiliza para referirse a culturas minoritarias dentro de una cultura dominante mayor. (Taylor, E. in Seymour-Smith, C. (1986), Macmillan Dictionary of Anthropology).
- “**Cultura** es la programación colectiva de la mente humana que distingue a los miembros de un grupo de seres humanos de otros grupos. Cultura es en este sentido un sistema colectivo de sostener valores”. (Geert Hofstede).

Integración Cultural: es el acto de realizar puentes, interconectar o mediar entre grupos o personas de diferentes entornos culturales con el propósito de reducir el conflicto o producir cambio (Jezewski, 1990). Un trabajador cultural es definido como alguien que actúa en defensa o respaldo de otro individuo o grupo. (Jezewski & Sotnik, 2001).

No hay una única definición de competencia cultural. Las definiciones de competencia cultural evolucionaron desde diversas perspectivas, intereses y necesidades. Los ejemplos incluyen:

- **Competencia cultural** describe, en el cuidado de la salud, a la habilidad de los sistemas para proveer cuidado a los pacientes con diversos valores, creencias y comportamientos, incluyendo la intervención a medida para satisfacer las necesidades sociales, culturales, e idiomáticas de los pacientes. (Betancourt et al., 2002)
- **Competencia cultural** es la demostrada conciencia e integración de tres cuestiones específicas de la población: creencias y valores culturales relacionados con la salud, incidencia y prevalencia de enfermedades, y eficacia del tratamiento. Pero, quizás el aspecto más significativo de este concepto es la inclusión e integración de las tres áreas, las que generalmente son consideradas en forma separada, si es que llegan a ser tomadas en cuenta. (Lavizzo-Mourey & Mackenzie, 1996)
- **Sensibilidad cultural:** es la comprensión y tolerancia de todas las culturas y estilos de vida. Esto resulta crucial en el servicio de una atención competente. (Foundations of Nursing, Transcultural Healthcare)

Inmigrante: una persona que deja un país para establecerse permanentemente en otro país.

Migrante: cualquier persona que vive temporal o permanentemente en un país donde él o ella no nació, y que adquirió algunos lazos sociales significativos con este país.

Multiculturalismo: la preservación de diferentes culturas o identidades culturales dentro de una sociedad unificada, como un estado o nación. (<http://dictionary.reference.com/browse/Multiculturalism>)

Prejuicio: una creencia basada en nociones preconcebidas sobre ciertos grupos de personas. Los prejuicios pueden ser creencias injustas, parciales o interesadas. (Foundations of Nursing, Transcultural Healthcare)

En la Convención de Ginebra de 1951 el término **refugiado** se aplica a “ toda persona que , debido a un temor bien fundamentado de ser perseguido por razones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social particular u opinión política, está fuera de su país de origen y no puede, o debido a ese temor, no desea acogerse a la protección de ese país, o quien, no teniendo nacionalidad y estando fuera del país de residencia habitual como resultado de estos eventos, no puede, o debido a ese temor , no tiene la voluntad de regresar a el. En el caso de una persona que posee más de una nacionalidad, el término “país de su nacionalidad” debe significar cada uno de los países en los cuales está nacionalizado y una persona no debe ser juzgada como careciendo de la protección del país de su nacionalidad si, sin mediar ninguna razón válida de temor bien fundamentado, el mismo no se encuentra en condiciones de acogerse a la protección de uno de los países en los cuales está nacionalizado”. (Convention of 1951, Article 1A (2))

Estereotipar: clasificar o categorizar a la gente, creyendo que todos aquellos que pertenecen al mismo grupo son iguales. Estereotipar infiere nociones preconcebidas pero frecuentemente incorrectas o negativas. (Foundations of Nursing, Transcultural Healthcare)

Transculturación: un término acuñado por Fernando Ortiz en 1947 para describir el fenómeno de culturas combinadas y convergentes.

Adopción de aspectos de otras culturas: el cambio en una cultura, producido por la difusión dentro de ella, de aspectos de otras culturas.
(<http://encarta.msn.com/encnet/features/dictionary/DictionaryResults.aspx?refid=1861721420>)

SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO CULTURAL

¿Cuánto hemos progresado?

Eugene B. Brody, M.D.
WFMH Senior Consultant
WFMH President, 1981-1983
Secretary General, 1983-1999

En 1948, luego de la devastación de la Segunda Guerra Mundial, el documento fundacional de la WFMH apeló por una comunidad mundial basada en “el respeto por las diferencias individuales y culturales”. Proclamó el objetivo de la salud mental como la habilidad para “vivir con nuestros prójimos en un mundo”. Recomendando igual tratamiento y oportunidades para todos, sin importar la cultura, etnia o estatus socio económico, e incluyendo refugiados, enfermos mentales y mujeres, la nueva Federación desafió los valores y prácticas de sociedades tradicionales y autoritarias. Cuatro meses más tarde, las nuevas Naciones Unidas proclamaron una Declaración Mundial de los Derechos Humanos: un grupo de privilegios y protecciones considerados tanto universales, como corolario inalienable del ser humano. Incorporando la visión de que ~~en~~ la esencia el ser humano tiene un valor y dignidad que merece el respeto de los otros, estos privilegios y protecciones, entendidos como derechos, incluyeron ambos, la libertad individual y los derechos materiales. Las libertades enfatizaron los derechos de auto determinación personal, libertad de conciencia y la inviolabilidad del propio cuerpo y personalidad. Los derechos incluyeron comida, refugio, empleo, educación y acceso a cuidados médicos y sociales. El mensaje fundamental es que la salud y el bienestar no pueden sobrevivir a la violación de las libertades básicas o la carencia de necesidades básicas.

En 2007, casi 60 años después, estamos ante el umbral de un verdadero siglo global. Personas formalmente distantes compiten ahora por los mismos recursos mientras luchan por mantener sus propias culturas o adecuarse dentro de otras nuevas.. Los refugiados y otros migrantes cruzan fronteras nacionales y culturales para escapar tanto de la pobreza como de la guerra. Ellos se esfuerzan por lidiar con sus traumas personales y familiares en medio de la diversidad y el cambio. Los valores de elección personal, realización y autonomía en las democracias industriales aún entran en conflicto con aquellos de interdependencia, comunidad y linaje de las sociedades más tradicionales. Los valores tradicionales y sistemas de creencia no necesitan ser sacrosantos. En algunos lugares del mundo aún continúan la opresión de minorías sociales. Prácticas defendidas culturalmente, en el mundo industrializado y el menos industrializado, aún perpetúan discriminaciones que dañan basados en género, poder socio-económico y estatus jerárquico.

La colaboración enfática a través de las fronteras culturales y de clase con ayudantes, así como con los que buscan ayudantes, requiere que reconozcamos nuestra interdependencia con ellos. Vivir con diversidad continúa siendo un trabajo en progreso. Es tiempo de renovar nuestro compromiso con la comprensión intercultural al servicio de las metas interconectadas de promover la salud mental y preservar los derechos humanos.

Referencias:

Brody, Eugene B. “The Concerns of Transcultural Psychiatry.” Brief Communication: Joint Statement of the Committees on Transcultural Psychiatry of the American and Canadian Psychiatric Associations. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXX, 2 (1968), pp. 179-181.

El Impacto de la Cultura en los Servicios y la Comprensión Pública

Cada vez más profesionales de la salud mental trabajan con gente que habla otros idiomas que el idioma principal del país en que residen. El diagnóstico y tratamiento de los desórdenes mentales depende mucho de la habilidad del individuo para explicar sus síntomas y entender los pasos del tratamiento. Las barreras idiomáticas y culturales pueden causar información insuficiente o inexacta que pueden llevar a un diagnóstico erróneo.

La conciencia y percepción pública es bastante diferente de una cultura a otra. Los individuos de algunas culturas están más dispuestos a buscar ayuda de profesionales que los de otras. En otras, se le da una baja prioridad a la enfermedad mental, por lo tanto, el resultado del tratamiento puede ser pobre y la gente no hace tanto esfuerzo en buscar ayuda como harían con una enfermedad física. En algunas áreas, la enfermedad mental puede ser vista como vergonzante para el individuo y su familia

El modelo occidental de salud ve la enfermedad mental como algo que debe ser curado. En esos casos, los servicios tratan básicamente con el desorden de la persona y frecuentemente ignoran otros aspectos que pueden relacionarse con la vida y bienestar del individuo. Sin embargo, en otras partes del mundo, la enfermedad mental puede verse de una manera más holística, tomando en cuenta las dificultades mentales y espirituales experimentadas por una persona con enfermedad mental. Si los individuos no son abordados en estos niveles, frecuentemente son desalentados a buscar ayuda, como fue mencionado anteriormente, y pobremente diagnosticados.

Estar en el hospital puede ser una experiencia difícil y atemorizante, y ello puede tornarse más fácil si hay gente disponible que comprenda el entorno cultural del individuo y sus necesidades; en otras palabras, si esta gente es culturalmente sensible.

Es especialmente importante adoptar una aproximación integral a la salud mental cuando se trabaja con gente de diversos entornos culturales. James y Prilleltensky tomaron una aproximación transdisciplinaria que provee una estructura para comprender y mejorar la salud mental en el contexto de la diversidad cultural. Dicha estructura incluye estudios antropológicos, filosóficos, de ciencias políticas, y estudios religiosos para comprender las vidas sociales, culturales, morales y religiosas de los individuos. Se suman, psicólogos comunitarios y activistas sociales que proveen modelos de cómo intervenir a niveles comunitarios y sociales.

En una visión integradora de la salud, lo político, lo económico, lo moral y lo médico esta conectado de manera inseparable.

Kleinman y Becker

James y Prilleltensky proponen una estructura para la búsqueda de la salud mental en diferentes culturas con consideraciones complementarias:

Filosóficas: La visión de la buena vida, la buena persona, y la buena vida en sociedad. Para entender cómo valores especiales dan forma al concepto de salud mental, la visión de la sociedad de lo que se entiende como buena vida y de la buena vida en sociedad deben ser examinadas. Se puede preguntar a los individuos si creen en las nociones liberales del individualismo y auto-determinación o si tienden a defender perspectivas comunitarias y colectivas. Un individuo puede creer que una “buena persona” no debe contradecir al terapeuta “experto” y, por lo tanto, no estará dispuesto a decir que la terapia particular no fue útil.

En algunas culturas con un estigma alto nivel de estigma vinculado a la enfermedad mental, una “buena persona” puede ni siquiera buscar ayuda de los proveedores de salud mental. Es más, “una buena familia” puede ser una donde los conflictos y problemas familiares no se discuten fuera de la familia y, con certeza, no frente a un extraño, por ejemplo el terapeuta.

La religión de cualquier persona es más que una estructura de pensamiento; es experiencia, expresión, motivación, intención, conductas, estilos y ritmo. Su primer y fundamental expresión no está a nivel del pensamiento. Da origen a pensamientos, pero una forma de pensamiento que incorpora la precisión y matices de su fuerza.

Long 1986

- **Contextuales:** el estado actual de los acontecimientos en los cuales la gente vive. El trabajo de los científicos sociales es realizado si ellos se esfuerzan en comprender cuales son las condiciones sociales, económicas culturales y políticas de una comunidad específica y como estos factores afectan la salud mental.
- **Normas sociales y culturales:** A veces, problemas sociales son tratados a nivel individual, en lugar de a nivel de la social. La ayuda ofrecida a una persona que ha sido abusada esta a nivel del individuo en terapia individual. Un ejemplo de una intervención a nivel de la sociedad sería una intervención comunitaria para prevención de la violencia. Está claro que el lenguaje está enraizado en el contexto. En un contexto, una expresión tal como “Tengo hormigas en mi cerebro” puede verse como una alucinación pero puede ser una expresión común en otra cultura.
- **Normas religiosas:** la visión redentora del sufrimiento. Mientras el modelo médico asume que no tiene sentido sufrir, muchos grupos religiosos creen que el sufrir fortalece su unión con los otros y con lo Divino. En esos casos, el sufrimiento es el vehículo para comunicación.
- **Normas morales:** la percepción de lo que significa ser “buena persona” y una “buena familia”. Por ejemplo, en la estructura psicoanalítica, una buena persona es una concepción verbal, aseverativa, autónoma y penetrante. Los terapeutas pueden frustrarse con la “resistencia” del paciente a completar cuestionarios y apuntes de sus actividades, cuando la verdadera cuestión es la barrera cultural y las diferencias culturales

Cuando se proveen servicios para diversas culturas, es importante considerar todos los aspectos de la comunicación verbal y no verbal para evitar malos entendidos y conflictos. Los malos entendidos pueden existir entre aquellos que hablan el mismo idioma. La comunicación no verbal se aprende al principio de la vida, más que nada por imitación y asimilación, y los individuos generalmente no perciben las señales que su comunicación no verbal está presentando. Solo nos damos cuenta cuando somos incomprendidos. **Algunos ejemplos de comunicación no verbal con significados específicos son los siguientes:**

- **Espacio:** Pararse más cerca que la distancia culturalmente cómoda puede entenderse como agresión o intimidad, dependiendo de la situación. Pararse más lejos, en algunas culturas puede expresar desinterés.
- **Tocar:** Algunas culturas son más “orientadas al contacto” que otras y tocarse uno a otro puede interpretarse tanto como expresión de conexión o provocar desagrado o incomodidad y reacciones negativas.
- **Apretón de manos:** Apretones de manos firmes pueden ser considerados sinceros y frontales en algunas culturas pero pueden verse como agresivos en otras. Un apretón de manos blando puede verse como un gesto pacífico o como falta de compromiso o interés. En algunas culturas el apretón de manos entre distintos sexos no es aceptado.

- **Silencio:** Los individuos de unas culturas tienden a sentirse incómodos cuando un grupo al que se han unido está en silencio, otros pueden encontrar esto como muy aceptable y que demuestra reflexión y respeto. No permitir el silencio puede ser considerado descortés en algunas culturas.
- **Contacto ocular:** Hacer contacto ocular puede indicar interés y franqueza en algunas culturas; en otras, evitar el contacto ocular es un signo de respeto.
- **Sonrisas y risas:** Hay distintos significados para las sonrisas y las risas, incluyendo el placer y la alegría, sorpresa, vergüenza, enojo, confusión, disculpas o aún tristeza, dependiendo de la cultura.
- **Gestos con las manos, brazos y pies:** Los gestos pueden tener distintos significados, dependiendo de la cultura. Las manos en la cintura puede verse como una postura desafiante, las manos en los bolsillos pueden considerarse de mala educación, señalar con el dedo puede considerarse descortés; mostrar la base del pie o del zapato puede ser altamente ofensivo en algunas culturas.

La Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (NAMI) sugiere los siguientes pasos para acceder a las diversas comunidades con la meta de asegurar el mismo acceso a la educación y la recuperación:

- **Identificar el objetivo grupal:** Una vez que el grupo es identificado, aprender lo mas posible sobre sus características e historia. También ayuda investigar sobre las creencias que tiene el grupo sobre las enfermedades mentales
- **Identificar a líderes comunitarios clave:** Aproximarse a los líderes del grupo comunitario seleccionado y pedirles que los acompañen ya que pueden ayudar a identificar las necesidades de la comunidad y llegar en forma exitosa al grupo. Ello facilitará el acceso, confianza, y atención del grupo.
- **Identificar las organizaciones comunitarias clave:** La alianza con estas organizaciones provee un frente unido y aumenta las posibilidades de alcance
- **Decidir la mayor focalización de las actividades:** Como parte de una comunidad específica, los individuos pueden ser ayudados por diferentes métodos de aproximación, tales como panfletos y folletos cultural y lingüísticamente apropiados, establecimiento de un grupo de soporte específico de la comunidad, un aumento en la diversidad de miembros de la comunidad, realizar lobby con oficiales del gobierno para incrementar los fondos para salud mental de una comunidad específica
- **Difusión y publicidad:** Trabajar con las organizaciones de la comunidad, tales como iglesias, clubes raciales/étnicos, bibliotecas, escuelas, mercados, clínicas y cualquier otra área que frecuente el grupo. Crear boletines de prensa, anuncios de servicios públicos, pequeños artículos en los diarios, y resaltar el trabajo en medios culturalmente apropiados.

