



Invertir en atención de salud conductual cultural y lingüísticamente receptiva en Oregon

Oregon
Health
Authority



Coalition of
Communities of
Color

Agradecimientos

Trabajamos en la tierra robada de los Kalapuya, Wasco, Cowlitz, Multnomah, Tualatin, Clackamas, Kathlamet, Molalla, Middle Band of Chinook y muchas otras tribus que hicieron sus hogares a lo largo del río Columbia. Vivimos en una nación de riqueza creada por la subyugación y explotación de los africanos traídos a la Isla Tortuga a través de la esclavitud de bienes muebles o Maa'fa (que en swahili significa el gran desastre). Elevamos a los guardianes nativos americanos originales de la tierra y las contribuciones forzadas de generaciones de africanos. Cimentamos nuestra lucha sabiendo que no hay liberación negra sin soberanía indígena y que no hay soberanía indígena sin liberación negra. Luchamos por Land Back y reparaciones y refutamos el colonialismo de los colonos, el racismo anti-negro y el imperialismo.

Este cuerpo de trabajo no podría haberse completado sin la orientación, el compromiso y el conocimiento de los miembros del comité directivo. A lo largo de múltiples y continuas crisis, los miembros ofrecieron apoyo y una reorientación crucial del proceso que fue consciente y respetuoso de las condiciones y límites de las comunidades de color y las organizaciones que les sirven. Se nos recordó que la urgencia y el seguimiento de los cronogramas de las instituciones dominantes no suelen servir a las comunidades de color en formas que centren sus necesidades, fortalezas y deseos. Nosotros, como investigadores capacitados en instituciones predominantemente blancas, desaprendimos muchas de nuestras suposiciones acerca de hacer una investigación "adecuada" a través de nuestras reuniones con los miembros del comité directivo. Aprendimos el valor de pausar y desacelerar para hacer y empoderar el trabajo liderado por la comunidad.

Es con gratitud que agradecemos a la División de Equidad e Inclusión de la Autoridad de Salud de Oregon por el apoyo financiero para este trabajo. Un agradecimiento especial a Shelley Das de la División de Equidad e Inclusión por obtener fondos y apoyarnos a través de muchos obstáculos en el camino, y a Leann Johnson por su liderazgo y comentarios. También un agradecimiento especial a la Dra. Shweta Moorthy, cuyo tiempo en la Coalición de Comunidades de Color fue fundamental para garantizar que esta investigación se realizara con un marco de investigación de justicia. Gracias a los miembros del comité directivo: Ebony Clarke, Ibrahim Coulibaly, Joe Enlet, Roberto Gamboa, Daniel García, Holden Leung, Olivia Quiroz, Elizabeth Rentería-Holden, Representante Tawna Sánchez, Lore Vences, por su compromiso inquebrantable con el bienestar de las personas negras, Comunidades indígenas y de color (BIPOC). Gracias a la Dra. Roberta Hunte, Oluchi Onyima, Sherly Paul, el Dr. Ryan Petteway, la Dra. Lorraine Escribano, el Dr. Daniel López-Cevallos, Claudia Montano y Karla Rodríguez por brindar una asociación invaluable y comentarios generosos sobre las preguntas de la encuesta, el análisis de datos y por compartir la encuesta con

sus comunidades. Gracias a Anthony Deloney y al personal de Self Enhancement, Inc. (SEI), a Angelica Godinez y al personal de la Clínica Rinehart, a Marchel Hirschfield y al personal de Asian Pacific American Network of Oregon (APANO), Alyshia Macaysa y Oregon Pacific Islander Coalition, Court Morse, el personal de Next Door y tantos miembros de la comunidad que compartieron la encuesta en todo el estado e incluso ayudaron a la gente a completarla. Esta investigación no hubiera sido posible sin su apoyo. También agradecemos al liderazgo de CCC, Jenny Lee y Marcus Mundy, por sus cuidadosas ediciones y a Eddie Sherman por apoyar con la edición de estilo del informe. Como siempre, estamos agradecidos por el apoyo y la orientación constante de nuestros colegas, colaboradores y co-conspiradores en todo el trabajo de investigación y justicia de datos que hacemos en todo el estado, especialmente el Consejo de Descolonización de Datos BIPOC. Por último, gracias a todos los miembros de la comunidad que se tomaron el tiempo para compartir sus experiencias, conocimientos y sabiduría con nosotros. Reconocemos que puede ser difícil hablar sobre la salud mental y del comportamiento. Esperamos que al escribir este informe hayamos representado sus experiencias con cuidado y respeto, y que los cambios propuestos aquí aseguren que se le sirva de manera que afirme y apoye el máximo bienestar para usted, sus familias y sus comunidades.

- Instituto de Justicia de Investigación

Preparado por

Research Justice Institute en el
Coalición de comunidades de color

Fundado por

División de Equidad e Inclusión del
Autoridad de Salud de Oregon

Crédito de la foto de portada:: freshidea (Adobe Stock)

Tabla de contenido

Lista de tablas y figuras	5
Resumen ejecutivo	6
1. Objetivo de este estudio	10
2. Comprensión de las condiciones y experiencias que afectan la salud mental y conductual de las comunidades de color	12
3. El estado actual de la atención de salud conductual cultural y lingüísticamente receptiva en Oregon	14
4. Un enfoque de investigación de justicia para la salud mental y del comportamiento entre las comunidades de color en Oregon	18
4.1 ¿Qué es un enfoque de justicia en la investigación?	18
4.2 El Comité de Dirección	20
4.3 COVID-19, Justicia en la investigación y salud conductual	22
4.4 Construcción y difusión de la encuesta	24
4.5 Análisis de datos.....	25
5. Hallazgos	27
5.1 Tipos de apoyo necesarios.....	28
5.2 Utilización de los servicios de salud conductual	29
5.3 Barreras para acceder a los servicios de salud conductual.....	32
5.4 Fuentes de apoyo para la salud conductual.....	35
5.5 Experiencias de discriminación por parte de proveedores	39
5.6 Consideración de los proveedores de las necesidades culturales y lingüísticas	43
6. Recomendaciones	49
Notas finales	54

Lista de Tablas y Figuras

Tabla 1: Principios de la justicia en la investigación	19
Tabla 2: Experiencias de los miembros del Comité Directivo del Sistema de Atención de Salud Mental de Oregon.....	21
Tabla 3: Necesidades y desafíos de la atención de la salud del comportamiento antes y durante el COVID-19 según lo identificado por los miembros del Comité Directivo.....	23
Tabla 4. Demografía de raza y edad de los participantes que hablan inglés y español ..	27
Tabla 5. Necesidades cualitativas de apoyo para la salud mental y del comportamiento (habla inglesa).....	28
Tabla 6. Utilización de CCO por las participantes (de habla inglesa)	30
Tabla 7. Lista de barreras en la encuesta del idioma inglés (habla inglesa)	32
Tabla 8. Los 3 tipos de barrera elegidos con mayor frecuencia por raza / grupo étnico (habla inglesa)	34
Tabla 9. Dónde recibieron los servicios de atención de salud conductual las personas que hablaban inglés	36
Tabla 10. Dónde recibieron los servicios de atención de salud conductual los hispanohablantes	36
Tabla 11. Experiencias de hablantes de inglés con un proveedor de salud tradicional ..	37
Tabla 12: Razones para considerar a los proveedores como poco confiables	42
Figura 1. Utilización de intérpretes de atención médica y trabajadores de la salud tradicionales (habla inglesa).....	31
Figura 2. Barreras para acceder a proveedores (habla inglesa)	33
Figura 3. Accesibilidad de los servicios de salud conductual (habla inglesa).....	34
Figura 4. Accesibilidad de los servicios de salud conductual para participantes hispanohablantes	35
Figura 5. Experiencias con el tipo de proveedor de salud tradicional (habla inglesa)	40
Figura 6. Tipos de discriminación experimentados por participantes hispanohablantes	42
Figura 7. Consideración de la cultura y el idioma por parte del sistema de salud al comunicarse sobre los servicios (habla inglesa)	43
Figura 8. El proveedor “siempre” considera las preocupaciones de salud por raza y grupo étnico (habla inglesa)	44
Figura 9. Consideración de la cultura y el idioma por parte del sistema de salud al comunicarse sobre los servicios (en español)	48
Figura 10. El proveedor considera las preocupaciones de salud (habla español)	48

Resumen ejecutivo

Los datos y recomendaciones presentados en este informe provienen de un proceso de investigación estatal dirigido por la comunidad, guiado por un comité directivo de 10 miembros de líderes negros, indígenas y de color (BIPOC). El objetivo de esta investigación es proporcionar a la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) y las Organizaciones de Atención Coordinada

El objetivo es mejorar el acceso, la utilización y los resultados de la atención de salud conductual.

(CCO) recomendaciones para servicios que respondan a las necesidades culturales y lingüísticas de las comunidades de color. El objetivo es mejorar el acceso, la utilización y los resultados de la atención de la salud del comportamiento. Además, este informe es una colección de historias, experiencias, creencias y deseos de las comunidades BIPOC (sin incluir las naciones tribales soberanas reconocidas a nivel federal, incluso si algunos miembros tribales pueden haber participado como individuos en esta

investigación). Lo que se captura aquí son años de solicitudes y necesidades que las comunidades y sus líderes multiculturales y multilingües han estado compartiendo a través de varios medios, pero siguen viendo pocos cambios. Reconocemos la fatiga y la frustración que experimentan muchos líderes BIPOC y otros miembros de la comunidad cuando sus llamados a un cambio se encuentran con la inacción. Los autores esperan que este informe proporcione vías para acciones significativas a corto y largo plazo.