La Cultura Cuenta – El entorno racial o étnico de cada uno nos concierne en si la gente buscará ayuda en primer lugar, que tipo de ayuda ellos buscan, que tipo de continencia emocional y soporte social ellos tienen y cuanto de estigma le ponen a la enfermedad mental.

NAMI

Para ser culturalmente sensible, un individuo debe comprender su propia visión del mundo y las de otras culturas. El personal de la salud debe obtener información cultural y aplicar ese conocimiento cuando trabajan e interactúan con otros. Trabajar con gente de culturas diferentes requiere flexibilidad y respeto por otros puntos de vista y una comprensión de los comportamientos de la salud influenciados por la cultura. La cultura influye en cómo la gente busca una atención de la salud, y cómo se comportan con los proveedores de la misma. Esto es frecuentemente más pronunciado con la

atención de la salud mental. Si quien provee atención de la salud mental posee el conocimiento y la habilidad para comunicar y comprender los comportamientos de la salud influenciados por la cultura, las barreras para brindar atención de la salud pueden ser disminuidas o eliminadas.

Kleinman y Benson aconsejan que el clínico más ocupado debe ser capaz de hallar el tiempo para preguntar a sus pacientes (y, cuando sea apropiado, a los miembros de la familia) ¿que es lo que más les importa en la experiencia de la enfermedad y el tratamiento? Los clínicos pueden entonces utilizar esa información vital al pensar las opciones de tratamiento y negociar con los pacientes. Esta orientación se convierte en “parte de la sensación del ser del profesional, y las habilidades interpersonales se convierten en una parte importante de los recursos clínicos de dicho profesional.

El foco debe estar en el paciente como un individuo, no un estereotipo; un ser humano frente al peligro y la incertidumbre, no un mero caso; como una oportunidad para el (profesional de la salud mental) de involucrarse en una tarea esencialmente moral, no una cuestión de costo-contable

Arthur Kleinman

Referencias:

- “Basic Steps for Successful Multicultural Outreach” National Alliance for Mental Illness. www.nami.org/multicultural
- “Cultural Competence” *Transcultural Nursing*. <http://www.culturediversity.org/cultcomp.htm>
- James, Susan, and Isaac Prilleltensky. Cultural Diversity and Mental Health: Toward Integrative Practice. In press: *Clinical Psychology Review*, Volume 22, Issue 8, November 2002, Pages 1133-1154.
- Kleinman A (2006). *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. Oxford: Oxford University Press. Pg. 272.
- Kleinman A, Benson P (2006). “Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It.” *PLoS Med* 3(10): e294.
- “Mental Illness and Minorities” HealthyPlace.com Depression Community http://www.concernedcounseling.com/Communities/Depression/minorities_2.asp
- Rethink: Engaging with Mental Health Services. http://www.rethink.org/about_mental_illness/who_does_it_affect/
- Yan, Yorn. *New Americans, New Promise*. Fieldstone Alliance, St. Paul, Minnesota. 2006.

HOJA INFORMATIVA: Programación Culturalmente Sensible

La Fundación de Población de la Naciones Unidas ofrece una excelente “Guía para Trabajar Dentro: 24 consejos para una Programación Culturalmente Sensible” utilizada aquí con permiso, en <http://www.unfpa.org/culture/24tips/cover.htm> disponible en Inglés, Francés, Español, Árabe, Ruso y Alemán. Aunque estos consejos no están directamente relacionados con la salud mental, contienen lecciones valiosas al considerar el trabajo culturalmente sensible en salud mental

En nuestros esfuerzos desarrollados en comunidades pobres, necesitamos ser capaces de trabajar con la gente a su propio nivel y hallar un terreno común. Podemos no creer en lo que ellos creen, podemos no estar de acuerdo con ellos, pero debemos tener la compasión y el compromiso para comprenderlos y apoyarlos; mientras, ellos traducen principios universales a sus propios códigos, mensajes y forma de hacer las cosas. Los Derechos Humanos son nuestro cuadro de referencia. Utilizamos una aproximación culturalmente sensible para promover los derechos humanos de forma que la gente pueda identificarlos e internalizarlos en el contexto de sus propias vidas.

Thoraya Ahmed Obaid, Director Ejecutivo de UNFPA.

Los 24 consejos, con leves anotaciones indicadas, están listados mas abajo:

1. **INVIERTE TIEMPO EN CONOCER LA CULTURA EN LA CUAL ESTÁS OPERANDO.** Comprendiendo como los valores, practicas y creencias afectan el comportamiento humano es fundamental para diseñar programas efectivos. En ningún otra área, esta comprensión es mas importante que en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.
2. **ESCUCHA LO QUE LA COMUNIDAD TIENE PARA DECIR.** Antes de diseñar un proyecto, busca en los miembros de la comunidad que es lo que esperan lograr. Solicitar sus puntos de vista en diferentes aspectos del proyecto, desde la estrategia general a mensajes de apoyo específicos, puede fomentar la aceptación local e instalar una sensación de propiedad.
3. **DEMOSTRAR RESPETO.** Realizar un esfuerzo para demostrar que entiende y respeta los roles y funciones de los líderes comunitarios y los grupos, evitando actitudes o lenguaje que pueda percibirse como condescendiente.
4. **DEMOSTRAR PACIENCIA.** Mucho diálogo e incrementada conciencia de situación pueden ser necesarios para persuadir a otros de aceptar nuevas formas de pensar, especialmente aquellas que desafían creencias íntimamente ligadas a la identidad individual y social. Invierta tanto tiempo como sea necesario para aclarar cuestiones y despejar todas las dudas. Si las preguntas no se resuelven, pueden resurgir mas tarde y descarrilar en forma progresiva.
5. **GANAR EL APOYO DE ESTRUCTURAS DE PODER LOCALES.** Ganar sobre aquellos que ejercen poder en una comunidad, así sean ONG, grupos de mujeres, líderes religiosos o ancianos tribales, puede ser un primer paso crucial en ganar la aceptación de la base popular. Asegurarse de que el primer encuentro envíe un mensaje positivo.
6. **SE INCLUSIVO.** La mejor manera de disipar la desconfianza es a través de un proceso transparente de consulta y negociación que incluya a todas las partes.
7. **APORTA EVIDENCIA SÓLIDA.** Utilizando datos basados en la evidencia, demuestra lo que las intervenciones del programa pueden lograr, tales como salvar vidas. Sumado al apoyo, esta información puede utilizarse para aclarar errores de concepto y obtener apoyo de formadores de políticas y estructuras de poder locales, incluyendo líderes religiosos.

La evidencia verosímil es especialmente importante cuando las cuestiones en discusión son controversiales.

8. **CONFÍA EN LA OBJETIVIDAD DE LA CIENCIA.** Direccionar cuestiones culturalmente sensibles en el contexto de la salud mental puede ayudar a diluir las fuertes emociones que pueden estar asociadas. Una perspectiva técnica o científica puede hacer que la aceptación y discusión de estas cuestiones sea más fácil.
9. **EVITAR JUICIOS DE VALOR.** No realice juicios sobre el comportamiento o las creencias de la gente. Mejor, pongan sus propios valores a un lado mientras explora los pensamientos y sueños de otras personas, y cómo piensan ellos que acerca de la mejor manera de conseguirlos.
10. **USEN EL LENGUAJE SENSIBLEMENTE.** Sean cautos al utilizar palabras o conceptos que puedan ofender. Encuadren las cuestiones en el extenso contexto de salud, familias y comunidades saludables.
11. **TRABAJE A TRAVEZ DE ALIADOS LOCALES.** Confíe en compañeros locales que tienen legitimidad y capacidad de influenciar y movilizar una comunidad. Estas alianzas tienen la ventaja agregada de conocer lo que la gente local puede aceptar.
12. **ASUME EL ROL DE FACILITADOR.** No presuma de tener todas las respuestas. Entregue el control y escuche a los otros expresar sus puntos de vista, comparta sus experiencias y forme sus propias ideas y planes. En un entorno cargado con diferencias étnicas y religiosas, asumir el rol de facilitador genera un mensaje de neutralidad.
13. **COMPROMISOS DE HONOR.** Hacer lo que dijo que haría es una forma poderosa de construir la confianza.
14. **CONOCE A TUS ADVERSARIOS.** Comprender el pensamiento de aquellos que se oponen a sus puntos de vista puede ser una llave para negociaciones exitosas. Analice la razón en la que basan sus argumentos y esté preparado para involucrarse en un diálogo constructivo y continuo.
15. **ENCUNTRA TERRENO COMÚN.** Aún con instituciones aparentemente monolíticas hay diferentes escuelas de pensamiento. Busque áreas de interés común que puedan proveer puntos de entrada para trabajar con compañeros no tradicionales.
16. **ACENTÚA LO POSITIVO.** Cuando se abordan prácticas tradicionales dañinas, enfatice que en todas las sociedades hay prácticas dañinas y positivas. Esto puede ayudar a disminuir las tensiones que rodean las cuestiones desafiantes.
17. **UTILIZA APOYO PARA REALIZAR CAMBIOS.** Campañas de apoyo bien planeadas son particularmente importantes cuando las metas proyectadas probablemente provoquen controversias religiosas o culturales.
18. **CREA OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES.** De a las mujeres la oportunidad de expresarse y demostrar sus capacidades. Esto puede ayudar a disminuir las falsas y culturalmente basadas creencias sobre los roles estereotipados por género.
19. **CONSTRUYE LA CAPACIDAD COMUNITARIA.** Refuerce el sentido de propiedad y asegure su sustentabilidad reforzando las habilidades de los miembros de la comunidad, incluyendo a los proveedores del cuidado de la salud y los educadores.
20. **EXTIÉNDETE A TRAVES DE LA CULTURA POPULAR.** En muchos lugares del mundo, la música y la danza son expresiones de la cultura popular. Utilícela para comunicar nuevas ideas, y asegúrese de involucrar a gente joven en el proceso creativo.
21. **DEJA QUE LA GENTE HAGA LO QUE HACE MEJOR.** Muchas veces, un rol apropiado para líderes tradicionales o religiosos es movilizar comunidades o ayudar a reformar opiniones públicas. Busque que se involucren en estas áreas.
22. **NUTRE EL COMPAÑERISMO.** Cultivar relaciones requiere una inversión de energía, paciencia y tiempo. No permitas que desaparezcan simplemente porque el trabajo ha terminado. Sostener el compañerismo luego de una única consulta permite que la confianza madure, aumentando las chances de resultados positivos a largo plazo.

23. **CELEBRA LOS LOGROS.** Llevar realizaciones a la atención de otros y publicitar el éxito puede crear una sensación de orgullo y reforzar el compromiso de la comunidad.
24. **NUNCA TE RINDAS.** Cambiar las actitudes y el comportamiento puede ser un proceso atrozmente lento, especialmente en sociedades cerradas. No esperes lograr todo de una vez. Aún los cambios pequeños son significativos y pueden ser más duraderos al largo plazo.

HOJA INFORMATIVA: El Entrenamiento de los Profesionales y Traductores (Intérpretes)

Brian Robertson, M.D.
Profesor Emérito
WFMH Centro Colaborador en Psiquiatría y Salud Menta
Hospital Groote Schuur
Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

Aún en países que respetan la diversidad cultural, es poco frecuente hallar servicios de salud mental o proveedores de servicio que sintonicen efectivamente las necesidades culturales de sus clientes. Esto refleja la falta de entrenamiento formal en capacitación cultural de los creadores de políticas y planificadores, y aquellos que entrenan o apadrinan a los proveedores de servicios. La aptitud cultural es una habilidad que muy poco probablemente se adquiera sin el entrenamiento formal. En esta hoja de hechos, observamos el entrenamiento formal de los profesionales y traductores (intérpretes), trabajando con servicios establecidos de salud mental culturalmente diversos

Entrenamiento para Profesionales en Aptitud Cultural.

Es esencial, para los profesionales de la salud mental, ser tanto culturalmente aptos, como también serlo "clínicamente". El entrenamiento en aptitud cultural necesita iniciarse al comienzo del entrenamiento del profesional, para que el alerta y la respuesta a la diversidad cultural sean incorporados sin parches a las habilidades clínicas emergentes.

Los programas de entrenamiento no son los únicos que deben incorporar componentes clínicos y didácticos, lo mas importante, lo más importante, la diversidad cultural, debe ser una experiencia vital para los entrenados. La experiencia clínica debe realizarse en servicios con diversidad cultural, e idealmente, entre un grupo de entrenamiento multicultural. Los programas de enseñanza deben incluir seminarios didácticos, enseñanza basada en la clínica, conferencias de casos psiquiátricos culturales, y supervisión o consulta psiquiátrica cultural. Entre los temas a ser cubiertos deberían estar:

- La relación entre la cultura y el desarrollo y funcionamiento humano, con focalización particularmente centrada en la relación entre la cultura y la salud mental.
- Conocimiento sobre cultura e historia del grupo étnico o cultural que forman la población local a atender, incluyendo su visión del mundo y creencias morales y espirituales, conductas y normas de vida, modelos aclaratorios de enfermedad, lenguaje del sufrimiento y o del trastorno, y prácticas de curación.
- Conocimiento sobre fenómenos sociales relacionados con la cultura, tales como aculturación, refugiados y cuestiones de minoridad
- Como realizar un juicio culturalmente sensible del problema de salud mental del paciente a la luz de lo anterior, incluyendo el apropiado uso de traductores (intérpretes).
- Como negociar un plan de cuidado culturalmente apropiado, teniendo en cuenta prácticas tradicionales de curanderismo y sus practicantes.
- Sensibilidad sobre el mutuo impacto de la diferencia de identidad entre el clínico y el paciente en la relación profesional, incluyendo la dinámica de los poderes, raza, etnia, idioma, religión, clase, edad, género y orientación sexual
- Como desarrollar y monitorear un sistema de atención culturalmente competente.
- Como conducir proyectos de investigación etnográfica y otros relevantes proyectos de investigación requeridos para aumentar la aptitud cultural.
- Conocimiento sobre políticas de desarrollo e implementación de sistemas de atención culturalmente competentes.

Entrenamiento para traducir (interpretar)

El aumento global de la migración expone, a los proveedores de servicios de salud mental, a poblaciones de pacientes cada vez más con mayor diversidad cultural. Combinado con un aumento en la aceptación de la necesidad de proveer servicios culturalmente competentes, el uso de traductores se ha convertido en el mayor desafío para los proveedores de servicio. El potencial efecto adverso de utilizar a miembros de la familia o personal de servicio es ampliamente reconocido. En el mejor de los casos, la confidencialidad del paciente, es comprometida cuando miembros de la familia se enteran de información sensible obtenida durante el curso de evaluaciones de salud mental. En el peor de los casos, los miembros de la familia en conflicto, pueden abusar de su rol de traductor, para promover sus propios asuntos. El personal de servicio frecuentemente toma a mal que sean retirados de sus obligaciones habituales. El hablar el mismo idioma que el cliente no quiere decir que comparten la misma visión del mundo, o modelos explicativos de enfermedad. Demasiado frecuentemente, ellos mismos tienen cuestiones de aculturación no resueltas, que pueden influir negativamente en su reporte objetivo de las respuestas del paciente. El proceso de traducción es obstruido por potenciales escollos, que solo pueden ser evitados por los profesionales y traductores que recibieron entrenamiento en esta área.