Los datos presentados en este informe, incluidos los relatos de las individuos BIPOC sobre la interacción con los sistemas de atención médica en Oregón, deben ubicarse dentro de las experiencias e historias de trauma de los efectos del racismo, la supremacía blanca, la antinegra, la exclusión y la "otredad". Estas condiciones dan como resultado resultados similares y experiencias compartidas relacionadas con la salud mental y conductual. Décadas de investigación con las comunidades BIPOC de Oregon continúan revelando las deficiencias de la atención de la salud conductual cultural y lingüísticamente receptiva del estado, a pesar de los importantes avances en la equidad en la salud (consulte la sección 3 para obtener más detalles).

Los datos primarios para este estudio se recopilaron mediante dos encuestas en línea en inglés y español. Las preguntas de la encuesta se elaboraron conjuntamente con miembros del comité directivo y otros líderes comunitarios de BIPOC. Las encuestas fueron difundidas en todo el estado por una red de colegas BIPOC. Preguntas de la encuesta sobre: fuentes de estrés, ansiedad,

frustración y preocupación, incluso para niños y ancianos; barreras para buscar atención; experiencias de discriminación; desconfianza en los profesionales de la salud; y recursos locales y culturalmente específicos para el apoyo de la salud conductual.

Más de 440 participantes tomaron la encuesta y representaron diversas geografías, incluyendo el este y centro de Oregon, el área del Columbia Gorge, la costa, el área metropolitana de Portland, Salem, Eugene y Medford. Los encuestados que se identificaron como Negros / Afroamericanos y Latinos, Latinas o Latinx / e fueron la mayoría de los participantes¹, pero hubo un esfuerzo liderado por la comunidad para asegurar la representación de las comunidades Nativas / Indígenas, Asiáticas e Isleñas del Pacífico. El comité directivo y otros miembros de la comunidad BIPOC revisaron y examinaron los resultados y el análisis de la encuesta. Las recomendaciones que se presentan a continuación se combinan con un hallazgo clave de este proceso de investigación.

La mayoría de las personas de BIPOC reciben atención de salud conductual de figuras religiosas, curanderos tradicionales, organizaciones comunitarias y clínicas

Las comunidades BIPOC buscan servicios de salud conductual de figuras religiosas, curanderos tradicionales y organizaciones comunitarias y culturalmente específicas a tasas más altas que las CCO, los centros de atención de urgencia y las salas de emergencia. Estas fuentes de atención a menudo no son reconocidas o no cuentan con recursos de las instituciones dominantes y tienden a estar más centradas en la familia y la comunidad que las formas dominantes / centradas en el individuo / occidentales de atención de la salud conductual. Recomendamos que los CCO y los sistemas de salud en general permitan, inviertan y participen en conjunto con los líderes y organizaciones culturalmente específicas para apoyar las redes de atención centradas en la comunidad, como una estrategia para mejorar el acceso cultural y lingüísticamente específico a los servicios de salud conductual.

El conocimiento sobre los servicios de salud conductual es una barrera importante y la traducción es insuficiente para comunicar información culturalmente relevante

Aprendimos que la falta de conciencia sobre la disponibilidad de servicios de salud conductual es una barrera importante para el acceso. Es necesario traducir la información, pero hacer solo eso es insuficiente; la competencia cultural es fundamental para transmitir información de formas culturalmente apropiadas. Recomendamos invertir y contratar personal devoto (desde la divulgación hasta la oficina principal y los proveedores de atención médica) integrado en sus tradiciones culturales para llevar a cabo actividades de divulgación sobre

los servicios en sus comunidades. Los sistemas de salud deben basarse en múltiples formatos de comunicación (más allá de la escritura) y crear conciencia a través de miembros de la comunidad con conocimientos culturales y que sean intermediarios de confianza. Consulte la sección 5.3, Barreras para acceder a los servicios de salud conductual, para obtener más información.

Las tasas de utilización de la atención de la salud del comportamiento son bajas entre las personas de BIPOC en gran parte debido a la falta de proveedores multilingües y multiculturales.

Existe una escasez de trabajadores de la salud del comportamiento multilingües y multiculturales en todo el estado, especialmente en las áreas rurales. Muchos participantes de la encuesta compartieron que dudan o no visitan a los proveedores de salud conductual debido a experiencias previas de racismo, discriminación e insensibilidad cultural. Recomendamos invertir en una fuerza laboral de salud conductual multilingüe y multicultural que incluya procesos formales y consistentes en todo el estado para capacitar, otorgar licencias, contratar, retener y compensar a los trabajadores.

Las personas de BIPOC tienen bajas tasas de inscripción en CCO, especialmente fuera del área metropolitana de Portland.

Las comunidades de color usan las CCO a tasas bajas y la falta de conocimiento sobre los servicios de salud conductual es una de las principales razones que impide que muchos busquen atención. Las CCO deben asociarse con organizaciones culturalmente específicas en áreas rurales y urbanas para hacer correr la voz sobre a qué servicios pueden acceder las personas de BIPOC y cómo. Una vez más, la comunicación

basada en la cultura, no solo la traducción, es fundamental. Consulte la sección 5.2, Utilización de los servicios de salud conductual, para obtener más información.

Una vez más, la comunicación culturalmente receptiva, no solo la traducción, es fundamental.

Las personas de BIPOC experimentan altas tasas de racismo, discriminación y prejuicios en los entornos médicos

Las respuestas mostraron que los pacientes de BIPOC experimentan altos niveles de discriminación en entornos médicos. En asociación con organizaciones culturalmente específicas y líderes comunitarios, se debe

desarrollar para los proveedores una capacitación culturalmente informada y una evaluación basada en la práctica. Estas áreas deben incluir empatía, prejuicios / estereotipos, antirracismo, descolonización y restauración de la justicia, comportamiento con un enfermo, fomento de la confianza, comunicación interpersonal y actividades de apoyo del cuidado del paciente. Se debe educar a los proveedores sobre los valores culturales, las normas y las creencias de las poblaciones a las que sirven y comprender sus historias sociales (por ejemplo, inmigración, reasentamiento, desplazamiento por gentrificación, trauma histórico). Consulte la sección 5.5, Experiencias de discriminación por parte de proveedores, para obtener descripciones y más ejemplos.

Las necesidades y experiencias de las comunidades BIPOC no pueden entenderse sin recopilar datos procesables, informados por la comunidad y desglosados.

Los sistemas de salud deben recopilar, proteger, tener las habilidades y la capacidad para dar sentido y tomar decisiones basadas en datos desglosados sobre raza, etnia, idioma, estado de discapacidad, identidad de género y orientación sexual. Los parámetros, mediciones y modelos de evaluación deben desarrollarse con una participación comunitaria significativa, informada por las necesidades y los recursos de las entidades locales, e idealmente deben ser dirigidos por la comunidad para evitar que las necesidades, expectativas y resultados se centren en la población dominante, los blancos / nacidos en los Estados Unidos.

Los supuestos occidentales y anglos céntricos sobre la salud del comportamiento alienan y dañan a las comunidades BIPOC

Brindar atención cultural y lingüísticamente sensible significa impedir el asumir los criterios dominantes, occidentales y anglo céntricos que perpetúan las normas y expectativas de la blancura² y que sean usados en el cuidado de la salud mental y conductual de otras poblaciones. Las presuposiciones a evitar incluyen: determinar la “buena salud mental” y la “disfunción” únicamente mediante metodologías de ciencia occidental; monitorear y medir la “buena salud mental” mediante modelos dominantes / anglo céntricos / occidentales; asumiendo que los problemas de salud mental y conductual pueden aislarse a nivel individual; y confiar y recomendar únicamente a los profesionales con licencia secular y capacitados en biomedicina como los más adecuados para guiar a las personas a través del proceso de salud.

1. Objetivo de este estudio

Con la creciente diversidad demográfica y las persistentes desigualdades en la salud debido a la opresión histórica y actual, una pregunta urgente es: ¿Cómo puede Oregon reimaginar su sistema de prestación de atención de salud conductual³ para servir mejor a los miembros de la comunidad cultural y lingüísticamente diversos en todo el estado? Con ese fin, el objetivo principal del proyecto es mejorar el acceso, la utilización y los resultados de los servicios de salud conductual para todos los habitantes de Oregon a través de un proceso de investigación co-construido y liderado por la comunidad para proporcionar recomendaciones a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA), al nivel de Organizaciones de Atención Coordinada (CCO), con relación a el acceso a servicios cultural y lingüísticamente apropiados.

Para lograr este objetivo, el Research Justice Institute de la Coalition of Communities of Color (CCC) se embarcó en un proyecto de investigación de acción participativa basada en la comunidad (CBPAR) que, en cada etapa del proceso de investigación, no solo incluyó sino que implicó a los líderes y miembros de comunidades negras, indígenas y de color (BIPOC) (sin embargo, no nos involucramos explícitamente con las 9 naciones tribales soberanas reconocidas a nivel federal, aunque algunos miembros tribales pueden haber participado como individuos en esta investigación). Llamamos a este proceso y enfoque “Justicia de investigación”, que se analiza con más detalle en la sección 4. Si bien la pandemia de COVID-19 cambió drásticamente la forma en que podíamos involucrar a las comunidades de color, mantuvimos nuestro compromiso principal de acceder ante los miembros de la comunidad durante todo el proceso. Esto significó revisar y ajustar nuestras estrategias de investigación para respetar los múltiples desafíos y las crisis en curso que las organizaciones comunitarias y los miembros de la comunidad están experimentando durante la pandemia.

Este trabajo no se podría haber realizado sin las aportaciones y la orientación de los miembros del comité directivo. En la sección 4.2 se analiza una discusión más detallada sobre cómo avanzó esta investigación en colaboración con los miembros del comité directivo. Estamos realmente agradecidos por su participación continua durante estos tiempos desafiantes. Los miembros del comité directivo incluyeron:

- Ebony Clarke, directora interina, Departamento de Salud del Condado de Multnomah y Director de Servicios de Salud Mental y Adicciones, Condado de Multnomah
- Ibrahim Coulibaly, presidente, NAACP-Eugene-Springfield
- Joe Enlet, Cónsul General de los Estados Federados de Micronesia
- Roberto Gamboa, Gerente de Operaciones, Euvalcree

- Daniel García, analista de equidad e inclusión, Autoridad de Salud de Oregón
- Holden Leung, Director Ejecutivo, Centro de Servicios y Salud de Asia
- Olivia Quiroz, directora ejecutiva, Oregon Latino Health Coalition
- Elizabeth Rentería-Holden, directora de programas clínicos, anteriormente en Deschutes County Behavioral Health
- Tawna Sanchez, Representante Estatal, Distrito 43 de la Cámara de Representantes y Directora de Servicios Familiares, Centro Juvenil y Familiar Nativo Americano
- Lore Vences, directora ejecutiva y tutora a nivel estatal, Caminos Diferentes

Con la guía de los miembros del comité directivo, pudimos continuar nuestro trabajo a pesar de muchos desafíos y tensiones en la capacidad individual. Juntos logramos lo siguiente:

- Se involucró significativamente a diversas comunidades de color en todo Oregon para comprender qué barreras existen para acceder a la atención de la salud del comportamiento que responda a las necesidades culturales y lingüísticas.
- Obtuvo una comprensión de las experiencias y visiones de las comunidades para un sistema de prestación de atención de salud conductual cultural y lingüísticamente sensible.
- Se identificaron las mejores prácticas prometedoras informadas en la comunidad para servicios cultural y lingüísticamente receptivos que pueden integrarse en un continuo de atención para reducir las inequidades en la salud.

Antes de discutir los detalles y los hallazgos de esta investigación, proporcionamos a los lectores un contexto importante a considerar al abordar la salud del comportamiento entre las comunidades de color. En la siguiente sección, discutimos cómo los encuentros de BIPOC con los sistemas de salud deben situarse dentro de las experiencias e historias de trauma de los efectos del racismo, la supremacía blanca, la anti negra, la exclusión y la “otredad”. Estas condiciones dan como resultado resultados similares y experiencias compartidas relacionadas con la salud mental y conductual. A continuación de esta sección, presentamos el estado actual de la atención de la salud del comportamiento con capacidad de respuesta cultural y lingüística en Oregón según una lista corta de estudios recientes.

2. Comprensión de las condiciones y experiencias que afectan la salud mental y conductual de las comunidades de color

Uno de los desafíos importantes de este proyecto de investigación ha sido capturar y comunicar la diversidad de experiencias de las comunidades de color cuando buscan y acceden a servicios de atención de la salud del comportamiento. La amplia variedad de experiencias dentro de grupos raciales y étnicos tales como negros / afroamericanos, latinos, asiáticos, isleños del Pacífico y nativos americanos merecen ser visibilizados y comprendidos. Idealmente, estas experiencias deberían informar inversiones, programas e intervenciones que respondan cultural y lingüísticamente y que las necesidades específicas en el contexto de las diferentes comunidades de color se cumplan. Sin embargo, no importa cuán dirigido por la comunidad, un estudio de investigación no puede proporcionar detalles tan completos y recomendaciones específicas de la comunidad. Incumbe a los sistemas de salud asegurarse de que los proveedores aprendan sobre las culturas y las historias sociales de las comunidades a las que sirven y asegurarse de que las organizaciones comunitarias culturalmente específicas cuenten con los recursos necesarios para liderar o participar en estos esfuerzos. Además, nunca es suficiente recopilar conocimientos sobre diversas comunidades a través de medidas cuantitativas únicamente; en cambio, es fundamental trabajar con socios de la comunidad para comprender las necesidades, fortalezas y deseos de las comunidades de color a través de historias y narrativas.⁴

Existe una gran cantidad de investigaciones y publicaciones sobre cómo se entiende, se experimenta y se trata la salud mental y del comportamiento desde la perspectiva de diferentes comunidades minorizadas y racializadas en los Estados Unidos. Aunque son cultural y lingüísticamente diversas, las comunidades de color comparten ciertas experiencias, que deben ser comprendidas y consideradas al desarrollar cualquier servicio que resuelva las necesidades culturales y lingüísticas.⁵

El trauma de los efectos del racismo, la supremacía blanca, la anti-negritud y las experiencias de exclusión y “otredad” dan como resultado resultados similares y experiencias compartidas relacionadas con la salud mental y conductual. Éstos incluyen:

- Mayores niveles de estrés crónico debido a experiencias persistentes de racismo.
- Aislamiento social y miedo debido a la precariedad económica, redes más pequeñas de apoyo social y la amenaza inminente de violencia dirigida por el estado y represalias contra miembros de la comunidad con estatus de

indocumentados, por nombrar algunos.

- Falta de acceso a servicios de salud y seguros asequibles o falta de seguro.
- Evitar buscar tratamiento debido a la falta de lugares y proveedores que apoyen cultural y lingüísticamente.
- Falta de comunicación cultural y lingüísticamente apropiada y, por lo tanto, de conciencia sobre los servicios.
- Desconfianza de los proveedores de atención médica debido a experiencias de racismo médico.

Las suposiciones peligrosas de la profesión de la salud mental y del comportamiento son otra razón fundamental por la que las comunidades de color muy diversas a menudo experimentan barreras similares para acceder a los servicios de atención médica. Está bien documentado que las prácticas de diagnóstico e intervención de salud mental y conductual están arraigadas en lógicas coloniales, supremacistas blancas y capitalistas que marginan y “otras” cosmovisiones culturales diferentes sobre el bienestar.⁶ Sin embargo, dentro de estas lógicas, ciertos supuestos se reciben como objetivos verdades singulares, que incluyen:

- Lo que cuenta como “buena salud mental” y “disfunción” está determinado y validado por metodologías de la ciencia occidental.
- Dentro de estas definiciones etnocéntricas, “buena salud mental” es un fin que vale la pena perseguir.
- El camino hacia la “buena salud mental” se puede monitorear y medir.
- Los problemas se pueden aislar a nivel individual y se pueden diseñar intervenciones para tratar el problema aislado / localizado.
- Los profesionales seculares con licencia son los más adecuados para guiar a las personas a través del proceso de salud.

Con demasiada frecuencia, estas suposiciones no reflejan ni afirman las experiencias y visiones del mundo de las comunidades de color. Como resultado, las comunidades de color pueden experimentar un mayor aislamiento, subutilización de los servicios, desconfianza y percepción de ineficacia de los sistemas y proveedores de salud.

- Otras experiencias y barreras compartidas en las comunidades de color relacionadas con la salud mental y del comportamiento incluyen:
- Falta de proveedores y servicios que utilicen métodos de atención y tratamiento centrados en la familia y la comunidad.
- Estigma social y cultural asociado con la salud mental y conductual.
- Diferentes interpretaciones culturales de lo que es “salud mental”, “salud conductual” y “bienestar emocional” que no se corresponden necesariamente con los entendimientos biomédicos occidentales.

Finalmente, es vital reconocer las experiencias únicas y compartidas de las comunidades de color con historias recientes de inmigración o que llegaron como refugiados a los Estados Unidos. Los inmigrantes de primera, segunda

y tercera generación pueden tener preocupaciones sobre la salud mental y del comportamiento que son distintas de las comunidades de color sin antecedentes recientes de inmigración.⁷ Por ejemplo, las historias sociales, políticas y económicas de las comunidades que se han inmigrado a los Estados Unidos, suelen incluir múltiples reasentamientos ó inmigraciones anteriores en otros países. Estos desplazamientos pueden significar que las comunidades de refugiados pierdan conexiones con la familia y los parientes y las redes de apoyo económico y espiritual, experimenten traumas asociados con la guerra, la violencia y el desplazamiento y, a menudo, enfrenten mayores niveles de pobreza, estigma y exclusión en su país de reasentamiento. Además, a menudo existen tensiones y dinámicas intergeneracionales complejas que pueden afectar el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Estas experiencias particulares tienen implicaciones importantes para su salud física, mental, conductual, emocional y espiritual. Es imperativo que los proveedores de atención médica y los profesionales de la salud reconozcan y comprendan que la inmigración, junto con el racismo⁸ y el colonialismo⁹, es un determinante social de la salud.¹⁰ Esto requiere que la unidad de análisis se aleje de los comportamientos individuales hacia la comprensión de cómo los individuos están integrados en y conectados a formaciones e historias culturales, sociales y políticas, incluidos los sistemas inequitativos que perpetúan las prácticas excluyentes.

3. El estado actual de la atención de salud conductual cultural y lingüísticamente receptiva en Oregon

Oregon ha logrado avances hacia la equidad en la salud y el desarrollo de sistemas de prestación de servicios de salud que respondan a las necesidades cultural y lingüísticas. Muchos de estos esfuerzos programáticos y de políticas integran los estándares nacionales de servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS) en el desarrollo de objetivos, políticas y puntos de referencia. Los estándares CLAS proporcionan principios y estrategias generales para abordar y eliminar las disparidades en la salud.¹¹ En Oregon, los estándares CLAS han sido principios rectores para lo siguiente:

- El Plan Estratégico Estatal de Salud del Comportamiento 2015-2018 de la Autoridad de Salud de Oregon
- Comité de Educación Continua de Competencia Cultural de la Autoridad de Salud de Oregon
- Subcomité de Equidad en el Servicio del Proyecto de Ley 21 del Senado (2013)¹²
- Proyecto de ley de la Cámara 2011 (2019)¹³

Debido a estos esfuerzos, Oregon es uno de los diez estados que requiere capacitación obligatoria en competencia cultural para “cualquier persona autorizada para ejercer una profesión de la salud regulada por cualquier Junta de Profesiones de la Salud del Estado de Oregon” (HB 2011).¹⁴

Oregon también ha sido un líder nacional en el establecimiento de un modelo continuo de atención a través de su red de Organizaciones de Atención Coordinada (CCO) que atiende a las personas que reciben cobertura de atención médica bajo el Plan de Salud de Oregon (Medicaid). Las CCO brindan atención coordinada en todo el espectro de atención de la salud física, mental, conductual y dental.