Estas son unas guía útiles para los profesionales:

- Permitan tiempo extra para una entrevista traducida.
- Consideren si la edad o sexo del intérprete necesita coincidir con la del paciente.
- Expliquen claramente al traductor que es lo que esperan de ellos.
- El traductor debe traducir literalmente no parafrasear.
- Tomar asiento en un triángulo con el paciente y el traductor, para liberar al intérprete de las dinámicas de poder en la relación terapéutica. El rol del traductor es asistir al paciente y al profesional, no solo al profesional.
- Dirigir las preguntas para el paciente al mismo, no al intérprete. Mantener el contacto ocular con el paciente.
- Realizar preguntas cortas y simples, una por vez.
- Al final de la entrevista, preguntar al traductor, qué impresiones tuvo. Cotejar las propias impresiones con las del traductor.

Para promover un ejercicio de salud mental efectivo en escenarios culturalmente diversos, los traductores deben ser equipados con algunos conocimientos y habilidades básicos. Estos incluyen:

- Terminología médica, psiquiátrica, psicológica y social.
- Conocimiento de psicología normal y anormal.
- Conocimiento de las terapias utilizadas habitualmente.
- Conocimiento de la cultura del cliente.
- Respeto por la diversidad cultural.
- Técnicas de entrevista.
- Comprensión de la comunicación no verbal.
- Comprensión de la influencia cultural en la valoración de la salud mental.
- Métodos apropiados para indagar áreas sensibles de su historia, como idea suicida, relaciones íntimas y prácticas sexuales.

Referencias:

- Swartz L (1998) "Cultura y Salud Mental: punto de vista de un sudafricano. Ciudad del Cabo: Prensa de la Universidad de Oxford.
- Tseng, Wen-Shing (2001) Guía de Psiquiatría Cultural. Londres: Prensa Académica.

El Impacto de la Cultura a lo largo de la Vida

La amenaza a los niños y su cultura no es violencia de video sino la falta de cultura entre los modelos de roles en la sociedad.

Bengt Göransson, Ministro de Cultura Sueco, 1982.

Nos movemos hacia un mundo donde los niños y la gente joven en la mayoría de los países son considerados más numerosos que los adultos y donde un quinto de la población pronto estará entre los 15 y 24 años de edad. Mientras más niños participen en el entrenamiento cultural y la vida cultural, más sabrán sobre su propia identidad personal. Siendo parte de los miembros más vulnerables de la sociedad, los niños dependen de los adultos para su orientación cultural y modelos de rol, y para la conciencia y cuidado de su salud. Los niños dependen de lo que encuentran en términos de idioma, entorno, actitudes y valores, así como las experiencias personales y contactos humanos al formar su identidad cultural.

En ciertos momentos de la juventud, los individuos se esfuerzan por ser como la mayoría de la población en sus escuelas y comunidades. Aquellos con antecedentes culturales, idioma, vestimenta, etc. Diferentes, se sienten avergonzados de ser diferentes y pueden no comprender ni apreciar los aspectos positivos de su herencia. Al esforzarse por ser como “cualquier otro”, los niños pueden no ver el valor de hablar otro idioma distinto al idioma de la mayoría, o tener costumbres en sus hogares que son diferentes a las de muchos de sus compañeros de clase. Por lo tanto, cuando se evalúan las necesidades de salud mental en niños y jóvenes, a veces es más difícil comprender el conflicto que puede existir entre estos dos mundos.

Hoy, la televisión, internet, juegos de video, etc., funcionan a veces como sustitutos para la comunicación entre la gente. Es importante incentivar a los niños y la gente joven a aprender a conocerse, esto es: procesar sus propios problemas, ganar comprendiendo como se sienten y piensan otros, y su rol en la comunidad y en la sociedad

En su libro más conocido, [El Espíritu Te Atrapa y Tu Te Caes \(The Spirit Catches You and You Fall Down\)](#), Anne Fadiman cuenta la historia de un niño **Hmong** tratado por convulsiones por médicos y enfermeras occidentales y el conflicto que existe entre sus padres y el sistema medico en los Estados Unidos. Los malentendidos resultantes de los existentes conflictos culturales destacaban la importancia de la relación entre lo cultural y el tratamiento. El niño fue, seguramente, la víctima de estos malentendidos y hasta fué puesto en adopción en un estadio de su vida joven, aunque sus padres creían fuertemente que actuaban en su mayor beneficio al no cumplir con las reglas de los profesionales médicos que la trataban.

Este libro muestra las desastrosas consecuencias de una falla en la comunicación entre culturas aún cuando las dos creían que estaban actuando para el mayor beneficio del niño.

Hay cada vez más niños y familias alrededor del mundo, con serios problemas de salud mental. Este hecho, combinado con el entorno multicultural de la mayoría de los países, aumenta la necesidad de los clínicos con capacidad de desarrollo y competencia cultural para proveer una adecuada atención de la salud mental de esta población. De acuerdo con Wright y Leonhardt el médico culturalmente capacitado:

- Valora la diversidad.
- Ha desarrollado la capacidad para auto evaluarse culturalmente.
- Está alerta a las dinámicas inherentes cuando la gente de distintas culturas interactúa.
- Ha desarrollado adaptaciones a la diversidad.

- Tiene conocimiento cultural.

Los servicios culturalmente competentes están centrados en la familia, porque la familia es el sistema de soporte primario del niño y el aporte familiar es considerado esencial a través del proceso de ayuda. El entorno cultural familiar, sus valores y tradiciones, y nivel de aculturación y asimilación en el torrente de la sociedad son todos elementos relevantes en una evaluación culturalmente interesada. Deben evitarse los estereotipos y cualquier practicante debe ser erudito en las cuestiones del desarrollo de los niños.

Vivir fuera de la cultura de uno puede ser especialmente difícil para los adultos, quienes tienen la mayoría de la responsabilidad en las cuestiones de ajuste. Los adultos deben apoyar y proteger a sus niños, y a veces a los padres. Los niños se adaptan más fácilmente y aprenden los idiomas más rápidamente. Los adultos deben preocuparse por el trabajo, la casa, y el bienestar general de sus familias. El stress en estas situaciones puede ser particularmente alto cuando hay desafíos en la habilidad del idioma. Hay, a veces, diferencias de poder entre niños y adultos, especialmente si los niños son convocados para actuar como traductores. Los roles maritales pueden variar de cultura en cultura, como en la forma de criar a los niños. El rol de la mujer es diferente de una cultura a otra y un cambio en la función básica de la mujer puede causar tensión adicional en la familia. En algunas culturas, los adultos golpean a los niños como una forma de disciplina; en otras, eso mismo es considerado una forma de abuso. La frustración, el aburrimiento, condiciones de vida intolerables y la falta de oportunidades laborales enriquecedoras, pueden llevar a los adultos al abuso de sustancias. Estas cuestiones son severamente debatidas en sus contextos culturales, religiosos y políticos. Los adultos pueden ser especialmente vacilantes para buscar ayuda en cuestiones de salud mental porque puede verse como signo de debilidad y vergüenza cuando otros miembros de la familia dependen de los adultos para su cuidado. Ellos pueden sentir la necesidad de demostrarse siempre fuertes y no entregarse a la búsqueda de ayuda, No son lo suficientemente jóvenes para adaptarse tan rápido como sus niños y tampoco lo suficientemente ancianos para ser cuidados por otros sin vergüenza.

Alrededor del mundo, la gente mayor lidera la lista de la Organización Mundial de la Salud de nuevos casos de enfermedad mental: 236 personas mayores por cada 100.000 sufre alguna enfermedad mental, comparado con 93 por cada 100.000 entre aquellos cuya edad está entre los 45 y 64 años, el grupo más joven próximo al anterior. Los mayores son tratados de distinta manera en las distintas culturas y las normas culturales y tradiciones son particularmente importantes en esta población. En muchas culturas, los mayores son reverenciados como los portadores del amor, conocimiento, orientación y sabiduría. Muchos adultos miran hacia atrás apreciando todo lo aprendido de sus mayores, se hayan dado cuenta o no durante su niñez. Las relaciones entre niños y abuelos pueden ser particularmente significativas aunque los individuos pueden ganar mucho de no miembros de la familia también. Cuando se le pregunta a un individuo que se refleje en aquellos individuos de su pasado que han influido más en sus vidas, las respuestas muchas veces destacan la importancia de mentores y amigos mayores miembros y no miembros de la familia

Entre las cosas que he descubierto como adulto en mi vida, es que soy un reflejo en espejo de aquellos contactos diarios con los hombres y mujeres mayores durante mi vida. Mis experiencias de la niñez son fracciones acolchadas de todos los educadores que reclamaban mi crianza como su responsabilidad.

Vivian Filer, MS, MSN, ARNP

Una persona mayor, hombre o mujer, generalmente es designado, formal o informalmente, como principal de la casa, una persona para ser respetada y honorada. En algunas culturas, los individuos mayores son más afectos a ir acudir a los curanderos indígenas, tanto curanderos religiosos como de

fe, cuando no se sienten bien. Estos individuos pueden no compartir la información con un profesional de la médico, por eso es muy importante que estas creencias sean descubiertas al inicio de las consultas. Trabajando con un individuo anciano, es importante demostrar respeto dirigiéndose al individuo por su nombre formal... no por el uso informal del nombre. En algunas culturas, el contacto físico, tal como dar la mano o el tocarlo suavemente es importante para un individuo mayor, mientras que en otros, sería inapropiado tocar a una persona sin permiso. En muchos países, el atavío de proveedor del cuidado de la salud es importante... los mayores pueden creer que un atavío informal no es apropiado y demostraría una falta de respeto para él mismo así como para el paciente. El tener en cuenta las creencias religiosas y espirituales puede también ayudar para establecer una buena relación entre el proveedor y el consumidor.

El rol de la familia puede ser extremadamente importante al tomar decisiones en el cuidado de la salud. Muchas culturas ponen énfasis en el valor de la familia extendida, un grupo que está involucrado en todas las tomas de decisiones diarias así como aquellas relacionadas con la salud. Los individuos pueden sentirse incómodos designando una persona de una familia para actuar como un “referente próximo” cuando, en cambio, las decisiones deberían ser tomadas por toda la familia

El idioma es una consideración mayor cuando se trabaja con los ancianos. Los individuos que han ido de un país a otro pueden no aprender el idioma del nuevo país, aún dentro de los países, hay diferentes dialectos. Es importante recordar que la habilidad con el idioma, particularmente con los ancianos, no es una indicación de su intelecto y deben hacerse todos los esfuerzos para hallar la forma de asegurarse que hay una comunicación correcta.

El uso de traductores puede interrumpir la relación entre el profesional y el consumidor, y deben requerirse pautas para la confidencialidad, profesionalismo, etc. Hay una tendencia para los individuos de utilizar miembros de la familia, y a veces hasta niños, como traductores. Ayuda especialmente, por supuesto, si el proveedor de salud y el consumidor hablan el mismo idioma y no son necesarios los traductores.

Referencias:

- Desjarlais, Robert. Leon Eisenberg, Byron Good, y Arthur Kleinman. Salud Mental Mundial: Problemas y Prioridades en Países de Bajo Ingreso. Nueva York: Prensa de la Universidad de Oxford, 1995
- Fadiman, Anne. The Spirit Catches You and You Fall Down. Farrar, Straus & Giroux. September 1998. <http://www.spiritcatchesyoud.com/index.htm>
- Filer, Vivian. “Cross Culture: Treating Elderly African-American Patients” in *Health Management for Older Adults*. University of Florida College of Medicine. Geriatric Education Center. 2000. <http://medinfo.ufl.edu/~gec/hmoa3/mods.html#mod6>
- Isaksson, Britt. *Culture for Children and Young People*. The Power of Culture. The Netherlands, April 2007. <http://www.powerofculture.nl/uk/archive/commentary/isaksson.html>
- Wright, Harry H. and Tami V. Leonhardt. “Service Approaches for Infants, Toddlers, and Preschoolers: Implications for Systems of Care” in *Promoting Cultural Competence in Children’s Mental Health Services*, Mario Hernandez and Mareasa R. Isaacs, Ed. Paul H. Brookes Publishing Co., Maryland. 1998.

HOJA DE INFORMACIÓN: Promoviendo la Diversidad Cultural y la Aptitud Cultural

Lista de Chequeo de Auto Evaluación para Personal que Provee Servicios y Soporte de Conductas en Salud para Niños, Jóvenes y sus Familias.

Instrucciones: Por favor anote A, B o C para cada ítem del listado.

A= Cosas que hago frecuentemente.

B= Cosas que hago ocasionalmente.

C= Cosas que hago raramente o nunca.

Entorno Físico, Materiales y Recursos

1. Yo despliego fotos, posters y otros materiales que reflejan los entornos culturales y étnicos de los niños, jóvenes y familias atendidos por mi programa o agencia.
2. Yo me aseguro que las revistas, folletos y otra información impresa en la recepción, sean de interés y reflejen las diferentes culturas de los niños, jóvenes y familias atendidos por mi programa o agencia.
3. Cuando utilizo videos, películas, CD, DVD u otro recurso de medio para prevención de salud mental, tratamiento u otra intervención me aseguro que reflejen las diferentes culturas de los niños, jóvenes y familias atendidos por mi programa o agencia.
4. Cuando utilizo comidas durante una evaluación, me aseguro que las mismas sean alimentos que sean únicas para el entorno cultural y étnico de los niños, jóvenes y familias atendidos por mi programa o agencia.
5. Me aseguro que los juguetes y otros accesorios de juego en el área de recepción, y aquellos utilizados durante la evaluación, sean representativos de los distintos grupos culturales y étnicos dentro de la comunidad local y sociedad en general

Estilos de Comunicación.

6. Para niños y jóvenes que hablan otros idiomas o dialectos distintos a su idioma primario, intento aprender y utilizar palabras claves para mejorar mi comunicación durante la evaluación, tratamiento u otras intervenciones.
7. Intento determinar cualquier expresión familiar utilizada por los niños, jóvenes o familias que podrían impactar en la evaluación, tratamiento u otras intervenciones.
8. Utilizo ayudas visuales, gestos y apuntes físicos en mis interacciones con niños y jóvenes que tienen limitaciones en el idioma.
9. Utilizo personal bilingüe o multilingüe, o traductores entrenados/certificados para la evaluación, tratamiento u otras intervenciones con niños y jóvenes que tienen limitaciones en el idioma.
10. Utilizo personal bilingüe o multilingüe, o intérpretes entrenados/certificados durante evaluaciones, sesiones de tratamiento, reuniones, y para otros eventos para familias que requieren este nivel de asistencia.
11. Cuando interactúo con padres que tienen limitaciones en la utilización del idioma, siempre tengo en cuenta que:

- las limitaciones en el idioma no reflejan de ninguna manera su nivel de funcionamiento intelectual.
 - Su habilidad limitada para hablar el idioma de la cultura dominante no tiene relación con su habilidad para comunicarse efectivamente en su idioma de origen.
 - Pueden ser o no alfabetizados en su idioma de origen o en el idioma de la cultura dominante.
12. Cuando es posible, me aseguro que todas las informaciones y comunicaciones a los padres, familiares o cuidadores estén escritas en su idioma de origen.
13. Comprendo que puede ser necesario utilizar alternativas a las comunicaciones escritas para algunas familias, ya que la palabra dicha puede ser un método preferido para recibir información.
14. Comprendo los principios y prácticas de aptitud idiomática y:
- las aplico en mi programa y agencia.
 - las defiendo en mi programa y agencia.
15. Comprendo las implicancias de la alfabetización en salud/salud mental dentro del contexto de mis roles y responsabilidades.
16. Utilizo formatos alternativos y aproximaciones variadas para comunicarme y compartir información con los niños, jóvenes, y/o sus miembros familiares que experimenten incapacidad.
17. Evito imponer valores que puedan entrar en conflicto o ser inconsistentes con aquellas culturas o grupos étnicos distintos al propio.
18. En terapia grupal o situaciones de tratamiento, desaliento a los niños y jóvenes a que utilicen calumnias raciales o étnicas ayudándoles a comprender que ciertas palabras pueden herir a los otros.
19. Busco en libros, películas y otros medios, estereotipos culturales, étnicos o raciales negativos, antes de compartirlos con los niños, jóvenes y sus padres en tratamiento por mi programa o agencia.
20. Intervengo de una manera apropiada cuando observo a otro personal o a padres, de mi programa o agencia, involucrarse en comportamientos que demuestran insensibilidad cultural, parcialidad o prejuicio.
21. Comprendo y acepto que la familia es definida de diferentes maneras por diferentes culturas (por ejemplo: miembros de la familia extendida, parientes ficticios, padrinos).
22. Reconozco y acepto que individuos de entornos culturales diferentes pueden desear grados variables de aculturación hacia la cultura dominante.
23. Acepto y respeto que el rol masculino-femenino en las familias, puede variar de manera significativa entre las distintas culturas (por ejemplo: quien toma las decisiones importantes en la familia, juego e interacciones sociales aceptables para niños o niñas).
24. Comprendo que factores etarios y del ciclo de la vida deben ser considerados en las interacciones con individuos y familias (por ejemplo: el alto valor otorgado en las decisiones de los mayores o el rol de los mayores en las familias).
25. Aunque mi punto de vista moral y profesional puedan diferir, acepto el poder de decisión de la familia/padres para el servicio y soporte de sus niños.

26. Reconozco que el significado y valor prevención conductual en salud, intervención y tratamiento pueden variar mucho entre culturas.
27. Reconozco y comprendo que las creencias y conceptos del bienestar emocional varían mucho de cultura en cultura.
28. Comprendo que las creencias sobre enfermedad mental y la incapacidad emocional se basan en la cultura. Acepto que las respuestas a estas condiciones y los tratamientos/intervenciones relacionados están muy influenciados por la cultura.
29. Comprendo el impacto del estigma asociado a enfermedad mental y servicios de salud conductual entre comunidades culturalmente diversas.
30. Acepto que la religión, espiritualidad y otras creencias pueden influir en cómo las familias responden a enfermedades mentales o físicas, dolencias, incapacidad o muerte.
31. Reconozco y acepto que el folklore y las creencias religiosas pueden influir en la reacción y forma de aproximación de una familia hacia un niño nacido con una incapacidad o diagnosticado más tardíamente con una incapacidad física/emocional o la necesidad de atenciones de salud especiales.
32. Comprendo que las formas de imponer la disciplina en los niños está influenciada por la cultura.
33. Comprendo que familias de diferentes culturas tendrán expectativas diferentes de como sus niños adquieran auto ayuda y habilidades sociales, emocionales, cognitivas y comunicacionales.
34. Acepto y respeto que las costumbres y creencias sobre la comida, su valor, preparación y uso, son diferentes de una cultura a otra.
35. Antes de visitar o proveer servicio en un hogar, busco información sobre comportamiento aceptable, muestra de cortesía, costumbres y expectativas, que son únicas de familias de grupos culturales y étnicos específicos atendidos por mi programa o agencia.
36. Busco información sobre los informantes, miembros de la familia y otros miembros clave de la comunidad, que me asistirán en la adaptación del servicio para responder a las necesidades y preferencias de niños, jóvenes y familias, cultural y étnicamente diversos, atendidos por mi programa o agencia.
37. Defiendo la revisión de la misión, objetivos, políticas y procedimientos de mi programa o de la agencia que aseguren que incorpore principios y prácticas que promuevan la diversidad cultural y la aptitud cultural y lingüística.
38. Me mantengo al corriente de nuevos desarrollos en farmacología, particularmente si se relacionan con grupos raciales y étnicos diversos.
39. Contribuí y/o examino investigaciones actuales relacionadas con disparidades étnicas y raciales en salud mental y el cuidado de la salud y le mejora en calidad.
40. Acepto que muchas de las prevenciones y aproximaciones para intervención basadas en la evidencia, requerirán adaptación para ser efectivas con niños, jóvenes, y familias de grupos culturales e idiomáticamente diversos.

Como utilizar esta lista de chequeo:

La intención de esta lista es aumentar nuestra atención y sensibilidad del personal hacia la importancia de la diversidad y aptitud cultural en establecimientos de servicio a seres humanos. Provee ejemplos concretos de los tipos de valores y prácticas favorecidos por ese entorno. No existe una grilla con las respuestas correctas. Sin embargo, si sus respuestas más frecuentes fueron “C”, no necesariamente demuestra valores y compromiso en prácticas que promueven la diversidad cultural y un sistema de distribución de servicios culturalmente apto para niños y jóvenes, y sus familias, que requieran servicios de salud conductistas.

Este auto-test fue desarrollado por Tawara D. Goode de la Universidad de Georgetown. Child & Human Development University Center for Excellence in Developmental Disabilities Education, Research & Service. Adaptado de “Promoviendo la Aptitud Cultural y la Diversidad Cultural en la Intervención Temprana y Escenarios de la Niñez Temprana”- Junio 1989. Revisado en 2006. Levemente revisado y publicado con autorización.

<http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/documents/ChecklistBehavioralHealth.pdf> Otras publicaciones valiosas están disponibles en su sitio web general:
<http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/index.html>

Aspectos Especiales de los Migrantes y otras Poblaciones Desplazadas

Los individuos se han desplazado de un lugar a otro a lo largo de la historia por muchas diferentes razones. Estas migraciones, aunque considerada como un movimiento positivo para el bienestar, ponía un gran estrés en los individuos involucrados. Las razones para las migraciones son variadas e incluye la reunión familiar en búsqueda de una mejor educación o ambiente económico, escapando de persecuciones o en búsqueda de libertad política o religiosa. Los refugiados o buscadores de asilo, en general, tienen más experiencias traumáticas que otros inmigrantes. La “migración forzada” tiene mayores efectos dañinos en el individuo que en aquellos emigrando para mejorar su estatus financiero. No importan las razones para la migración, si embargo, hay un grado de estrés involucrado. Emigrar significa romper con la familia, amigos, y redes sociales establecidas, alejarse de rutinas tradicionales, sistemas de valor y formas de comportamiento aceptadas y tener que adaptarse a nuevos ambientes sociales y contextos psicosociales.

Cada etapa del proceso migratorio tiene factores de riesgo específicos que pueden llevar a dificultades con la salud mental. Antes de partir de los lugares de origen, un individuo pudo haber vivido experiencias de conflictos armados, hambre, violaciones de los derechos humanos u otras experiencias traumáticas. Cuando uno deja su cultura, los emigrantes pueden sufrir un sentimiento de pérdida: pérdida del hogar, carrera, posición en la sociedad y pérdida de identidad, pérdida de las redes de soporte e incertidumbre sobre el futuro. Cuando se establece en la comunidad anfitriona, muchos factores pueden incrementar la vulnerabilidad psicosocial, tales como diferencias culturales, racismo y desempleo. Las barreras del idioma pueden aumentar la sensación de aislamiento y sentimiento de desamparo. Aún cuando regresan a su propio país, si es posible de alguna manera, la gente frecuentemente encuentra sus hogares destruidos y sus seres queridos desaparecidos. Encaminar el bienestar mental y psicosocial de la población migrante es un componente esencial para una migración exitosa

De acuerdo con el Centro de Salud Mental Transcultural de Australia, las mujeres tienen más dificultades que los hombres y los individuos mayores tienen más desafíos que los más jóvenes. En general, algunos factores de riesgo para la salud mental de los inmigrantes incluyen:

- Descenso en el estatus socioeconómico.
- Falta de reconocimiento, en el extranjero, de calificación, incluyendo experiencia educacional y laboral.
- Bajos niveles de aprendizaje y habilidad con el idioma.
- Separación de las redes sociales, culturales y religiosas, particularmente familia y amigos.
- Aislamiento social y falta de soporte.
- Prejuicios y discriminación de la población anfitriona.
- Experiencias traumáticas o estrés prolongado previo a, o durante la migración.
- Tension acumulativa.
- Barreras culturales e idiomáticas para el acceso a servicios de salud mental, incluyendo el estigma sobre enfermedad mental y la falta de conocimiento en relación a servicios disponibles.
- Ruptura de las estructuras de soporte tradicionales y familiares, particularmente familia y parientes, con conflicto intercultural, constituyendo esto último un factor que aporta una mayor contribución a los problemas.

La migración es el proceso de cambio social a través del cual un individuo va de un marco cultural a otro con el propósito de establecerse permanentemente o por un período prolongado.

Hay algunas clasificaciones para los inmigrantes:

- **Colono:** aquellos que planean quedarse en los lugares a donde han migrado.
- **Exiliados Políticos:** aquellos que son forzados a dejar sus hogares por razones políticas; por ejemplo, son exiliados de sus hogares.
- **Buscadores de Asilo:** aquellos que viajan a otro país y una vez allí piden asilo.
- **Refugiados:** aquellos que cruzan fronteras internacionales escapando de la guerra o de persecuciones por raza, religión, nacionalidad o pertenencia a un grupo social o político particular.
- **Personas desplazadas:** aquellos que, por desastres naturales o circunstancias provocadas por el hombre, son forzados a dejar sus hogares.

La Organización Mundial de la Salud estimó en enero de 1999 que había unos 50 millones de refugiados y personas desplazadas en el mundo. La Organización Mundial de Migración estimó, en 2006, que había 200 millones de migrantes en el mundo. Las mujeres y los niños representan más del 50% del número total, los niños incluyen a menores no acompañados, huérfanos, niños soldados, detenidos, niños cabeza de familia, mujeres y niñas sobrevivientes de torturas y violencia sexual. Además, los migrantes incluyen viudas, discapacitados, enfermos mentales y retardados y ancianos viajando solos. Aún más, la Organización Mundial de la Salud estima que más del 50% presenta problemas de salud que van desde desórdenes mentales crónicos a trauma, angustia y una gran cantidad de sufrimiento.

La cultura puede influenciar profundamente la forma en que la gente experimenta la enfermedad mental. Por ejemplo: en muchas culturas... la gente experimenta la depresión en términos corporales que pueden llevar a fallas en el diagnóstico. Las cuestiones del idioma pueden complicar aún más el diagnóstico. Para describir la tristeza, una persona china puede usar un término que frecuentemente es traducido como "congestionado". Un médico que no comprende la sutileza de la expresión puede ofrecer tratamiento para la alergia o resfriado, en lugar de la depresión.

Dr. Arthur Kleinman

No hay respuestas fáciles para el manejo de las cuestiones de salud mental en poblaciones que migran. No todos los que emigran pasan por la misma experiencia y/o se establecen en entornos sociales similares. Las razones para la migración son variadas y dicho proceso, así como el consiguiente ajuste cultural y social, juegan roles importantes en la salud mental del individuo. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta cuando se planean estrategias de intervención para esta población. Las cuestiones para estudiar incluyen, pero no están limitadas a:

- Los modelos de enfermedad del migrante.
- Estado de la migración.
- Experiencias de migración.
- Fase de migración.
- Adaptación.
- Actitudes de la sociedad anfitriona.
- Identidad cultural.
- Conflictos culturales.
- Densidad étnica.
- Logros y expectativas.

Algunos inmigrantes han experimentado las más extremas formas de trauma y tortura. Los proveedores de salud mental deben tener en cuenta los aspectos culturales del individuo cuando trabaja con esta gente. La evaluación se hace más difícil por diferencias de idioma y culturales, tiempo disponible para la evaluación, recursos financieros y la vergüenza que algunos individuos sienten por haber experimentado la tortura y el trauma relacionado. Frecuentemente, los signos de angustia mental, están relacionados con síntomas físicos como: dolor de cabeza, dolor abdominal o dolor muscular y de articulaciones. Las respuestas a preguntas sobre eventos traumáticos pueden estar influidas por:

- Confianza o desconfianza en el proveedor de salud.
- Confianza o desconfianza en el traductor (intérprete).
- Cuestiones de género relacionados con el paciente, el traductor o el proveedor de atención de la salud.
- Percepción del paciente de si la ayuda se podrá alcanzar o no.
- Presencia o ausencia del soporte espiritual y el cubrir o no las necesidades espirituales.
- Otros factores culturales, de idioma e interpersonales.

A pesar del hecho que las cuestiones de salud mental son prevalentes en las poblaciones que migran, la salud psicosocial de los migrantes es pobremente abordada en la mayoría de los países. Las barreras culturales y de idioma crean mayores desafíos para los profesionales de la atención de la salud y para los mismos migrantes, especialmente en salud mental. Se adjuntan sugerencias para aliviar a trabajadores, profesionales de la salud mental, refugiados, trabajadores inmigrantes y otros.

Referencias:

- Richard, RN, "Mental Health Issues of Resettled Refugees," November 1998. University of Washington. http://ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/mental_health.html
- Bhugra, Dinesh and Peter Jones. "Migration and Mental Illness" in *Advances in Psychiatric Treatment* (2001), vol. 7, pp. 216-223.
- Carballo, Manuel and Aditi Nerukar. "Migration, Refugees, and Health Risks." *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 7, No. 3 Supplement, June 2001, pp. 556-560.
- Dusevic, Neda, Pierre Baume, Abd-Elmasih Malak. *Cross Cultural Suicide Prevention: A Framework*. Transcultural Mental Health Centre and the NSW Health Department Centre for Mental Health. 2002.
- Kemp, Charles. "Mental Health" *Refugee Health - Immigrant Health*. Baylor School of Nursing, Houston, Texas. http://www3.baylor.edu/~Charles_Kemp/refugee_mental_health.htm
- *Psychosocial and Mental Well-Being of Migrants*. International Organization for Migration Position Paper. November 2003.
- World Health Organization. "Mental health of Refugees, Internally Displaced Persons and Other Populations Affected by Conflict." http://www.who.int/hac/techguidance/pht/mental_health_refugees/en/print.html
- La Radio de la Mente Infinita. "En Cualquier Idioma: Cuidado de la Salud Mental para Inmigrantes." Entrevistas con expertos líderes, incluyendo al Dr. Arthur Kleinman. <http://www.lcmedia.com/mind380.htm>

HOJA INFORMATIVA: **Tabajando con Migrantes y Otras Personas Desplazadas**

Hay muchas consideraciones para tener en cuenta cuando se trabaja con la población que migra. Mientras es extremadamente difícil generalizar sobre estas consideraciones, las siguientes pueden ser de utilidad como una guía preliminar para aumentar la comprensión de los desafíos involucrados.

Consideraciones:

Los problemas de salud mental pueden presentarse como problemas físicos: dolor de cabeza, de estómago, etc. Miren detrás de lo físico a un modelo holístico de la salud, incorporando los valores religiosos y culturales del individuo.

- La cultura es un recurso como así también una barrera; la cultura da una sensación de pertenencia. La cultura puede no ser solo el pegamento que mantiene a un grupo unido, sino que también puede ser el factor estresante más relevante para tratar de adaptarse a los nuevos alrededores sin perder la propia identidad o el sentimiento de autoestima.
- Hay mucho para aprender de los inmigrantes de diferentes países – siempre hay mejores y diferentes maneras de ver la vida. Recuerden que muchos inmigrantes pudieron haber estado en la clase más alta de sus países y es probable que perdieran todo excepto el uno al otro, su dignidad, y su fé.
- Hay una necesidad de profesionales de la salud mental de cada cultura, hay poca oferta de profesionales bilingües o biculturales.
- La ayuda con el idioma es de particular importancia para un servicio de salud mental exitoso para migrantes, y puede representar un serio desafío en los idiomas menos utilizados.
- La resiliencia (capacidad de adaptación y resistencia), es un aspecto importante de la cultura y la salud mental de los migrantes.
- La cultura ofrece protección, pero también puede ser restrictiva para el individuo.
- Las culturas varían en la forma de ver el rol de los hombres y mujeres, niños y padres. El poder dentro de la familia puede ser bastante diferente al de la propia cultura. Los niños generalmente aprenden un nuevo idioma mucho más rápidamente que sus padres y esto, frecuentemente, causa una reversión de los roles en la familia, donde los niños podrían tener más poder. Los matrimonios pueden estar amenazados debido a cambios de roles, especialmente cuando las mujeres deben trabajar fuera del hogar.
- Las percepciones del tiempo pueden ser muy diferentes en las distintas culturas: las personas de culturas individualistas están centradas en objetivos y se concentran en el futuro. Personas de otras culturas ponen mayor énfasis en el pasado, honrando a quienes los antecedieron. Hay otros que ponen el foco en el presente porque no saben si ellos tendrán o no un futuro.