Además de las CCO, en 2011, Oregon estableció las seis Coaliciones Regionales de Equidad en Salud (RHEC) que apoyan a once condados y las Tribus Confederadas de Warm Springs. El RHEC tiene como objetivo apoyar actividades locales, impulsadas por la comunidad y culturalmente específicas para reducir las inequidades en la salud y abordar los determinantes sociales de la salud en Oregon. Los RHEC tienen el potencial de impactar al 60% de la población total del estado.¹⁵

En 2020, al inicio de la pandemia de COVID-19, la legislatura de Oregon aprobó una ley que requiere que los proveedores de atención médica (1) recopilen datos desglosados sobre raza, etnia, idioma y discapacidad (REALD) durante los encuentros de COVID-19 y (2) compartir esta información con la Autoridad de Salud de Oregon.¹⁶ La recopilación, el análisis y el informe de datos desglosados son necesarios para promover la equidad en la salud. La pandemia también catalizó a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) para exigir que las CCO se aseguren de que todos los servicios, incluida la telemedicina, se brinden de acuerdo con los estándares CLAS nacionales.¹⁷

Sin embargo, a pesar de estos avances en la equidad en la salud y las innovaciones en los sistemas de atención médica, Oregon enfrenta numerosos desafíos para brindar atención de la salud del comportamiento cultural y lingüísticamente adecuados. Si bien los Estándares CLAS proporcionan un marco para los principios y estrategias que las agencias y los sistemas de salud pueden adoptar, para mejorar estas recomendaciones, los servicios cultural y lingüísticamente receptivos no se basan ni están impulsadas por la vida cotidiana y los conocimientos de las comunidades de color en Oregon. En lo que respecta a las CCO, la elaboración de normas administrativas estipula que “las CCO se asegurarán de que los miembros tengan una opción de proveedores dentro de la red de la CCO, incluidos los proveedores de servicios cultural y lingüísticamente apropiados y sus proveedores que participan en la CCO.”¹⁸ Es común que estos servicios solo sean por solicitud y con frecuencia, no está claro cómo acceder a ellos. Además, las CCO se enfrentan a una escasez crónica de proveedores multilingües y multiculturales, especialmente en los condados

rurales.¹⁹

Los estudios e investigaciones previos sobre las experiencias de las comunidades de color en Oregon relacionadas con la salud mental y del comportamiento y la navegación del sistema estatal de atención de la salud del comportamiento señala muchos de los desafíos y brechas en el servicio a las comunidades de color. A continuación, se muestra una breve lista de estudios recientes y conclusiones fundamentales que ilustran estos desafíos y brechas:

- ***Crisis de Nuestro Bienestar: un informe sobre la salud mental de los latinos en Oregon*** (2020) de la Comisión de Asuntos Hispanos de Oregon es una síntesis importante de la investigación sobre la salud mental de los latinos en Oregon. El informe demuestra, por ejemplo, la falta de proveedores de salud mental culturalmente específicos, especialmente en las zonas rurales del estado, y el papel de las escuelas como sitios esenciales para acceder a la atención de la salud mental, especialmente para los jóvenes latinx rurales. El informe incluye acciones importantes que se deben tomar, muchas de las cuales se alinean con las recomendaciones de este informe. El informe aboga por:
 - Recopilar mejores datos sobre por qué tasas más altas de personas latinas terminan sus relaciones con proveedores de salud mental y conductual.
 - Dotar de recursos y cultivar una línea plurilingüe y multicultural de profesionales y mano de obra.
 - Capacitación más sólida para proveedores y personal de sistemas de salud sobre la complejidad cultural de las comunidades latinx.
 - Integrar los servicios y lugares proporcionados por organizaciones culturalmente específicas al cuidado de salud continuo.
- ***Liderar con la raza: Investigar la justicia en el condado de Washington*** (2018) por la Coalición de Comunidades de Color fue un proyecto de investigación de varios años liderado por la comunidad que reveló muchos de los problemas de salud mental y conductual que experimentan los miembros de la comunidad y las barreras para acceder a servicios de atención médica culturalmente receptivos. Algunas conclusiones clave de la comunidad incluyen:
 - Africano: Grandes poblaciones musulmanas, inmigrantes y refugiadas experimentan tasas más altas de estrés y depresión.
 - Afroamericano: mayor sensación de aislamiento social y niveles más altos de salud precaria debido al estrés.
 - Asiático y asiático-americano: es menos probable que busque servicios de salud mental, y cuando la gente lo hace, informa que no funciona; también falta de buenos datos sobre el estado de salud y los resultados debido a que no se desglosa por etnia, ascendencia y lugar de nacimiento.
 - Latinx: las políticas de inmigración de exclusión, la condición de

indocumentado y el estrés contribuyen a las barreras de acceso y repercusiones negativas en la salud; además, muchas personas no buscan atención por temor a tener que responder preguntas sobre ciudadanía.

- **Nativo americano:** No existen recursos culturalmente específicos para facilitar los procesos de curación.
- **Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico:** las barreras del idioma y la desconfianza son las barreras más comunes; al igual que en las poblaciones asiáticas, la falta de datos desglosados significa una comprensión deficiente de las disparidades y repercusiones en la salud.²⁰
- **Eslavo:** muchos miembros de la comunidad son inmigrantes y experimentan barreras en torno al idioma y la accesibilidad al seguro. Cuando se ofrecen servicios de atención médica culturalmente específicos, los datos muestran un aumento de las visitas a las clínicas. No existen datos sobre los resultados de salud; por lo tanto, una mejor recopilación de datos desglosados es necesaria.
- **Análisis de salud mental del condado de Multnomah** (2018) encontró que muchas de las partes interesadas no experimentan el sistema de salud mental de manera positiva. Esto podría deberse a: la complejidad del sistema con sus múltiples vías y puntos de contacto; la necesidad de un mejor apoyo entre iguales y un alcance y un compromiso comunitarios personalizados y a largo plazo; la necesidad de recibir atención en entornos elegidos por los miembros de la comunidad; la falta de diversidad racial, étnica y cultural entre los trabajadores de la salud mental.
- **Disparidades de salud mental para los latinos de Oregón: Un Análisis Cualitativo** (2017) por Kimberly Voelker encontró que más de la mitad de las personas latinas que reciben atención de salud mental eran menores de 18 años (en comparación con los de 29 años en la población total), y un mayor porcentaje de pacientes latinos terminan la atención/el tratamiento sin aprobación.
- **Disparidades en los servicios de salud mental de los latinos oregonianos: un análisis cualitativo** (2017) por Diane St. Amour encontró que las poblaciones latinx en Oregon a menudo no buscan atención de salud mental excepto en tiempos de crisis. Las barreras que enfrentan las personas latinas para acceder a la atención son tanto estructurales como individuales. Las barreras estructurales incluyen la falta de proveedores multilingües / multiculturales, y los intérpretes a menudo crean más dificultades y barreras para los pacientes; falta de servicios culturalmente relevantes, como enfoques más centrados en la familia en lugar de enfoques centrados en el individuo para la atención de la salud mental y una mayor integración de los sanadores/proveedores tradicionales (es decir, curanderos); miedo a buscar atención, especialmente en el contexto de políticas de inmigración hostiles; y los pacientes latinx a menudo son derivados a clínicas no específicas de su cultura. Las barreras individuales

incluyen el temor a buscar atención debido al estado residencial; falta de seguro; falta de educación sobre problemas y cuidados de salud mental; estigma asociado con la salud mental; y barreras como el cuidado de los niños, el transporte y las horas de trabajo.

- **Plan del Pueblo del Foro de Liderazgo Afroamericano de Portland (PAALF)** (2017) informó que la gentrificación y el desplazamiento han afectado negativamente los resultados de salud de los miembros de la comunidad negra. Debido a las experiencias de desplazamiento repetido, que pueden resultar en una reacción de estrés traumático conocida como Root Shock²¹, muchos miembros de la comunidad viven con un trauma. La falta de seguridad y continuidad de la vivienda también puede tener impactos profundos y duraderos en el desarrollo físico, emocional y cognitivo de los niños, incluida una peor salud mental y negativas en la educación.

Para que los sistemas de salud como las CCO de Oregón promuevan la equidad en la salud, es fundamental brindar espacio incluya, involucre y actúe sobre los conocimientos compartidos por aquellos que enfrentan las mayores barreras para acceder a la atención: comunidades de color, LGBTQ +, discapacidad y personas de bajos ingresos. comunidades y sus múltiples intersecciones. Es igualmente fundamental reconocer que, debido a estas barreras, muchas comunidades han construido sus redes de atención que a menudo son invisibles y carecen del apoyo de los actores dominantes, incluidos los sistemas de salud y los creadores de las políticas. Es necesario comprender tanto las barreras / brechas como las soluciones basadas en la comunidad para brindar apoyo y brindar atención que responda a las necesidades culturales y lingüísticas.