Las poblaciones ambulantes pueden ser más vulnerables a problemas con la salud mental que la población nativa, debido a su condición de inmigrantes y su acceso limitado a servicios adecuados, especialmente si no pueden remitirse sus remedios o sus soportes comunitarios tradicionales.

Organización Internacional para Migración.

- Los modelos occidentales de cuidado de la salud ponen énfasis en la autonomía del paciente y el “derecho a saber” del paciente, sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento. Esto no es así en todas las culturas y es contrario a las creencias dominantes

de muchas sociedades. A veces la familia es la primera en saber sobre los problemas de salud de un miembro, y es la familia la que entonces decide cuanto compartir con el paciente.

- El estigma que concierne a la salud mental es mayor en algunas culturas que en otras. En algunas culturas, concurrir a un profesional de la salud mental sería una indicación de debilidad y causa de vergüenza.
- La aculturación es un factor mayor para inmigrantes: hay quienes se ajustan voluntaria y fácilmente a la nueva cultura, mientras otros tienen fuertes ataduras a su cultura de origen y encuentran difícil la transición. Por lo general, la primera generación de inmigrantes encuentra más difícil la aculturación que las siguientes generaciones.
- Muchas culturas no confían fácilmente en los miembros de otras culturas. Es importante construir primero la confianza antes de comenzar a preguntar específicamente sobre salud mental.
- Una aproximación holística es extremadamente importante cuando se trabaja con migrantes.
- En algunas culturas, el contacto ocular es una falta de respeto, mientras tanto, en las culturas occidentales, puede percibirse como un signo de depresión. Una mujer musulmana hablando con un profesional de la salud mental puede no establecer contacto ocular por temor a ser sexualmente impropia. Un paciente Navajo, puede evitar el contacto ocular para evitar el robo o pérdida de su alma.
- Algunas culturas se oponen a cualquier tipo de contacto físico con los individuos que no son de su familia.
- Es importante hablar en la misma terminología; asegurándose que todos se comprenden.
- Los curadores tradicionales de la cultura hogar del migrante pueden asistir al individuo para obtener acceso a un cuidado de la salud de una manera culturalmente aceptable y significativa. Los curadores tradicionales y proveedores de salud mental occidentales, entrenados, pueden hacer de puente entre estas culturas y hacer que la transición sea más suave.
- Los elementos sensoriales y visuales pueden ser gatillos para traumas y es importante tener en cuenta estas posibilidades cuando se comunican con migrantes.

RECOMENDACIONES:

Cuando se trabaja con inmigrantes y personas desplazadas de otras culturas, se aplican algunas guías básicas:

- Busque la forma apropiada de saludar a hombres, mujeres y niños de la cultura del inmigrante. Aprenda los nombres que la cultura utiliza para angustia emocional o enfermedad mental. Muchas culturas comprenden las enfermedades mentales en un contexto religioso o espiritual. Los curadores tradicionales o religiosos utilizan ciertos términos para esas condiciones y es útil utilizar los mismos términos
- Utilice términos simples y directos que sean fáciles de comprender cuando les pregunte a los migrantes sobre una posible enfermedad mental, tal como “¿escucha voces que otra gente no puede escuchar?” Explore esta posibilidad con sentido cultural.
- Asegúrese de informar a los individuos que no le dirá a nadie más, nada de lo que digan ni sobre ellos sin su permiso. Todos los aspectos de la entrevistas serán privados, a menos que usted entienda que planean hacerse daño a sí mismos o a otros.
- Los proveedores de salud mental deben discutir con un individuo de una cultura diferente, antes de cualquier consulta, ¿cuanta información el/ella desea compartir con su familia? y si el individuo lo desea, el/ella debe firmar una renuncia al formulario de confidencialidad.
- Cuando se trabaja con gente de otras culturas, es de ayuda investigar lo más posible del país de origen, revisando los valores culturales, estructuras familiares, y el comportamiento

apropiado para miembros de un determinado grupo étnico. Es importante, sin embargo, recordar que cada persona es única y evitar estereotipar a individuos de una misma cultura.

- Los traductores de salud mental deben ser adecuadamente entrenados, adherir a todas las guías éticas de confidencialidad, y deben realizar esfuerzos para establecer una relación de mutual confianza. Los migrantes no deben ser responsables de proveer un traductor, especialmente en cuestiones de salud mental que son sensibles y requieren un alto nivel de confidencialidad.

Aborde problemas físicos con cuestiones mentales y emocionales. En algunas culturas, los síntomas de problemas de salud mental son descriptos en términos físicos, mientras otros proveen síntomas psicológicos. Es importante ir en profundidad y no tomar los síntomas exactamente como son descriptos.

Cuando sea posible, debe utilizarse un proveedor del mismo sexo para cuidado físico, psicológico y espiritual (si es culturalmente aceptable).

Los problemas psicosociales y del ambiente deben tratarse con los migrantes: educación, trabajo, vivienda, economía, acceso a servicios de salud, cuestiones legales, y grupo de soporte primario.

- Un integrador cultural puede ser útil asistiendo con las comunicaciones siempre y cuando tenga conciencia de su propia identidad cultural, la identidad cultural de los miembros de las diversas comunidades y los factores sociales, políticos y económicos que afectan a las diversas comunidades dentro del contexto cultural. Deben tener la innata comprensión de valores, creencias y prácticas asociadas con enfermedad, salud y bienestar, y el bienestar del grupo cultural, redes de cuidado de la salud tradicionales e indígena, y sistemas de cuidado médico, de salud y salud mental. Dichos integradores culturales también deben tener un rango de habilidades que les permita comunicarse en un contexto transcultural, comunicarse en dos o más idiomas, interpretar y/o traducir información de un idioma al otro, abogar en favor de los pacientes/consumidores, negociar cuidado de salud y otros sistemas de distribución de servicio, y mediar y conducir conflictos.
- Estructurar el proceso de comunicación con migrantes (especialmente aquellos con historial diferente que el del ayudante) en una forma que reduzca cualquier malestar inicial al inicio del diálogo, y que asegure que cada persona sabe que esperar de cualquier consulta. La comunicación entre individuos consiste en escuchar, procesar y retroalimentarse y esto es particularmente importante cuando se trabaja con migrantes que pueden percibir diferentes significados de la comunicación. Tedla Giorgis sugiere las siguientes formas de lograr este objetivo:

1. Asistencia: Demostrar preocupación e interés en el paciente a través de un contacto ocular apropiado, postura corporal y mensajes verbales.

2. Parafrasear: Poner en espejo los dichos del individuo utilizando la palabras exactas o similares.

3. Reflexión de los Sentimientos: Expresando la esencia de los sentimientos del individuo, dicho o implícito, regularmente y certeramente.

4. Resumir: Revisar los puntos principales discutidos en una comunicación de dos vías, para asegurar la continuidad y la focalización.

5. Investigación: Dirigir hacia adentro la atención del individuo para ayudar al consejero y al migrante a examinar una situación en mayor profundidad.

6. Auto-revelación: Compartir apropiadamente sentimientos personales, actitudes, opiniones y experiencias para aumentar la intimidad de la comunicación.

7. Interpretación: Presentar al individuo las distintas formas alternativas de ver las circunstancias que se están discutiendo.

8. Confrontación: Marcar contradicciones en el comportamiento y o dichos del individuo, o guiar al paciente para que vea una cuestión que parece ser evitada.

Trabajar con migrantes puede ser una experiencia enriquecedora para todos los individuos involucrados, pero lleva esfuerzo y paciencia para superar los desafíos de provenir de entornos políticos, étnicos y socioeconómicos diversos. Hay mucho para aprender el uno del otro, y si se practica con respeto y sensibilidad, la recompensa puede ser enorme.

Referencias:

- Ater, Richard, RN, "Mental Health Issues of Resettled Refugees," November 1998. University of Washington. http://ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/mental_health.html
- *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs.* National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development. Georgetown University Medical Center. Spring/Summer 2004. http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/documents/Cultural_Broker_Guide_English.pdf
- Galanti, Geri Ann. "An Introduction to Cultural Differences" in *Western Journal of Medicine* 2000;172:335-336
- Giorgis, Tedla W. "Multicultural Counseling: Training Manual for Counselors of Refugee Clients" Second Edition. Washington, D.C. Office of Refugee Resettlement, 2004. For copies, contact: District of Columbia Office of Refugee Resettlement, 2146 24th Place, N.E., Washington, D.C. 20018
- Greene, Pamela. "The Cultural Adjustment and Mental Health of Japanese Immigrant Youth" in *Adolescence Magazine*. 9/22/2003.
- Hunt, Dennis. "Refugee Adjustment in the Resettlement Process." *Lessons from the Field: Issues and Resources in Refugee Mental Health.* U.S. Committee for Refugees and Immigrants, (formerly Immigration and Refugee Services of America) Washington, D.C. 2000.
- Menon, Shaila; Rebecca Mueller, Judy Okawa, and Sarah Shoaee. "Working Effectively with Refugees." *Lessons from the Field: Issues and Resources in Refugee Mental Health.* U.S. Committee for Refugees and Immigrants, (formerly Immigration and Refugee Services of America) Washington, D.C. 2000. http://www.refugees.org/uploadedFiles/Participate/Resources/Books_and_Publications/lessons_field.pdf
- Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) discusiones del Foro de Expertos Internacionales, 28 Febrero-1 Marzo, 2007. No publicado.

HOJA INFORMATIVA

Las Implicancias en Salud Mental de los Desastres

Hay implicancias en la salud mental en todo desastre – aunque sean naturales, como terremotos y huracanes, o desastres provocados por el hombre, como la Guerra o violencia interpersonal. Las necesidades inmediatas de la población involucrada en un desastre natural son generalmente físicas: refugio, comida, agua y cuidado médico básico. Es importante recordar, sin embargo, que toda la gente que vive una situación inestable sufre trauma. Muy frecuentemente, si los individuos en esta situación reciben algún cuidado de su salud mental, es de individuos que viven fuera de su propio entorno. Muchas de las cuestiones transculturales se enaltecen en la hoja informativa para inmigrantes y otras personas desplazadas, que se relacionan con las consecuencias del desastre. Esta hoja informativa tiene la intención de destacar la importancia de las cuestiones transculturales junto con las cuestiones físicas luego de un desastre de cualquier tipo.

Organizaciones de ayuda internacional, tales como “Médicos Sin Fronteras” luchan por identificar las necesidades más urgentes en su respuesta a desastres, considerando lo limitado de los recursos. ¿Todos los proyectos deben tener un elemento de cuidado psicológico? ¿Debe considerarse el cuidado de la salud mental cuando se responde a hambrunas masivas y desplazamientos? Médicos Sin Fronteras cree que la cuestión no es *si* el cuidado de la salud mental debe ser una parte de sus misiones, sino *cuando y como* enfocarse en la salud mental

¿Que haces si hay comida suficiente, pero nadie quiere comer? A veces las personas no pueden comer porque no quieren vivir más. Pueden haber sido testigos del asesinato de su familia.

Kaz de Jong, Asesor en Salud Mental de Médicos Sin Fronteras.

La angustia es una normal y comprensible respuesta a desastres, frecuentemente causada por haber estado en riesgo directo, preocupado por familia y amigos, haber presenciado lesiones y angustia o dolor en otros, o estar atrapado en el pánico y la confusión que frecuentemente sigue a los eventos. Los sentimientos y recuerdos relacionados a experiencias previas de desastres y pérdidas pueden resurgir y los individuos “re-traumatizarse” por esos eventos. Se suma a lo anterior, que los trabajadores que ayudan también son afectados por estas experiencias y deben estar prevenidos del hecho de que frecuentemente también necesitan cuidado, en el corto o largo plazo.

El Centro de Salud Mental Transcultural del Instituto de la Diversidad en Salud del Gobierno de Australia ha creado hojas informativas en numerosos idiomas, que son de ayuda para aquellos que están haciendo frente a guerras o desastres naturales. Las comunidades tienen una historia de hacer frente a ciertas situaciones inciertas con coraje y fortaleza. El ser soporte uno del otro es una forma positiva de enfrentar estas situaciones. El hacerse cargo de las cosas que deben realizarse todos los días le recuerda a la gente que la vida continúa y puede ayudar a minimizar los sentimientos de desamparo y preocupación con el desastre al alcance de la mano. Es tiempo de pedir ayuda si:

- El sueño de uno está muy afectado.
- Uno se siente perturbado, angustiado, irritable al límite, o agitado la mayor parte del tiempo.
- Uno se siente desamparado, desesperado, miserable y como si “no pudiera seguir”.
- Uno tiene problemas de concentración, está distraído, y no puede realizar tareas habituales.
- Recuerdos de traumas pasados y pérdida reaparecen y se convierten en problemas.

- Hay nuevos síntomas físicos o signos físicos de stress tales como problemas para respirar, alteraciones cardíacas o problemas estomacales.
- Si uno renuncia, se vuelve agresivo, o nota un cambio en la personalidad.

El Centro para Servicios de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud Mental y Substancias de Abuso de los Estados Unidos ha desarrollado nueve principios guía para los planificadores de salud mental en desastres y trabajadores de la primera línea, son discutidos en detalle en su sitio web:

- **Principio 1:** Reconocer la importancia de la cultura y respetar la diversidad.
- **Principio 2:** Mantener un perfil actualizado de la composición cultural de la comunidad.
- **Principio 3:** Reclutar trabajadores para el desastre que sean representativos de la comunidad o área de servicio.
- **Principio 4:** Mantener un Entrenamiento de Competencia Cultural Continuo para el Equipo de Salud Mental para Desastres.
- **Principio 5:** Asegurar que los servicios son accesibles, apropiados y equitativos.
- **Principio 6:** Reconocer el rol de comportamientos de búsqueda de ayuda, costumbres y tradiciones y redes de soporte naturales.
- **Principio 7:** Involucrarse como “Trabajadores Culturales”, líderes comunitarios y organizaciones que representen a los diversos grupos culturales.
- **Principio 8:** Asegurar que los servicios y la información son cultural e idiomáticamente competentes.
- **Principio 9:** Valorar y evaluar el nivel de aptitud cultural del programa.

Los siguientes conceptos deben ser adoptados por todos los proveedores de salud mental en desastres, incluyendo aquellos que tratan a los sobrevivientes de culturas diversas. Los conceptos pueden ayudar a los administradores y proveedores de servicio a establecer las prioridades del programa. Los conceptos se desvían en algunas formas de aquellos en los cuales el trabajo en salud mental se ha basado tradicionalmente. Sin embargo, su validez se ha confirmado una y otra vez en desastres de varios tipos que han afectado a un amplio rango de poblaciones (DHHS, 2000^a).

- Nadie que ve un desastre no es afectado por el. Mismo.
- Hay dos tipos de trauma en los desastres: individual y comunitario.
- La mayoría de las personas trabajan juntos y funcionan adecuadamente durante y después de un desastre, pero su efectividad es disminuida por los efectos del evento.
- El stress y el dolor son reacciones normales a situaciones anormales.
- Muchas reacciones emocionales de los sobrevivientes del desastre se nutren de problemas de la vida diaria que son traídos por el desastre.
- La asistencia para dar alivio del desastre puede confundir a algunos de los que sobrevivieron. Pueden experimentar frustración, enojo, y sentimientos de desamparo relacionados con los programas de asistencia de desastres.
- La mayoría de las personas no se ve necesitando servicios de salud mental luego de un desastre y no buscará esos servicios.
- Los sobrevivientes pueden rechazar la asistencia de todo tipo.
- La asistencia de salud mental en desastres es frecuentemente más práctica que psicológica en su naturaleza.
- Los servicios de salud mental de desastre deben ser adaptados a las culturas de las comunidades donde serán provistos.
- Los trabajadores de salud mental deben dejar a un lado los métodos tradicionales, evitar las etiquetas de salud mental, y utilizar una aproximación active para intervenir con éxito en desastres.

- Los sobrevivientes responden al interés activo y genuino y a la preocupación.
- Las intervenciones deben ser apropiadas a la fase del desastre.
- Los sistemas de soporte social son cruciales para la recuperación.

Sea inmediatamente después del desastre o meses después, es de vital importancia que la salud mental de los sobrevivientes sea abordada. La misma es una consecuencia inevitable de todos los desastres.

Referencias:

- “Haciéndose cargo frente a la Guerra” “Haciéndose cargo luego de los tsunamis” Instituto de la Diversidad en Salud de la Gobernación de New South Wales, Centro de Salud Mental Transcultural. Alerta de la Oficina del Jefe de Salud.
<http://www.dhi.gov.au/tmhc/resources/translations.htm>
- “Desarrollando la aptitud cultural en los programas de salud mental para desastres: principios guía y recomendaciones” El Centro para Servicios de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud Mental y Substancias de Abuso de los Estados Unidos
<http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA03-3828/sectiontwo.asp#two>
- “Salud Mental” Médicos Sin Fronteras. <http://search.atomz.com/search/?sp-a=sp021ab100&sp-p=all&sp-f=ISO-8859-1&sp-q=Mental+Health&x=8&y=7>
- Norwood, Ann E. and Robert J. Ursano, Carol S. Fullerton. “Disaster Psychiatry: Principles and Practice” Plan of Action, American Psychiatric Association Disaster Psychiatry.
<http://www.psych.org/disasterpsych/sl/principlespractice.cfm?pf=y>

La Mejor Práctica en la Salud Mental Transcultural

La WFMH le pidió a organizaciones en Australia, Serbia y los Estados Unidos que destaquen sus actividades en la sección “Mejores Prácticas” del paquete del Día Mundial de la Salud Mental. Estos son solo ejemplos de lo que puede lograrse, hay muchos más alrededor del mundo y tenemos esperanzas que escucharemos, de nuestros amigos y miembros, sobre otros programas que destacaremos en nuestro sitio web. Estamos desarrollando una cámara de información sobre salud mental transcultural y estamos ansiosos por recibir la mayor cantidad posible de información de alrededor del mundo.

“Mejores Prácticas” son iniciativas exitosas que pueden demostrar el impacto positivo, en nuestras vidas individuales, y tienen la posibilidad de ser replicados o copiados por otros individuos y organizaciones. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, las Ciencias y la Cultura (UNESCO), establece que “cualquier (mejor) práctica debe ser adaptada al contexto político, histórico, cultural, social y económico de la sociedad en cuestión”. La UNESCO establece además que las mejores prácticas deben coincidir con uno o más de los siguientes criterios pero no necesariamente con todos ellos:

- Son innovadoras; una mejor práctica ha desarrollado soluciones nuevas y creativas a problemas comunes,
- Hacen una diferencia: crea un impacto positivo y tangible en... (las vidas de otros).
- Tienen efecto sustentable: el resultado de la práctica debe ser sustentable.
- Tienen el potencial de replicación: una mejor práctica puede servir de inspiración para generar políticas e iniciativas en cualquier lugar.

Las siguientes son las mejores prácticas de: Salud Mental Multicultural de Australia, El Centro de Rehabilitación para Víctimas de Tortura en Serbia y el Centro de Servicios Humanos Multiculturales en Falls Church, Virginia, Estados Unidos. Tenemos esperanzas que estos reportes sean de interés y utilidad para ustedes.

Referencias:

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
<http://portal.unesco.org/shs/en/>

Centro para la Rehabilitación de Víctimas de la Tortura, Belgrado, Serbia

Vladimir Jovic, MD, PhD.
Psiquiatra, psicoanalista
Director Ejecutivo de IAN

La Red de Ayuda Internacional (RAI) es una organización local, no gubernamental, no política, no religiosa establecida en Belgrado en 1997. La RAI es activa en el campo de la promoción de la salud mental y la protección de los derechos humanos a través de proveer asistencia psicosocial, legal y humanitaria a refugiados, desplazados internos, buscadores de asilo y otras personas vulnerables incluyendo a enfermos mentales, enfermos de HIV/SIDA, minorías étnicas, mujeres desempleadas y delincuentes juveniles.

Historia: La RAI se fundó con la meta inmediata de establecer un servicio, centro de trauma, que provea asistencia psicológica directa y gratuita, ambos, a través de un servicio telefónico SOS y asistencia cara a cara, para las víctimas de la guerra y la violencia. El Centro de Trauma comenzó sus actividades en tiempos muy difíciles: el régimen de Milosevic era hostil hacia las ONG y las guerras en Croacia y Bosnia dejaron cientos de miles de refugiados dentro de las fronteras de Serbia, muchos de los cuales eran protegidos en centros colectivos sin servicios de ayuda adecuados o especializados. Se sumaba que la mayoría de las organizaciones humanitarias internacionales se retiraban de la región (solo para retornar luego del comienzo de otra guerra de los Balcanes, esta vez en Kosovo).

Las actividades de la RAI incluyen una variedad de servicios orientados hacia las necesidades del cliente: psiquiátrica y psicológica, legal, médica y educacional *. Actualmente, la RAI funciona como una organización compleja con aproximadamente cuarenta empleados y colaboradores y está dividida funcionalmente en cuatro departamentos:

- 1) Departamento de Salud (conteniendo al Centro de Rehabilitación para Víctimas de Tortura, Centro Experto para Salud Mental y HIV/SIDA, y al Grupo de Salud Mental);
- 2) Departamento Educativo;
- 3) Departamento de Derechos Humanos;
- 4) Departamento de Investigación.

A través de su historia, el RAI funcionó completamente aislada de el sistema gubernamental de cuidado de la salud y social (hasta la caída del régimen de Milosevic), o a través de un sistema de red no oficial con instituciones y otras ONG. La RAI solo recientemente comenzó a desarrollar programas piloto dentro de instituciones gubernamentales, con el propósito de ganar conocimientos y habilidades y desarrollar servicios de gran necesidad para grupos en riesgo.

El Centro de Rehabilitación para Víctimas de Tortura (CRVT) de la RAI comenzó a trabajar en Septiembre del 2000, con el soporte financiero de la Comisión Europea. El programa fue establecido como resultado de nuestros esfuerzos de proveer asistencia psicológica especializada y comprensiva a los individuos que fueron torturados durante las guerras en Yugoslavia, y a los miembros de sus familias. Desde el 2004 se brindó ayuda a sobrevivientes de torturas en Bosnia a pedido y como soporte del Fondo Voluntario de las NU para las Víctimas de Tortura y en colaboración con el Centro de Víctimas de Tortura, Sarajevo.

Los objetivos del CRVT incluyen:

- Proveer soporte psiquiátrico, psicosocial, médico y legal a víctimas de torturas relacionadas con la Guerra o situaciones civiles;
- Proveer asistencia a los miembros de la familia del sobreviviente a torturas;

- Organizar soporte y asistencia a grupos no privilegiados que experimentan discriminación y aquellos cuyos derechos humanos son violados por las autoridades, grupos o individuos en base a sexo, étnia, religión, política u otra afiliación;
- Rehabilitación de personas traumatizadas, tratando las consecuencias de la tortura, comportamientos no adaptados, desórdenes de la personalidad, aspirando a prevenir mayor deterioro de su condición y, por lo tanto, permitir al individuo y a su familia integrarse socialmente y convertirse en miembros activos de la comunidad;
- Prevención de la tortura y la violencia organizada en la sociedad elevando la conciencia del público sobre las cuestiones de la tortura y la violación de los derechos humanos y recomendando cambios legislativos;
- Prevención de la transferencia transgeneracional del trauma a través de la rehabilitación de las víctimas de tortura.

La ayuda dada a los pacientes abarca varios servicios desarrollados por RAI. El foco principal está en la rehabilitación psicosocial, que incluye el tratamiento psiquiátrico (con acceso gratis a medicinas, si es necesario), psicoterapia individual, grupal o familiar; ayuda médica general (tratamientos regulares, distribución de medicamentos y asegurada accesibilidad y derivación a instituciones especializadas, si es necesario), asesoramiento legal, asistencia en procedimientos legales para el cruce de fronteras (por ejemplo: provisión de documentos, protección de la propiedad, repatriación), representación ante las cortes y programas de educación y empleo para los sobrevivientes y sus familias. Equipos móviles (formados por psiquiatra, médico general, abogado y psicólogo) visitan centros colectivos y áreas distantes, brindando asistencia a aquellos que no pueden viajar hasta el Centro.

¿Quiénes son nuestros clientes? La mayoría de nuestros clientes son refugiados de Croacia, Bosnia y Herzegovina que huyeron de las guerras en 1991-1995. Además, tenemos un número de clientes que son desplazados internos de Kosovo, incluyendo a varios individuos de origen étnico no-Albano que fueron atacados durante Marzo de 2004. En los últimos años, observamos un aumento en el número de refugiados hombres que fueron arrestados por la policía en 1995, enviados a campos paramilitares y torturados, para ser enviados al frente. La gran mayoría de nuestros clientes son de origen étnico Serbio pero también hay de otras nacionalidades así como clientes con antecedentes étnicos mezclados.

En los últimos 6 años (enero 2000- diciembre 2006) tuvimos un total de 5524 clientes (641 en 2006), entre ellos 2204 eran víctimas directas de tortura. El resto fueron miembros de sus familias (que experimentaron alguna forma de trauma relacionado con la guerra), u otras víctimas de trauma relacionado con la guerra, mayormente refugiados. Otros 2149 individuos fueron visitados por nuestros equipos móviles, en centros colectivos de Serbia o en Bosnia y en Herzegovina. En el último grupo, la mayoría de los clientes fueron mujeres (58%). Los hombres fueron en su mayoría víctimas de torturas (75%), reflejando el hecho que los hombres fueron más frecuentemente encarcelados y torturados durante las guerras. Dentro de las víctimas de tortura, 94% del total eran refugiados, con un número mucho menor de ciudadanos de Serbia que fueron torturados durante la Guerra (2,4%) y solo 2,8% civiles que fueron víctimas de violencia política. La mayoría de nuestros clientes venía de áreas rurales, generalmente tienen menos educación, y son ancianos; de 641 clientes en 2006, 84,7% eran hombres, solo 2,1 tenía educación universitaria, 61,1% eran desempleados. Del número total, 33,9% eran desplazados internos de Kosovo, 56,7% eran refugiados de Croacia o Bosnia y Herzegovina, y 9,4% eran población local de Serbia.

Especificidad de nuestra aproximación: Los servicios del CRVT son: 1) completos (para que nuestros clientes puedan obtener el máximo soporte en un lugar, desde eventos sociales a servicios médicos de especialistas); 2) abierto a modificaciones de acuerdo a las necesidades del cliente; 3) reconocidos por grupos de sobrevivientes y asociaciones (RAI está continuamente brindando ayuda a

las asociaciones de beneficiarios y soporte a través de brindar capacitaciones); 4) cultural y socialmente apropiados. Para conseguir este objetivo, intentamos apoyar las iniciativas de los refugiados más que proseguir con nuestra propia agenda, o aún implementar programas psicosociales que llegan de agencias internacionales, que a veces carecen de sensibilidad hacia factores culturales. Un gran número de empleados de la RAI llegaron de diferentes regiones de Yugoslavia al principio de la Guerra, con sus propias costumbres y redes sociales. Esto contribuye al hecho de que seamos bien reconocidos por un gran número de beneficiarios.

Aspectos Culturales del Trauma: Actualmente estamos implementando un proyecto, junto con otras varias ONG de la región, llamado “Aspectos Culturales del Trauma.” Hay un acuerdo común, que las intervenciones psicosociales frecuentemente implementadas o desarrolladas en los países de la región (más extensamente, como consecuencia de desastres (naturales o producidos por los hombres), demuestran una falta de sensibilidad hacia los aspectos culturales de la expresión de síntomas y modelos de comunicar angustia psicosocial. Como tal, las organizaciones inscriptos en la CAT consideran importante prestar especial atención a proveer servicios culturalmente apropiados en el futuro.

Ofrecer “servicios culturalmente apropiados” representa una empresa difícil ya que requiere que se adopte un grupo de definiciones en lo que concierne a objetivos, blancos y metodología que pueden ser destacados ahora pero que necesitan ser implementados a lo largo del tiempo.

Basados en nuestro nivel actual de conocimiento, el pensar en intervenciones psicosociales culturalmente apropiadas para hacer frente al trauma nos lleva a intervenciones que se concentran más en fortalecer a la comunidad como un todo, más que en los síntomas individuales. Además, nos concentramos en el procesamiento o la utilización de herramientas desarrolladas en encuentros interculturales, (por ejemplo: testigos, testimonios sociales y reparación, mitos espirituales, leyendas y metáforas, etc.).

Producir e implementar herramientas, métodos y aproximaciones culturalmente apropiados para intervenciones psicosociales debe ser una de las tareas de las organizaciones locales, a lo largo de la región, que ya tienen experiencia en diseñar e implementar dichas intervenciones. Agradecemos la colaboración y consulta en tal área.

Admirala Geprata 10
11000 Beograd, Serbia
Web: www.ian.org.yu

*Estos servicios fueron desarrollados en un período considerable de tiempo. Se necesitó ayuda legal para refugiados que estaban en proceso de repatriación a su país de origen (Croacia o Bosnia) y esto fue incluyendo gradualmente varias formas de ayuda, incluyendo asesoría legal, apoyo y la promoción de la legislación para la protección de los derechos humanos de nuestros clientes, todo el camino hasta la representación de víctimas en cortes nacionales en casos de crímenes del estado contra individuos. El Departamento de Educación al principio brindaba entrenamiento básico en información tecnológica y en Inglés para niños refugiados, como un marco para la mejor integración y apoyo psicosocial. Gradualmente desarrollo sus actividades hacia un programa de educación a largo plazo para grupos en riesgo como el Roma, mujeres desempleadas o delincuentes juveniles sentenciados por la corte.

Salud Mental Multicultural en Australia (SMMA)

Professor Abd Malak AM BSW, MSW, MAASW, AFCHSE Executive Director Workforce and Organizational Development Sydney West Area Health Service

Salud Mental Multicultural en Australia es un programa que provee liderazgo nacional en salud mental multicultural y prevención de suicidio para los australianos de orígenes culturales y lingüísticos diversos.

SMMA utiliza un modelo de colaboración y compañerismo para abordar estas cuestiones. También construye redes estratégicas con los programas nacionales de salud mental principales, servicios de salud mental estatales y de territorios y centros transculturales especialistas. SMMA tiene fuertes nexos con los consumidores de salud mental, cuidadores, grupos de ayuda así como refugiados, servicios de tortura y trauma y el medio étnico.

SMMA también se involucra con agencias del gobierno y universidades para mejorar el acceso a los servicios así como facilitar el acceso a información sobre estos servicios. Principalmente aspira a mejorar el grado de reacción y la calidad de los servicios de salud mental para los australianos de orígenes culturales y lingüísticos diversos. En resumen, SMMA descansa en esta sociedad para promover buena salud mental en las diversas comunidades australianas.

SMMA fue fundada bajo la Salud Mental Nacional y la Estrategia de Prevención del Suicidio del Departamento de Salud y Envejecimiento del Gobierno Australiano (DoHA). Este programa puede verse como un modelo de acción gubernamental que es implementada por una organización como la SMMA.