4. Un enfoque de investigación de justicia para la salud mental y del comportamiento entre las comunidades de color en Oregón

4.1 ¿QUÉ ES UN ENFOQUE DE JUSTICIA EN LA INVESTIGACIÓN?

La justicia de la investigación es un enfoque que centra y difiere el conocimiento, el conocimiento/pericia, la experiencia y la sabiduría de los miembros de la comunidad para guiar la totalidad del proceso de investigación. Este enfoque es una respuesta a una larga historia de prácticas de investigación opresivas que continúan causando daño a poblaciones históricamente marginadas. La "opresión de la investigación" mantiene jerarquías arraigadas que valoran la formación y las contribuciones de los profesionales de la investigación acreditados por encima del conocimiento de los miembros de la comunidad; datos cuantitativos como objetivos sobre narrativas, historias y otros datos cualitativos basados en la comunidad; lo que extrae conocimiento de las

comunidades y produce poco control y derechos de propiedad sobre los datos y las publicaciones; y no apoya la autodeterminación y la acción y derechos de las comunidades para liderar, informar y gestionar la investigación e implementar los hallazgos.

Para superar estas jerarquías de valor arraigadas, la justicia de la investigación se centra en tres amplias posibilidades de reinventar la investigación de modo que el proceso sea estratégico, transformador y revolucionario. Los detalles de estas tres posibilidades se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1: Principios de la justicia en la investigación

INVESTIGACIÓN JUSTICIA		
Estratégica	Transformadora	Revolucionaria
Research should build capacity, call to action, and center community needs, challenges, and desires	La investigación debe educar, ser un proceso colectivo, validar experiencias y sentar las bases para la reflexión crítica.	La investigación debe construir movimientos sostenibles de justicia social, poder comunitario y autodeterminación.

La justicia de la investigación es fundamentalmente un enfoque basado en procesos más que un enfoque basado en resultados. Esto significa que todo el proceso de investigación se co-construye con las partes interesadas de la comunidad que son las más afectadas y conocedoras del área de investigación. Las preguntas de investigación, los objetivos, la recopilación de datos, las estrategias de análisis y los reportes están basados en y dirigidos por la comunidad. En muchos puntos durante el proceso se incorporan controles regulares, ciclos de retroalimentación y tiempo para la revisión y el examen de los datos. La justicia de la investigación es un proceso inherentemente abierto y co-construido, por lo que las preguntas, los objetivos y los enfoques decididos y adoptados por los miembros de la comunidad pueden cambiar la orientación y los resultados de la investigación. Los principios de la justicia de la investigación informan la metodología de la investigación de acción participativa basada en la comunidad (CBPAR), que para este proyecto significó estar basado en “reunirse con la comunidad donde se encuentran”, capacitar a los miembros de la comunidad para recopilar y analizar datos con sus propias comunidades, y reunirse e involucrar a los miembros de la comunidad en todo el estado. Con la pandemia de COVID-19, no pudimos hacer muchas formas de investigación en persona típicas de CBPAR.

En las siguientes dos secciones, discutimos cómo se estableció un proceso liderado por la comunidad y luego se mantuvo durante la pandemia para

impulsar mejor esta investigación sobre cómo las comunidades negras, indígenas y de color (BIPOC) en todo Oregon experimentan el sistema de atención de salud conductual del estado.

4.2 EL COMITÉ DE DIRECCIÓN

Se invitó a miembros de la comunidad, líderes y activistas a unirse al comité directivo debido a su profundo conocimiento y experiencia con el sistema de atención de salud conductual de Oregon. El comité directivo, formado en marzo de 2020, representó y trabajó con comunidades de color que viven en el este y centro de Oregon, el área del Columbia Gorge, la costa y el área metropolitana de Portland. El comité directivo se reunió cuatro veces entre abril de 2020 y abril de 2021 durante dos horas cada reunión. También tuvimos varias reuniones individuales con miembros del comité directivo para comprender y ajustar los cronogramas de investigación debido a la pandemia y los incendios forestales, y discutir estrategias y comentarios sobre el proceso de recopilación de datos.

A los miembros del comité directivo se les asignó la tarea de:

- Guiar esta investigación para asegurar que se adoptaron los métodos y estrategias más apropiados y responsables para conectarse con diferentes comunidades de color.
- Proporcionar información y acceso a las experiencias y el conocimiento de diversas comunidades de color, que viven en diferentes partes geográficas del estado.
- Co-construir y examinar la herramienta principal de recopilación de datos, que fue una encuesta estatal difundida en inglés y español, para asegurarse de que las preguntas fueran cultural y lingüísticamente significativas.
- Revisar los datos de la encuesta de forma colaborativa para dar sentido a los resultados.
- Asegurar que los datos de esta investigación representen, visibilicen y traten las experiencias de las personas de manera que informen a los CCO sobre las mejores prácticas para brindar servicios de salud conductual cultural y lingüísticamente receptivos.

Uno de los primeros compromisos con los miembros del comité directivo a principios de marzo de 2020 fue recopilar sus experiencias personales con el sistema de atención de salud conductual de Oregon. Los miembros compartieron sus experiencias sobre lo que les gusta del sistema actual y lo que no les gusta y quieren que se cambie. Un resumen de sus respuestas se encuentra en la Tabla 2.

Tabla 2: Experiencias de los miembros del Comité Directivo del Sistema de Atención de Salud Mental de Oregon

Igual que	No me gusta / quiero cambiar
Establecer comités de diversidad en los lugares de trabajo del cuidado del comportamiento	Los modelos de entrega y participación dejan fuera a muchas comunidades culturalmente específicas
El enfoque basado en el trauma está, hasta cierto punto, funcionando bien Tratar la salud mental más como un problema de salud pública y asignar más recursos	Muy poca atención al desarrollo de la capacidad de los grupos racializados, incluida la capacitación y los trabajos [especialmente trabajos] para los trabajadores comunitarios de la salud, los especialistas en apoyo entre iguales y los consejeros para servir a sus propias comunidades
La conciencia sobre la negligencia histórica de la salud mental y del comportamiento es esencial para la salud integral de la persona	Falta de servicios culturalmente específicos en las comunidades rurales
Integración de la atención de la salud del comportamiento en un continuo de atención y poder obtener toda la atención en un solo lugar	Datos mejor granulares y desglosados que dan cuenta de las experiencias únicas de culturas únicas
Romper los silos profesionales debido al modelo de atención continua (por ejemplo, médicos que trabajan con trabajadores sociales)	Necesita un sistema de atención médica que se parezca a nuestras comunidades y esté dispuesto a aprender de ellas.
Algunas organizaciones bien establecidas que sirven a clientes Latinx	Falta de un tratamiento creíble para el uso de sustancias en los hospitales de salud conductual de Oregon
	Estigmas racistas sobre los pacientes afroamericanos que sufren de psicosis inducida por drogas que se cree que son violentos y desatendidos por el personal
	Penalización de la salud conductual y tratamiento inadecuado en las cárceles
	Los programas que promueven la equidad en salud y los clientes primero son "solo palabras"
	Sin liderazgo de color a nivel local o estatal mientras se aferra a los procesos culturales dominantes y las estructuras programáticas

	Reglas rígidas administrativas o de cumplimiento para el ingreso a la atención que atienden a las necesidades de la burocracia y no de la comunidad.
	No hay suficientes servicios de salud conductual para las comunidades latinas y largas listas de espera
	El sistema de pago para programas culturalmente específicos relacionados con la salud mental es una barrera adicional para el acceso. Sus fórmulas y ecuaciones pueden funcionar para la población general, pero no para el resto

Poco después de este ejercicio, la pandemia de COVID-19 cambió drásticamente la trayectoria de esta investigación, pero también sirvió como recordatorio de la adaptabilidad y resistencia del proceso de investigación de CBPAR. La siguiente sección analiza las diversas reorientaciones realizadas en colaboración con los miembros del comité directivo para garantizar que esta investigación fuera respetuosa y reflejara las múltiples crisis experimentadas por las comunidades de color.

4.3 COVID-19, JUSTICIA EN LA INVESTIGACIÓN Y SALUD CONDUCTUAL

Esta investigación comenzó cuando se reveló que el COVID-19 dañaba de manera desproporcionada a las comunidades de color, especialmente a las comunidades negras, latinas, nativas americanas e indígenas y de las islas del Pacífico en Oregon. La pandemia amplificó las enormes desigualdades en salud en el estado y la grave falta de servicios de salud cultural y lingüísticamente receptivos. Las organizaciones basadas en la comunidad culturalmente específicas, que muchos de los miembros del comité directivo dirigieron, trabajaron con exceso de capacidad para brindar ayuda y servicios inmediatos, incluido el apoyo de salud mental y conductual, a sus comunidades. El comité directivo entendió que era inapropiado realizar CBPAR en su totalidad en medio de múltiples crisis que enfrentan las comunidades de color. Se reconoció que si nuestro trabajo conjunto, incluso durante la pandemia, podía influir en cómo el estado proporciona servicios que respondan a las necesidades culturales y lingüísticas a través de las CCO, entonces el proyecto tenía que continuar.

Durante nuestras dos primeras reuniones del comité directivo, discutimos las necesidades inmediatas y continuas de atención de la salud mental y del comportamiento de las comunidades de color (consulte la Tabla 3) y la mejor manera de hacer avanzar este proyecto. Estuvimos de acuerdo en que era esencial recopilar datos a nivel estatal sobre experiencias que a menudo no se capturan en otras grandes encuestas de salud conductual. Los tipos de

preguntas que se consideraron necesarias para hacer a las comunidades de color incluyeron: cuáles son las fuentes o áreas de estrés, ansiedad, frustración y preocupación de las personas, incluidos los niños y los ancianos; qué impide que las personas de color busquen atención; por qué las comunidades de color desconfían de los profesionales de la salud; de qué recursos locales y culturales depende la gente cuando los proveedores convencionales no son accesibles. Estas discusiones llevaron a la decisión colectiva de que la mejor y menos onerosa forma de recopilar datos, y en este punto muchas comunidades de color también estaban lidiando con la devastación de los incendios forestales en el otoño de 2020, era co-construir una encuesta con un equilibrio de preguntas cuantitativas y cualitativas.

Tabla 3: Necesidades y desafíos de la atención de la salud del comportamiento antes y durante el COVID-19 según lo identificado por los miembros del Comité Directivo

Necesidades y desafíos de COVID-19 identificados por el comité directivo		
La tecnología, la educación y el acceso a Internet son barreras para la telesalud	Las personas que están certificadas no están siendo contratadas en el sistema.	Aumento del número de personas con seguro insuficiente y sin seguro
Los servicios continúan a través de llamadas telefónicas, pero esto genera más trabajo para el personal e interrumpe los tratamientos por abuso de sustancias	Hay otros proveedores en áreas rurales, pero no están cubiertos por OHP y por lo tanto son inaccesibles para muchas comunidades de color; las CCO tienen incluso menos disponibilidad para planes de salud mental	La comunicación del estado / sistemas de salud sobre los servicios es frustrante, y el acceso al idioma a menudo es una idea a destiempo
Se han iniciado grupos de autoayuda de AA [Alcohólicos Anónimos] y NA [Narcóticos Anónimos], pero ninguno era para hispanohablantes, por lo que iniciaron el suyo	Recursos traducidos, PERO el mensaje no es culturalmente específico: la gente no sabe qué hacer con esta información	Necesidad de modificar el modelo de "tratar primero" para satisfacer necesidades culturalmente específicas.
Aumento del abuso de sustancias y de la violencia doméstica (a menudo no denunciado)	Las CBO están cambiando para brindar servicios de inscripción al OHP	Escasez de proveedores, incluida la educación tecnológica y el asesoramiento sobre drogas y alcohol.
Falta de compromiso continuo del estado para brindar servicios culturalmente receptivos	Necesitamos capacitación regional específica para el personal de CCO sobre nuestras necesidades culturales y lingüísticas específicas.	Demasiado papeleo / trámites burocráticos para iniciar un servicio es contrario a la forma en que los POC solicitan asistencia

La decisión de seguir adelante con una encuesta no se tomó a la ligera. Los miembros del comité directivo dejaron claro que muchas comunidades de color están hartas de realizar otra encuesta y no ver ningún beneficio tangible de la investigación. Con tanta fatiga de la encuesta y aprensiones por participar en otro estudio, sopesamos otras opciones, como asociarnos con organizaciones comunitarias (CBO) para desarrollar programas para apoyar la salud mental y conductual y recopilar datos a través de la entrega de programas y servicios. Sin embargo, con la pandemia y los incendios forestales, este tipo de opción se consideró, con razón, demasiado arduo/engorroso para las OBC que ya tenían una capacidad excesiva y se enfrentaban a crisis múltiples. El grupo sintió que, en este momento, el camino más directo para recopilar datos a través de una encuesta en línea era la mejor opción, siempre y cuando: hiciéramos preguntas relevantes, compensáramos bien a los miembros de la comunidad por el tiempo dedicado y el conocimiento compartido al completar la encuesta, se aseguró de que los datos se compartieran con la comunidad y se defendieran claramente al estado recomendaciones sólidas.

4.4 CONSTRUCCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA ENCUESTA

Entre septiembre de 2020 y noviembre de 2020, co-construimos una encuesta preguntando a las comunidades de color sobre sus experiencias con la salud mental y conductual, los proveedores y el sistema de atención médica. Los miembros del comité directivo proporcionaron comentarios extremadamente valiosos sobre varios borradores de la encuesta. Los miembros expresaron la importancia de garantizar que la redacción de las preguntas en inglés y español fuera accesible, cumpliendo con el estándar de sexto grado, y que se evitara cualquier idioma anglocéntrico. Por ejemplo, varios miembros del comité directivo señalaron que términos como “salud mental” y “salud conductual” pueden no ser culturalmente apropiados o significativos, o no ser fácilmente traducidos. En lugar de utilizar estos constructos biomédicos y occidentales / anglocéntricos, incluimos preguntas como: “Pensando en su rutina diaria, ¿cuáles son algunas de las cosas que contribuyen a que experimente estrés, frustración, preocupación e ira?”

Otros comentarios incluyeron agregar preguntas como:

- ¿Se ve a sí mismo necesitando ayuda mental? ¿Ha asistido alguna vez a una sesión de asesoramiento?
- ¿Cómo se sienten los pacientes sobre el tratamiento que reciben de sus proveedores? ¿Los pacientes se sienten validados? ¿Los pacientes se sienten escuchados y comprendidos?
- ¿Su CCO proporciona la información necesaria para que pueda acceder a los servicios de salud mental y del comportamiento en su área?
- ¿Qué miedos tiene cuando se reúne con un proveedor?
- ¿Cree que hay suficientes proveedores que se parecen a usted y hablan su

idioma disponible para usted en su comunidad?

Estas preguntas, o versiones de ellas, se incluyeron en la encuesta con la orientación y los comentarios del comité directivo. La encuesta también fue examinada por miembros de dos grupos de trabajo que formaron parte del esfuerzo de modernización de la encuesta de la Autoridad de Salud de Oregón. Este último fue un proyecto que convocó a los miembros de la comunidad BIPOC para abordar las deficiencias del Sistema de vigilancia de factores de riesgo conductual, una encuesta telefónica anual a nivel nacional realizada en colaboración con los CDC. Tanto el grupo de trabajo negro / afroamericano como el grupo de trabajo latinx proporcionaron comentarios sobre las preguntas y los hallazgos de la encuesta.

La difusión de la encuesta también fue un esfuerzo liderado por la comunidad. La encuesta fue distribuida por miembros del comité directivo y sus redes estatales, ambos grupos de trabajo, y varios miembros del Consejo de Descolonización de Datos de BIPOC. Se hicieron esfuerzos intencionales para llegar a las comunidades fuera del área metropolitana de Portland y comunidades históricamente subrepresentadas, incluidas las comunidades nativas / indígenas y de las islas del Pacífico. También era importante que las personas decidieran la forma más adecuada, culturalmente o de otro tipo, para que los miembros de la comunidad respondieran la encuesta. En un caso, un miembro del grupo de trabajo Latinx recibió fondos adicionales para la participación de la comunidad para que el personal de su organización, que atiende a la gente Latinx a lo largo de Gorge, pudiera ingresar las respuestas verbales de las personas a las preguntas en la encuesta en línea. Tener relaciones de confianza con los miembros de la comunidad y luego reconocer y acomodar la recopilación de datos centrada en la comunidad y en las relaciones ayudó enormemente a llegar a personas que de otro modo no hubieran participado en esta investigación.

Las encuestas en línea en inglés y español incluyeron 33 preguntas y fueron creadas en Qualtrics. Los encuestados fueron compensados con una tarjeta de regalo de \$ 125 después de completar la encuesta.

4.5 ANÁLISIS DE DATOS

En total, 444 participantes completaron o completaron parcialmente las encuestas en inglés y español. La encuesta en inglés fue completada o parcialmente completada por 260 personas y la encuesta en español fue completada o parcialmente completada por 184 personas. Las respuestas de las personas que completaron parcialmente la encuesta también se incluyen en los hallazgos, por lo que el número de tamaño de la muestra (n) varía según la pregunta que se analiza.

Las preguntas cerradas o cuantitativas se analizaron utilizando Excel y el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para presentar

estadísticas descriptivas para cada pregunta. Se utilizaron tablas dinámicas y tablas de referencias cruzadas para comprender mejor las relaciones entre dos o más variables. Las preguntas abiertas o cualitativas se analizaron primero haciendo una codificación abierta y luego sintetizando estos códigos en categorías más significativas y más completas que pudieran transmitir patrones emergentes de las respuestas a cada pregunta abierta. La información demográfica se recopiló utilizando el formato REALD en ambas encuestas.²²

Analizamos todas las preguntas cuantitativas en las encuestas en inglés y español y desglosamos una selección de preguntas en inglés por raza. La mayoría de los participantes se identificaron como negros / afroamericanos (BAA) (53%) y latinx (32%). Otros grupos raciales y étnicos de la encuesta de idioma inglés están representados en la Tabla 4. En el análisis del idioma inglés, la experiencia de los participantes se desglosó por raza. Todos los participantes de la encuesta en español se identificaron de todas las categorías de REALD Latinx (consulte el Apéndice 1 para obtener más detalles). Debido a limitaciones de tiempo y capacidad, solo pudimos analizar una selección de preguntas cualitativas en inglés y ninguna pregunta cualitativa en español; se realizará un análisis completo en el futuro. Sin embargo, las preguntas cualitativas que analizamos brindan una gran cantidad de contexto para comprender las necesidades y barreras relacionadas con la atención de la salud mental y conductual que experimentan las comunidades de color.

Los datos analizados en este informe también se han presentado a los miembros del comité directivo y los grupos de trabajo de modernización de la encuesta (negros / afroamericanos y latinos). Dedicamos mucho tiempo a cada grupo en marzo y abril de 2021 para revisar los datos y participar en ejercicios de "creación de significado". Cada grupo reflexionó sobre los hallazgos de varias de las preguntas de la encuesta respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Qué significa este hallazgo para ti?
- ¿Qué hay de este hallazgo que resuena o no con usted?
- ¿Qué recomendaciones podrían surgir de un hallazgo como este?
- ¿Alguna otra idea sobre este hallazgo?