En el 2004, DoHA creó el *Esquema para la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2003-2008 en la Australia Multicultural* (www.mentalhealth.gov.au) bajo el logo de Estrategia Nacional de Salud Mental. El Esquema ilustra de manera general una aproximación nacional a la salud mental y el bienestar de personas de orígenes culturales y lingüísticos diversos.

Bajo este esquema, SMMA facilita políticas y desarrollo de programas brindando un rango de servicios. Estos incluyen aconsejar y consultar, administración de proyectos especiales y el desarrollo de varios recursos. SMMA también es muy activa en la disseminación de la información de salud mental en los medios australianos, sus propias publicaciones y sitios web

El programa de SMMA gira alrededor de cumplir con los objetivos clave del *Esquema* usando una aproximación a toda la salud de una población para la salud mental de personas de orígenes culturales y lingüísticos diversos (OCLD). Esto impone medidas preventivas para salvaguardar la comunidad OCLD australiana de la enfermedad mental. SMMA trabaja hacia mejorar la respuesta del servicio hacia la diversidad cultural, fortalecer la calidad del servicio y promover la investigación cultural inclusiva, la innovación y la sustentabilidad

Una de las funciones de SMMA es intensificar nacionalmente el perfil multicultural de las cuestiones de salud mental así como incrementar el rol y actividades internacionales de Australia a través de una red de organizaciones, comunitaria y relaciones académicas

El SMMA cree que para abordar las cuestiones de salud mental multicultural en forma adecuada, el desarrollo de políticas y servicios, promoción de la salud mental, capacidad de construir y la infraestructura general de los servicios de salud mental necesitan ser abordados de forma nacional.

El SMMA hace foco en el trabajo en colaboración con consumidores y cuidadores; y empresas conjuntas con agencias multiculturales, étnicamente específicas y de la corriente principal. Estas sociedades garantizan que los programas e iniciativas no son duplicados.

Las colaboraciones del SMMA aseguran que la salud mental y la prevención del suicidio son fundantes en una agenda de reformas de la salud mental más globales a través de programas genéricos fundados bajo la Estrategia Nacional de Salud Mental de Australia

En el contexto de la política nacional de salud mental, y para alcanzar los objetivos impuestos para la distribución de servicio y práctica personal en Australia, la SMMA cree que brindar servicios de salud mental apropiados y competentes es responsabilidad de todos los proveedores de servicio. Por lo tanto la SMMA brinda entrenamiento especial a sectores gubernamentales y no-gubernamentales en como convertirse en culturalmente competentes en la distribución de sus servicios a las personas de OCLD.

La SMMA además construye asociaciones prácticas entre el sector de salud mental y comunidades cultural y lingüísticamente diversas, al facilitar proyectos conjuntos y diseñar actividades que identifiquen y apoyen la necesidad de salud mental para consumidores y cuidadores. La SMMA facilita la asociación entre profesionales de la salud mental, académicos, y trabajadores comunitarios, al promover y estimular el dialogo y actividades de investigación en el área de salud mental multicultural

Este importante trabajo toma las siguientes formas:

- Trabajando en conjunto con los consumidores al nivel de planificación del cuidado individual, en el desarrollo de servicios y en el cambio sistemático. Esto se realiza con el convencimiento que a la política y a los procedimientos les faltarán la apropiada asignación de recursos para tratar a los consumidores de salud mental y sus cuidadores de OCLD y asegurando que son socios iguales en la capacidad de proveer servicios de salud mental y realizar políticas que brinden programas y servicios de salud mental cultural y lingüísticamente relevantes.
- Haciendo foco en el suministro de información y elevando el nivel de alarma de la comunidad y los profesionales en el campo de la salud mental multicultural con la producción de recursos multiculturales y campañas de concientización a la medida de la salud mental. La información y los recursos en salud mental y enfermedad mental también se asignan a los consumidores, cuidadores y comunidades de OCLD, hacienda foco en prevención, intervención temprana, tratamiento, recuperación y derechos y responsabilidades
- Contribuir a construir una fuerza de trabajo especializada y culturalmente interesada mediante organizar y patrocinar conferencias, talleres y programas de entrenamiento. El foco principal está en las habilidades y aptitudes requeridas por el personal para satisfacer las demandas de personas de orígenes diversos, así como en la promoción de trabajadores bilingües o agencias específicas étnicamente que generalmente son el primer puerto de contacto para los OCLD consumidores y cuidadores de salud mental.
- Promover una capacitación en la aproximación entre el personal de salud mental y el sector de la comunidad, para facilitar la implementación de metas creando y probando nuevos modelos de atención, así como utilizar estrategias, sistemas de monitoreo y prácticas sustentables

Salud Mental Multicultural en Australia logra todo esto mediante:

- Utilizar una aproximación de “todo el gobierno” siendo pro activos y reactivos a las nuevas iniciativas en todos los niveles de gobierno y jurisdicciones- por ejemplo: teniendo representantes de SMMA en los mas relevantes comités de salud mental del gobierno, juntas

- consultivas y colaborando con las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) líderes en la corriente principal de la salud mental.
- Teniendo una Junta de Grupos Oficiales para todos los Directores de Salud Mental de todos los estados y territorios de Australia, donde las reuniones regulares y el contacto brinden las oportunidades para destacar las necesidades y resquicios en los servicios y buscar una pronta intervención.
 - Participar en consultas nacionales en salud mental para el diseño y la implementación de nuevos servicios y programas de salud mental
 - Teniendo un extenso comité de expertos en salud mental, “El Concejo” que brinda consejos y soporte al programa SMMA. “The Consejo” representa la alianza de consumidores, cuidadores, la comunidad, especialistas de todos los estados en salud mental multicultural y prevención del suicidio, población y salud pública, y el sector terciario
 - “El Consejo” provee vasta experiencia y archivos establecidos en multiculturalismo y/o salud mental para SMMA. Su conocimiento de salud mental transcultural y las extensivas redes nacionales y estatales proveen consejos invaluable para el proyecto y facilita las conexiones con comunidades locales, consumidores y cuidadores.
 - Estos expertos llegan de todo estado y territorio australiano, como también de instituciones educacionales relevantes y grupos de interés como La Red Nacional de Consumidores de Salud Mental, La Universidad de Adelaida en Sud Australia, La Universidad de Griffith en Queensland, que entonces proveen a SMMA de una muy vasta representación.
 - Diseñar una estructura de Consejo que permita la participación apropiada de todas las organizaciones con un interés en comunidades multiculturales sin sobrecargar sus compromisos. También permite la variación de niveles de compromiso en el trabajo de SMMA de acuerdo con la relevancia de ese trabajo para la organización individual y la especialización que cada área de programa de SMMA requiera.
 - Tener una estructura de Grupo de Trabajo que permita el mayor compromiso de expertos, grupos de interés y partidos en las principales áreas de trabajo de SMMA. Por ejemplo: el Consejo Editorial revisando la publicación de la revista cuatrimestral de SMMA; *Synergy*; la Partida de Trabajo de Cuidadores y Consumidores y la Partida de Trabajo del Personal, etc.
 - Tener un bien definido contrato con el cuerpo fundacional del gobierno federal con entregas muy específicas y el establecimiento de marcos de tiempo señalados. Brindar informes periódicos de progreso al cuerpo fundador con evidencia de los logros; así como mantenimiento de comunicación regular con los representantes del cuerpo fundador.
 - Diseñar un programa de trabajo que incluya las cinco áreas más importantes en las que lograr mejores, relevantes e interesantes servicios de salud mental para personas con OCLD. Estos incluyen Comunicaciones, Información y Medios, Asociaciones de Consumidores y Cuidadores, Asociaciones y Promociones, Personal, Capacidad de Construir y Prevención del Suicidio.
 - Apoyar y respaldar iniciativas y programas de Consumidores y Cuidadores; y extenderlos para que puedan aplicarse nacionalmente.
 - Producir recursos periódicos con distribución amplia y gratuita. Por ejemplo: suscripción gratuita a la revista cuatrimestral, *Synergy*, que también está disponible en el sitio web donde pueden descargarse ediciones anteriores
 - Producción de un boletín mensual, que destaca las últimas noticias de salud mental nacionales e internacionales e información que es general y también culturalmente específica.
 - Tener mas de 30 hojas informativas relevantes para descargar en forma gratuita del sitio web <http://www.mmha.org.au/find/fact-sheets>- que están traducidas a 18 idiomas así como se conectan con otros sitios relevantes para otra información multilingüe y el Diversity Health Institute, la organización paraguas dentro de la cual se encuentra la SMMA. www.dhi.gov.au/clearinghouse.

- Tener un sitio web amigable y al día en <http://www.mmha.org.au/mmha-products/books-and-resources> que muestra muchos recursos adicionales que pueden ser descargados en forma gratuita o adquiridos en SMMA.

El Centro de Servicios Humanos Multiculturales, Falls Church, Virginia, EEUU (CSHM)

Dennis Hunt, Ph.D.
Executive Director, CMHS

Este Centro de Servicios Humanos Multiculturales (CSMH) ofrece un amplio rango de servicios de salud mental, social, educacional, salud e idioma guiados hacia los únicos valores y características individuales y familiares de culturas diversas. El personal del Centro son trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, consejeros, especialistas en educación, terapeutas artísticos e internos graduados de universidades locales, multiétnico y multilingüe. Los servicios se brindan en 30 idiomas diferentes y se atienden un promedio de 8000 individuos y familias cada año. Su misión es ayudar a personas con orígenes étnicos diversos a tener éxito brindando salud mental culturalmente sensible y comprensiva y servicios relacionados, y mediante la conducción de investigación y entrenamiento lograr que tales servicios sean más ampliamente disponibles.

CSMH ofrece terapia culturalmente sensible para niños y adultos que experimentan problemas de ajuste cultural, conflictos familiares, ansiedad, depresión, dificultades tempranas de unión, abuso físico o sexual y otros traumas o problemas psicológicos. Está disponible terapia individual, familiar y grupal. Los tratamientos individualizados de los niños frecuentemente incluyen terapia familiar, artística y/o de juego en el idioma dominante del niño. El personal multilingüe del CSMH también es capaz de responder a crisis de salud mental. Las evaluaciones psicológicas, provistas en el idioma dominante del cliente, abordan un amplio rango de preguntas incluyen evaluación del trastorno de estrés post traumático, capacidad para la violencia, habilidad para ser padres apropiadamente, y funcionamiento cognitivo y personal actual. CSMH provee evaluación psiquiátrica y monitoreo de la medicación con servicios de intérprete cuando es necesario. Otros servicios de salud mental que se brindan en CSMH incluyen: servicios familiares intensivos, programas de control de la agresividad, grupos de paternidad, educación y asistencia con drogas y alcohol.

Los programas del Centro relacionados con salud mental son los siguientes:

- El Programa para Sobrevivientes de Tortura y Trauma Severo fue establecido en 1998 para atender las consecuencias de los abusos a los derechos humanos. Su misión es asistir a los sobrevivientes de tortura motivada políticamente por medio de proveer un rango de servicios comprensivos que aborden los complejos resultados de su tortura.
- El Programa Multicultural de Violencia Doméstica utiliza una aproximación holística al tratamiento y prevención de la violencia doméstica, con el convencimiento de que cada miembro de una familia afectada por la violencia doméstica es una víctima. Los esfuerzos son enfocados en toda la familia, cuando es apropiado, así como en la comunidad subyacente.
- Programa LECD Basado en las Escuelas: En respuesta directa a las necesidades de salud mental de los niños de las minorías culturales y de idiomas, el CSMH ha estado trabajando con éxito en el programa LECD (Liderazgo en Educación, Conquistas y Diversidad) en escuelas públicas locales, atendiendo aproximadamente 250 niños y adolescentes por año.
- Servicios de Tratamiento y Evaluación Multicultural en Salud Mental: este programa aborda las necesidades de salud mental de inmigrantes con inglés limitado e individuos y familias refugiados para los que los servicios existentes son inaccesibles debido a barreras de idioma o culturales.
- Entrenamiento: Por más de 20 años, el CSMH ofreció programas de entrenamiento para profesionales en formación en psicología, trabajo social y asistentes socio psicológicos. Estos son programas de entrenamiento modelos para construir la competencia cultural en el personal de salud mental de los Estados Unidos para aumentar el acceso a cuidados de

salud mental de calidad para la población críticamente sub atendida y cultural e idiomáticamente diversa.

- Servicio Auto- suficiente: El CSMH ofrece alojamiento transitorio, asistencia legal, clases de inglés como segundo idioma, experiencias de vida y clases de computación, mentores y manejo de casos para ayudar a que el individuo logre la autosuficiencia.
- Programa de Prevención de Pandillas: El CSMH trabaja en jurisdicciones en toda Virginia del Norte para reducir la violencia juvenil y limitar la voluntad de pertenecer a las pandillas entre los niños de minoridades culturales e idiomáticas. El CSMH ha desarrollado un manual de entrenamiento para ayudar a otros que trabajan con jóvenes que están en riesgo de involucrarse con pandillas.
- Servicios de Asistencia Técnica: El CSMH ofrece asistencia técnica a comunidades en los Estados Unidos de América que necesitan guías para desarrollar sistemas de servicios y prácticas que reaccionen a las necesidades de ajuste de refugiados e inmigrantes. El CSMH también asiste a comunidades extranjeras a establecer o mejorar programas que asisten a sobrevivientes de torturas o niños traumatizados.

Además, el CSMH tiene un fuerte programa voluntario de información y de referencia multilingüe para ayudar a las poblaciones recién llegadas en sus esfuerzos para amoldarse a su nuevo entorno. Mientras el CSMH es un centro de salud mental autorizado, ofrece servicios que responden a una variedad de necesidades del cliente. Al ingreso, todos los clientes son evaluados para identificar desafíos que interfieren con funcionamientos saludables. Estos desafíos pueden incluir necesidades básicas, tales como comida y refugio, falta de sistemas de soporte, conflictos familiares, depresión, etc. El CSMH puede evaluar algunas de estas necesidades directamente o conectar al cliente con otras agencias de servicio comunitario. La aproximación de la persona como un todo nos permite cambiar a los clientes en crisis a un estado saludable o de un estado vulnerable a estable o un estado próspero, en un período de tiempo relativamente corto. Todos los servicios son provistos de forma tal de reconocer las fortalezas del cliente y las barreras culturales, de transporte, el cuidado de los niños y otras que enfrentan al acceder a los servicios. En la mayoría de los casos los clientes son atendidos por profesionales y para profesionales que hablan su propio idioma. Los intérpretes son utilizados solo cuando el personal de servicio directo no habla el idioma del cliente. Los servicios se brindan en el hogar del cliente, escuelas u otros sitios comunitarios cuando esta opción es la mejor para las necesidades del cliente. El cuidado de los niños es provisto por actividades grupales en las oficinas del CSMH y sitios de la comunidad. El CSMH es proactivo, organiza actividades en la comunidad para identificar necesidades emergentes y para establecer una conexión con los miembros de la comunidad que podrían necesitar servicios. Estas actividades de compromiso, son generalmente en colaboración con líderes de la Fe o líderes étnicos de la comunidad.

Para descargar cartas de noticias y otro material, visitar:

<http://www.cmhsweb.org/about/updates.html>

Referencias:

- CMHS website: <http://www.cmhsweb.org/programs/index.html>
- Pioneering Multicultural Mental Health and Human Services: A Case History of the Center for Multicultural Human Services. 2007 (see website)
- *Connections*. A newsletter of the U.S. Committee for Refugees and Immigrants, September 2001. Washington, D.C.