Estas sesiones de creación de significado les permiten a las personas ver los resultados de la encuesta que habían co-construido y crear un espacio para que interpretemos los datos de manera colaborativa y saquemos conclusiones y recomendaciones examinadas por aquellos que tienen la experiencia y la experiencia vivida de los sistemas de salud conductual de Oregón.

Tabla 4. Demografía de raza y edad de los participantes que hablan inglés y español

Raza / Etnia	Habla inglés% (N)	
Negro / afroamericano (BAA)	53%(121)	
Latinx	32%(72)	
Nativo americano / indígena	6%(13)	
Asiático	4%(8)	
Blanco	1%(2)	
Oriente Medio	1%(3)	
Isleño del pacífico	4%(8)	
La edad	Habla inglés% (N)	% De habla hispana (N)
>18	0.8%(2)	0.5%(1)
20-25	17.3%(45)	8.5%(17)
25-30	19.6%(51)	10.6%(21)
30-35	9.2%(24)	9.0%(18)
35-40	9.2%(24)	10.1%(20)
40-45	9.6%(25)	9.5%(19)
45-50	8.1%(21)	6.0%(12)
50-55	5.0%(25)	4.0%(8)
60 +	16.9%(44)	0.5%(1)
Desaparecido	13.8%(36)	37.7%(75)

5. Hallazgos

Los resultados de la encuesta presentados en esta sección están organizados de acuerdo con los siguientes temas:

- Tipos de apoyo necesarios (análisis cualitativo y hallazgos)
- Utilización de servicios de salud conductual (análisis cuantitativo y hallazgos)
- Barreras para acceder a los servicios de salud conductual (análisis cuantitativo y hallazgos)
- Fuentes de apoyo para la salud del comportamiento (análisis y hallazgos cuantitativos y cualitativos)
- Experiencias de proveedores (análisis y hallazgos cuantitativos y cualitativos)

Los resultados de la encuesta en inglés y español se presentan por separado. Aunque ambas encuestas eran idénticas en cuanto a las preguntas formuladas,

pensamos que era importante presentar por separado los resultados de las dos encuestas para que cualquier disparidad en los datos atribuidos al idioma preferido de una persona pudiera ser visible.

5.1 TIPOS DE APOYO NECESARIOS

En respuesta a la solicitud del comité directivo de utilizar un lenguaje accesible en torno a la salud mental y del comportamiento, formulamos preguntas abiertas sobre el experimentar estrés, frustración, preocupación e ira como salud mental y adicción al alcohol, uso de drogas, apuestas, la violencia doméstica y el abuso infantil como salud conductual. Además, se preguntó a los participantes qué tipo de apoyo necesitan personalmente y para sus hijos, ancianos y comunidad. Los encuestados coincidieron abrumadoramente en que todos necesitan más asesoramiento y apoyo mental y emocional. Explican que esto también podría incluir apoyo motivacional y estímulo, debería ser de bajo costo o sin costo, y cultural y lingüísticamente específico. Además de esta respuesta más común, las seis categorías principales de las respuestas de los participantes se detallan en la Tabla 5.

Tabla 5. Necesidades cualitativas de apoyo para la salud mental y del comportamiento (N = 259)

Necesidades identificadas para sí misma	Necesidades identificadas para niños, ancianos y comunidad
Conexión de grupo cultural / comunidad	Necesidades básicas, apoyo financiero, alimentación.
Necesidades básicas, apoyo financiero, alimentación.	Conexión de grupo cultural / comunidad
Grupos de apoyo entre iguales/ terapia de grupo (por ejemplo, grupos de afinidad de madres y adolescentes negros)	Más acceso a programas BH de bajo costo / sin costo, servicios sociales, salud y proveedores dentales.
Contacto humano físico e interacción social en persona	Ser referidos a más defensores y guías para navegar los sistemas de salud, y más información / materiales en varios idiomas.
Actividades divertidas, creativas y estimulantes, incluidas actividades basadas en el arte y acceso a la naturaleza.	Opciones de rehabilitación accesibles y culturalmente específicas (centradas en la comunidad)
Educación, tutoría y apoyo a los estudiantes, incluidos recursos de lectura cultural y lingüísticamente específicos.	Contacto humano físico e interacción social en persona

Las tres necesidades de apoyo superpuestas identificadas por los participantes y las de sus hijos, ancianos y comunidad incluyen la conexión entre el grupo cultural y la comunidad; necesidades básicas, apoyo financiero, alimentación; y contacto físico humano. Lo más interesante de estos comentarios fue que muchas de las soluciones a los problemas de salud mental y conductual radican en conectar a la comunidad a lo largo de líneas culturales (es decir, aquellos que comparten sus experiencias), lograr que se satisfagan las necesidades humanas básicas y tener más interacción social y contactos en persona.

Otras necesidades de autosuficiencia incluyeron grupos de apoyo entre colegas o compañeros y terapia grupal centrada en grupos de afinidad como madres negras o adolescentes. Aunque la pregunta era sobre uno mismo, muchos de los encuestados se centraron en las necesidades de sus hijos, como actividades divertidas y estimulantes (por ejemplo: arte y estar en la naturaleza) y recursos educativos, tutorías y apoyo general cultural y lingüísticamente específico a los estudiantes

Las respuestas típicas fueron relacionadas más acceso a programas de salud conductual y a servicios como atención dental y de salud a bajo costo o sin costo, y servicios de rehabilitación asequibles/accesibles y culturalmente específicos para niños, ancianos y la comunidad. Muchos también mencionaron la necesidad de información y derivación más allá del modelo 211 tradicional. No quieren números de teléfono para llamar a una organización para ayudarlos. En cambio, prefieren un guía tutor de la comunidad, alguien que pueda guiarlos a través de los servicios disponibles y ayudarlos a encontrar la ayuda que necesitan.

En general, muchas de las respuestas se superpusieron y demostraron que muchas personas de BIPOC no están orientadas solo hacia sí mismas, sino que ven sus necesidades en relación con su familia y comunidad. Otros ejemplos esenciales en esta sección incluyen la necesidad de deportes, salidas físicas y oportunidades de ejercicio gratuito; mentores, líderes y formas de capacitación que brinden motivación y aliento; formación para el cuidado de niños y ancianos; y servicios integrales para quienes sufren violencia doméstica o abuso infantil.

5.2 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Se pidió a los participantes que compartieran su cercanía/familiaridad con los servicios de salud conductual, en otras palabras, si ellos mismos han accedido a los servicios o si conocen a alguien que lo haya hecho (por ejemplo, familiares, amigos, miembros de la comunidad). De los que sí utilizaron los servicios de salud conductual, se les preguntó a los participantes si buscaban servicios en una CCO y, de ser así, en cuál. Por último, se preguntó a los participantes con qué frecuencia utilizan los servicios de intérpretes de atención médica y trabajadores

de la salud tradicionales.

Hallazgos del idioma inglés

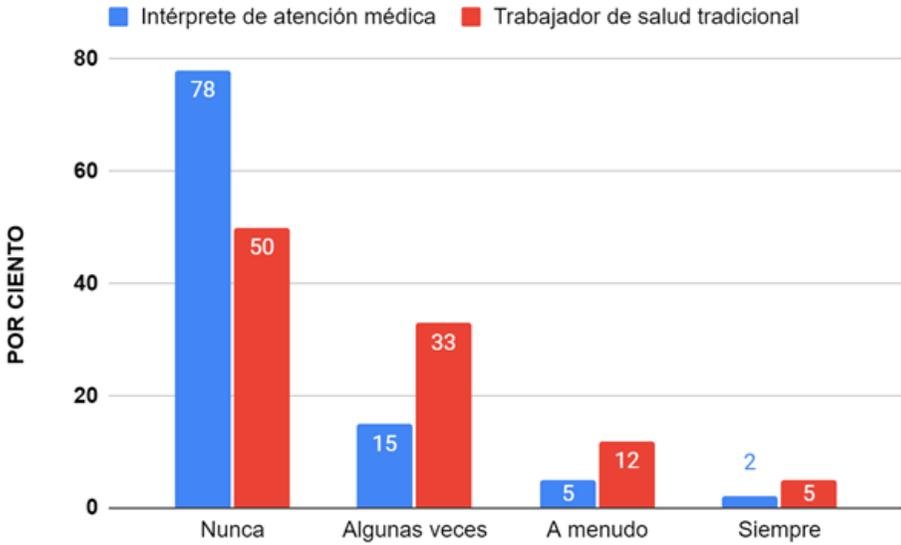
Entre los participantes de habla inglesa, la mayoría (53,8%) conocía a alguien de su familia (16,6%), amigos (18,8%) o comunidad (18,4%) que habían recibido servicios de salud conductual. Solo el 23,1% utilizó servicios de salud conductual y el 23,1% no conocía a nadie. Entre los grupos negros / afroamericanos (BAA) y latinx, el 48% BAA utilizó personalmente los servicios de salud del comportamiento, mientras que, entre los participantes latinos, el 22% utilizó los servicios de salud del comportamiento. Entre los que sí utilizaron los servicios de salud conductual, solo el 20,6% utilizó Organizaciones de atención coordinada (CCO) y la mayoría indicó que están inscritas en Health Share of Oregon (Multnomah, Washington y Clackamas) (consulte la Tabla 6). Entre los que reciben servicios de salud conductual, la mayoría de los participantes indicaron que había opciones limitadas de atención médica que entendieron su origen cultural (62%) o tuvieron proveedores que hablaban su idioma (47%).