La Salud Mental en un Mundo Cambiante Un llamado a la Acción

El reconocimiento del rol central de la cultura, raza y etnia en la salud no es una novedad. Durante décadas los investigadores exploraron la influencia de la cultura en la formación de la personalidad, expresión de síntomas, actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda, modelos de salud y enfermedad y procesos y resultados de tratamientos. Aunque se ha realizado un avance significativo en la comprensión de la relación entre cultura y salud; los responsables de realizar políticas de salud mental y del comportamiento, los investigadores y proveedores de servicios son aún desafiados a desarrollar grandes sistemas de cuidado que satisfactoriamente cubran las necesidades de los individuos de entornos raciales y culturales diversos.

La necesidad de líderes de salud mental y del comportamiento para realizar mayores y comprometidos esfuerzos para reconocer y actuar en la necesidad de servicios y sistemas culturalmente sensibles, se ha acrecentado mientras las naciones y comunidades alrededor del mundo reflejan el resultado de décadas de aumento en migraciones y diversidad étnica.

Esta sección del paquete de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2007 llama la atención a cuestiones que deben abordarse viendo la necesidad de mayor comprensión y el rol crítico que tienen el tomar en cuenta lo cultural al planear y brindar servicios de salud mental efectivos. En un mundo cada vez más multicultural, el otorgar servicios de salud mental apropiados y efectivos, estará muy influenciado por la voluntad y la habilidad, de los creadores de políticas, planificadores de programas y proveedores de servicio locales, para desarrollar, implementar y sostener sistemas de salud mental culturalmente sensibles para niños, adolescentes y adultos que vienen de entornos culturales diversos.

Esta no es una nueva área que deben tomar los sistemas de salud mental en varios países, particularmente aquellas naciones de ingresos medio y altos que han sido los destinos principales de inmigrantes de aquellos países que han sido impactados por períodos de privación económica, desórdenes políticos y conflictos armados. Aún más; los movimientos de derechos humanos, en los últimos 30 años en un número de países con un alto número de etnias y población indigente, han resultado en mucha atención prestada a la investigación, política y terreno de práctica a cuestiones de cultura en la efectiva distribución de servicios de salud mental. Este movimiento multicultural de asesoramiento y terapia del final de los 80 fue pionero en realizar tratamientos a medida de la cultura del cliente individual para asegurar mayor relevancia y sensibilidad cultural. Sin embargo, la mayoría de estos esfuerzos se centraron en mejorar la política de servicio y distribución para minoridades étnicas en varios países (como afro americanos en Estado Unidos de América; Nativos Canadienses; grupos aborígenes en Australia y Nueva Zelanda, etc.) en otras palabras, para grupos que comparten los mismos patrones culturales que la mayoría de la población.

El surgimiento, en varios países, de una creciente fuerza de trabajo en servicios de salud mental multiculturales brinda una, cada vez más importante, razón para considerar las cuestiones relacionadas con la influencia de la cultura en la salud mental. En el contexto de la salud mental transcultural, la enfermedad no solo está relacionada con los cambios biológicos subyacentes a una conducta; sino que, principalmente; con las consideraciones, de los practicantes de la salud, de las realidades clínicas de acuerdo a sus modelos. Si la enfermedad cae en la categoría de “la cultura del medico”, la dolencia está en un campo diferente. Se refiere al reconocimiento, etiquetado, experiencia de comportamiento del individuo y la familia. La importancia de identificar y reconocer el curso social y cultural de la enfermedad es acentuada en establecimientos transculturales.

Las comunidades de ingreso moderado-alto son cada vez más heterogéneas en su composición étnica. También lo son los servicios de la fuerza de trabajo en salud mental que proveen el cuidado y tratamiento en instituciones para la comunidad, públicas y privadas, para personas con problemas y dolencias en salud mental. Cada vez más, los profesionales de la salud mental trabajando en centros comunitarios de salud mental, organizaciones de cuidado de la salud gerenciadas, servicios de salud pública, e instituciones psiquiátricas públicas, son individuos nacidos en otro país que recibieron entrenamiento en el país desarrollado y se quedaron allí para ejercer; o recibieron entrenamiento en su país de origen y fueron reclutados para emigrar a un país desarrollado (esto es especialmente cierto con las enfermeras). No es nada extraordinario, en el ambiente de los servicios de salud mental pública de hoy, hallar un médico de un país/cultura tratando a un individuo de una cultura muy diferente – ninguno de los cuales es nativo de la comunidad o país donde vive e interactúa. Los equipos del servicio de tratamiento están frecuentemente compuestos por profesionales que son a su vez de otros países con culturas diversas y variadas perspectivas sobre la enfermedad mental y su tratamiento.

Sin embargo, hay varias cuestiones claves acerca de “el rol de la cultura en salud mental” que necesitan ser consideradas – y que pueden transformarse en los títulos para las bases y/o los esfuerzos y apoyo para la salud mental nacional, fortaleciendo la influencia de la cultura en la planificación y distribución de la salud mental:

- 1) *El rol que tiene la orientación cultural en como, los profesionales de la salud mental, piensan sobre los desórdenes mentales y los problemas de salud mental, reconocen síntomas, diagnostican acertadamente, y tratan efectivamente estos problemas en pacientes que tienen orientaciones culturales diferentes.*
- 2) *El rol que la cultura tiene en como los individuos, miembros de la familia, y las comunidades perciben y responden a síntomas de problemas de salud mental — como y donde buscan ayuda o tratamiento para afrontar estos problemas.*
- 3) *El rol que tiene la cultura en la interacción de profesionales de la salud mental con pacientes de una cultura diferente — como estas diferentes perspectivas culturales funcionan en tratamientos basados en establecimientos de la comunidad o institucionales (tales como una elección de tratamiento, sumisión al tratamiento y el compromiso de la familia cuidadora)*
- 4) *El rol, que la perspectiva cultural sobre la salud mental y los desórdenes mentales, tiene en la fuerza de trabajo en general (negocios e industria), particularmente entre empleados de programas de asistencia, políticas de licencias médicas y de familia, cobertura de seguros en salud, prioridades en servicios de salud pública, etc.).*

Un número de guías modelo para promover el desarrollo de sistemas de servicios en salud mental con aptitud/sensibilidad cultural, han sido desarrollados por agencias gubernamentales, programas de distribución de servicio e investigadores. Varios de los modelos líderes están descriptos en [El Manual de Psicología y Asistencia Racial-Cultural](#) (en un capítulo por Arthur C. Evans) titulado “*Desarrollando una Estructura para Sistemas de Cuidado Culturalmente Competentes*” (“*Developing a Framework for Culturally Competent Systems of Care.*”) Un modelo de este tipo es producto del esfuerzo del Departamento de Salud y la Oficina del Servicio de Salud de la Minoridad de Estados Unidos para destacar un paquete de prácticas necesarias para proveer servicios culturalmente competentes:

Criteria Recomendados para Servicios del Cuidado de la Salud Cultural y Lingüísticamente Apropriados.

1. Promover y apoyar las actitudes, conocimientos y habilidades necesarias para que el personal trabaje con respeto y en forma efectiva con clientes y entre ellos en un ambiente de trabajo culturalmente diverso.

2. Tener una estrategia de administración comprensiva para afrontar servicios cultural y lingüísticamente apropiados, incluyendo objetivos, planes, políticas y procedimientos estratégicos; y designar al personal responsable de implementarlo.
3. Utilizar mecanismos formales para involucrar a la comunidad y consumidores en el diseño y ejecución de la distribución del servicio, incluyendo la planificación, creación de políticas, operaciones, evaluaciones, entrenamiento y, como apropiado, planificación del tratamiento.
4. Desarrollo e implementación de una estrategia para reclutar, retener y promover al personal administrativo, clínico y de soporte; calificado, diverso y culturalmente competente que son entrenados y calificados para cumplimentar las necesidades de las comunidades raciales y étnicas atendidas.
5. Requerir y organizar la educación continua y el entrenamiento del personal administrativo, clínico y de soporte en servicios competentes cultural y lingüísticamente.
6. Proveer a todo el personal, con limitación en el idioma dominante, acceso a personal bilingüe o servicios de intérprete.
7. Proveer noticias orales y escritas; incluyendo traducciones marcadas en puntos clave de contacto, para clientes en su idioma primario, informando de su derecho a recibir servicios de intérprete sin costo.
8. Traducir y poner a disposición, de los miembros de los grupos de idiomas dominantes en áreas de servicio, material educativo escrito y otros materiales.
9. Asegurarse que los intérpretes y el personal bilingüe puedan demostrar habilidad bilingüe y recibir entrenamiento que incluya habilidades y ética para interpretar, y conocimiento en ambos idiomas de los términos relevantes a encuentros clínicos o no clínicos. La familia o amigos no son considerados sustitutos adecuados porque generalmente carecen de estas habilidades.
10. Asegurar que el idioma primario del cliente y su auto-identificada raza/étnia están incluidas en el sistema de administración de la información de la organización de cuidado de la salud así como también cualquier antecedente del cliente utilizado por el personal.
11. Utilizar una variedad de métodos para juntar y usar datos exactos demográficos, culturales, epidemiológicos, y resultados clínicos para grupos raciales y étnicos del área de servicio, e informarse sobre las necesidades, recursos y posesiones étnicos/raciales de la comunidad circundante.
12. Tomar la auto-evaluación continua, de la aptitud cultural y de idioma, e integrar en otras auditorias internas de la organización y programas de mejora: medidas de acceso, satisfacción, calidad y resultados para servicios cultural e idiomáticamente apropiados.
13. Desarrollar estructuras y procedimientos que aborden conflictos legales y éticos interculturales en la distribución de cuidado de la salud, y las quejas de clientes o personal sobre falta de justicia, insensibilidad cultural, o dificultad para acceder a servicios o negativa de servicios.
14. Preparar un reporte anual que documente el progreso de la organización con la implementación de servicios apropiados cultural e idiomáticamente, incluyendo programas de información, personal y recursos.

Estructura Australiana para la Implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2003-2008 en la Australia Multicultural

Australia ha realizado la aproximación más formal para integrar la planificación y distribución de servicios de salud mental, apropiados cultural e idiomáticamente, dentro de sistemas de salud nacional y estatal a través de la *Estructura para la Implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2003-2008 en la Australia Multicultural*.

La estructura fue desarrollada para el Grupo de Trabajo del Consejo Asesor Nacional Multicultural en Salud Mental del Ministerio de Salud Australiano por el Grupo Nacional de Desarrollo de Políticas Multiculturales en Salud Mental y Salud Mental Australiana Multicultural, y fue distribuida en 2004. (Por favor noten el reporte sobre el trabajo de Salud Mental Multicultural en Australia de la página 36).

La estructura está descrita como una herramienta para:

- Promover el reconocimiento del rol que tiene la cultura en el bienestar de las comunidades multiculturales de Australia
- Identificar las necesidades de salud mental específicas de estas comunidades, e
- Informar el desarrollo de servicios para satisfacer estas necesidades.

La estructura intenta complementar la política en salud mental preexistente en Australia con foco en cuestiones específicas para las personas de distintos orígenes. Describe una aproximación nacional a la salud mental y el bienestar de la población multicultural del país y establece aspiraciones, principios y áreas de política clave donde se necesita acción.

Los objetivos de la estructura son:

- Promover la salud mental y el bienestar de todas las personas de comunidades multiculturales en Australia.
- Prevenir el desarrollo de problemas en salud mental y la enfermedad mental
- Reducir el impacto de la enfermedad mental en individuos, familias o comunidades, y
- Asegurar los derechos de todas las personas, de orígenes diversos, con enfermedad mental.

La estructura establece cuatro áreas de acción prioritarias para lograr estos objetivos, e identifica deberes concretos, resultados esperados y responsabilidades. Estas áreas son:

- Una aproximación popular de la salud para la salud mental de personas con orígenes culturales e idiomáticos diversos.
- Mejorar la respuesta de servicio a la diversidad cultural.
- Fortalecer la calidad
- Promover la investigación, innovación y sustentabilidad.

El desarrollo de la estructura fue cimentada por un paquete de bien articulados principios guía, entre ellos:

- Proveer servicios de salud mental culturalmente competentes, con interés y eficiencia requiere el compañerismo entre los sistemas de salud y de bienestar y con consumidores a cuidadores de diversos orígenes.
- Una fuerza de trabajo culturalmente competente es fundamental para proveer servicios de salud mental culturalmente apropiados.
- Un foco de recuperación, que respeta la cultura y el sistema de creencias espirituales del consumidor personal y el de sus familias, cuidadores y comunidad; debe ser el motor que lleva la distribución del servicio.
- El logro de mejores resultados en salud mental para consumidores multiculturales, sus familias y cuidadores, requiere modelos fundacionales y distribución de recursos que consideren las necesidades de poblaciones diversas.

Desarrollar, adoptar e implementar un esquema nacional ambicioso para promover y estimular la integración de servicios cultural e idiomáticamente apropiados en la planificación de salud mental y la distribución de servicios de una nación no puede lograrse solo con los esfuerzos de los sectores de salud y salud mental. Como resumen, el esquema australiano establece:

“El desafío de desarrollar una política y servicios culturalmente inclusivos requiere el compromiso de todos los niveles del gobierno y acciones a través de un amplio rango de sectores. El esquema reconoce la necesidad de compañerismo y colaboración entre gobiernos, individuos, comunidades y organizaciones para identificar y responder a las necesidades de las diversas poblaciones de Australia.

Proveedores de servicio de la República, Estado o Territorio, en colaboración con individuos, sus familias, comunidad y organizaciones no gubernamentales, deben colaborar para diseñar y distribuir servicios de salud y salud mental culturalmente apropiados”.

Esta declaración sirve como un más apropiado y convincente “Llamado a la Acción” para el Día Mundial de la Salud Mental 2007, abordando el tema “**La Salud Mental en un Mundo Cambiante: El Impacto de la Cultura y la Diversidad**”. La Federación Mundial para la Salud Mental espera que las organizaciones gubernamentales y no- gubernamentales que organizan la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental 2007 el 10 de Octubre incluyan en su campaña elementos de defensa y educación que alienten a las autoridades estatales/provinciales y nacionales de salud mental a considerar establecer su propio “Esquema” para integrar las estrategias cultural e idiomáticamente apropiadas en sus servicios de salud mental y planes del sistema. La WFMH impulsa a los gobiernos a crear esquemas similares dentro de sus planes de salud que reflejen los principios, objetivos y áreas de acción prioritarias descritas en el plan Australiano. La defensa del desarrollo, implementación y la sustentación de dicho esquema serán una significativa y duradera contribución al Día Mundial de la Salud Mental 2007.

Referencias:

- Australian Health Ministers’ Advisory Council National Mental Health Working Group, National Multicultural Mental Health Policy Development Steering Group and Multicultural Mental Health Australia; FRAMEWORK FOR THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL MENTAL HEALTH PLAN 2003-2008 IN MULTICULTURAL AUSTRALIA (and Executive Summary); Commonwealth of Australia, 2004. (This document can be downloaded for the Department of Health & Ageing, Health Priorities & Suicide Prevention Branch website at www.mentalhealth.gov.au).
- Carter, Robert T., Editor: Handbook of Racial-Cultural Psychology and Counseling. G. Wiley. 2004: Chapter 29, *Developing a Framework for Culturally Competent Systems of Care*, pages 491-512.
- Mildavsky, Daniel. “Transcultural Psychiatry for Clinical Practice,” *PSYCHIATRIC TIMES*, June 2004, Vol. XXI, Issue 7.

Recursos:

- Harper, Maya, *et.al*; Organizational Cultural Competence: A Review of Assessment Protocols. Research and Training Center for Children’s Mental Health, Department of Child & Family Studies, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, FL. 2006. www.rtkids.fmhi.usf.edu
- Hernandez, Mario, *et.al*; Examining the Database Supporting Culturally Competent Children’s Mental Health Services: Research and Training Center for Children’s Mental Health, Department of Child & Family Studies, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, FL. 2006. www.rtkids.fmhi.usf.edu
- US Department Of Health And Human Services: *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. (1999) Rockville, MD.
- US Department Of Health And Human Services: *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. (2001) Rockville, MD