Tabla 6. Utilización de CCO por las participantes (N = 259)

CCOs	Count
Organización de atención coordinada de Columbia Pacific (Clatsop, Columbia y Tillamook)	3
Organización de atención coordinada del este de Oregon	1
Cuota de salud de Oregon (Multnomah, Washington y Clackamas)	17
Organización de atención coordinada de la red de salud InterCommunity (Benton, Lincoln y Linn)	2
Soluciones comunitarias de PacificSource - Columbia Gorge (Hood River y Wasco)	2
Plan de salud comunitario Trillium (Lane y NW Douglas)	1

Cuando se trata de usar (a veces, a menudo o siempre) intérpretes de atención médica (HCI) y trabajadores de salud tradicionales (TSC), el 22% de los participantes usa HCI y el 50% de los participantes usa TSC (ver Figura 1). Es interesante notar que (1) los TSC se utilizan al doble de la tasa que los HCI, y (2) cuando se les pide que expliquen por qué los participantes usan HCI y TSC, muchos, en el contexto de tener experiencias positivas, no distinguieron entre los especialistas en apoyo de iguales y los TSC.

Figura 1. Utilización de intérpretes de atención médica y trabajadores de la salud tradicionales (habla inglesa)



Hallazgos en el idioma español

Entre los participantes de habla hispana, la mayoría (61,1%) utilizó los servicios de salud conductual o conocía a alguien que lo hiciera. Entre los que sí utilizaron los servicios de salud conductual, el 31,2% utilizó Organizaciones de atención coordinada (CCO), pero ninguno de los participantes indicó qué CCO utilizaron principalmente. Solo el 18% de los participantes de habla hispana reciben servicios de salud conductual de las CCO, mientras que la gran mayoría recibe asistencia de otras fuentes. Entre los que reciben servicios de salud del comportamiento, la mayoría de los participantes indicaron que había opciones limitadas de atención médica que se alineaban con su origen cultural o que tenían proveedores que hablaban su idioma. Posteriormente, solo el 18% de los participantes indicaron que siempre usaban un intérprete de atención médica, lo que podría deberse a las limitadas opciones de los proveedores que hablaban su idioma. Entre los que conocían a alguien que usaba los servicios de salud conductual, más participantes conocían a amigos (13,5%) que a familiares (9,3%).

5.3 BARRERAS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Era importante capturar, con el mayor detalle posible, los factores que impiden que las personas de BIPOC accedan a los servicios de salud conductual. La Tabla 7 presenta las opciones disponibles para los participantes. También había una opción “otra” para las respuestas cualitativas. Estas mismas opciones se proporcionaron en la encuesta en español.

Tabla 7. Lista de barreras en la encuesta de idioma inglés (N = 259)

Distancia	<ul style="list-style-type: none"> • CCO / proveedor de salud está demasiado lejos • No tengo acceso a transporte • No tengo acceso a cuidado de niños • Los servicios que necesito no están disponibles cerca de mí.
Cultural y lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor no puede comunicarse en un idioma con el que me sienta cómodo • El proveedor no tiene los mismos antecedentes culturales que yo • El proveedor no tiene los mismos antecedentes culturales que yo • No confío en que mi CCO / proveedor de salud respetará mis valores culturales
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso para programar una cita con un proveedor es difícil
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene acceso constante a Internet para citas virtuales • No sé qué servicios están disponibles cerca de mí
La seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • No me siento seguro visitando a mi proveedor
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo seguro médico • Los servicios que necesito no están cubiertos por mi seguro.

También preguntamos a los participantes sobre el nivel de facilidad o dificultad que experimentan para acceder a tipos específicos de servicios de salud conductual, como asesoramiento / terapia, prevención del suicidio, abandono del uso de tabaco, tratamiento por abuso de sustancias, etc.

Hallazgos del idioma inglés

Los participantes seleccionaron qué barreras les impiden utilizar los servicios de salud conductual (consulte la Figura 2). La mayoría de los participantes (29,3%) indicaron diferencias culturales y lingüísticas o falta de comprensión cultural como la principal barrera para participar en las CCO. La siguiente barrera apremiante para los participantes fue la falta de comunicación (28,4%), seguida de preocupaciones sobre seguros y preocupaciones relacionadas con la distancia. Los tres principales tipos de barreras por raza y grupos étnicos están representados en la Tabla 8.

Figura 2. Barreras para acceder a proveedores (habla inglesa)

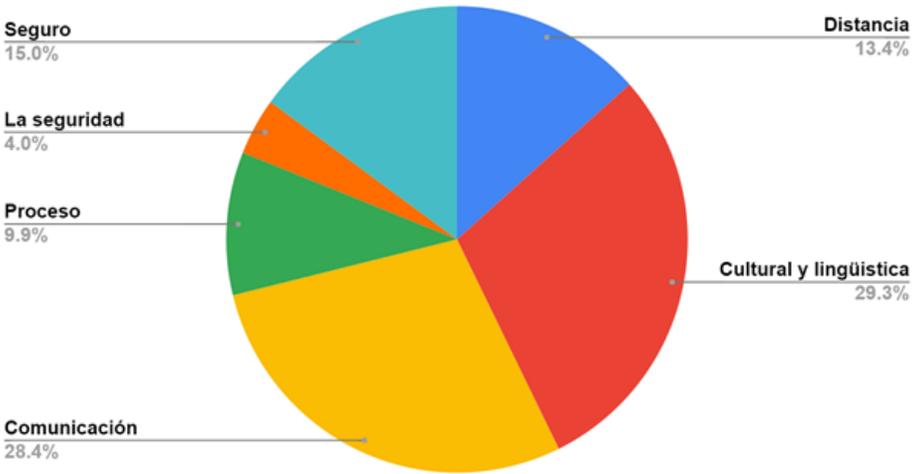
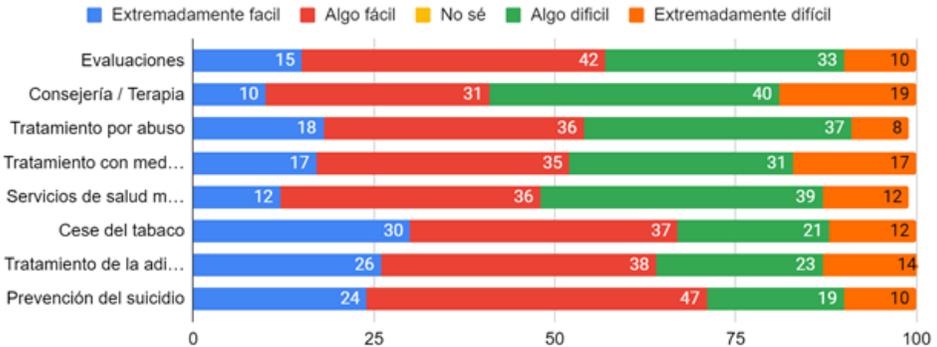


Tabla 8: Los 3 tipos de barrera más elegidos con mayor frecuencia por raza / grupo étnico (N=259)

<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Communication Culture/Language Insurance Process </div>					
Top 3 Most Frequently Chosen Options					
BAA	Latinx	Native/Indigenous	Asian	Pacific Islander	Middle Eastern
Not aware of what services are available near me	Not aware of what services are available near me	Don't have consistent access to internet for virtual appointments	Not aware of what services are available near me	Provider doesn't have the same cultural background as me	Provider cannot communicate in a language that I'm comfortable using
Provider doesn't have the same cultural background as me	The service(s) I/we need is not covered by my insurance	The service(s) I/we need is not covered by my insurance	Process for making an appointment with a provider is difficult	The service(s) I/we need is not covered by my insurance	Provider doesn't have the same cultural background as me
Don't trust that my CCO/health provider will be respectful of my cultural values	Process for making an appointment with a provider is difficult	Process for making an appointment with a provider is difficult	The service(s) I/we need is not covered by my insurance	Not aware of what services are available near me	Not aware of what services are available near me

En términos de accesibilidad a los servicios, todos los participantes tenían algún nivel de conocimiento sobre los servicios. Los participantes de habla inglesa indicaron que la cesación del tabaco era el programa de acceso más fácil, mientras que el asesoramiento y la terapia eran los servicios más difíciles de acceder (ver Figura 3).

Figura 3. Accesibilidad de los servicios de salud conductual (habla inglesa)

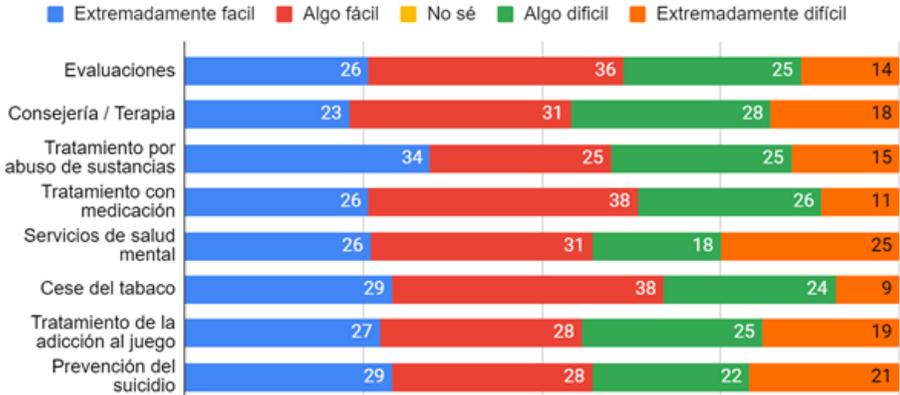


Hallazgos en el idioma español

Los participantes seleccionaron qué barreras les impiden utilizar los servicios de salud conductual. En cuanto a las barreras para participar en las CCO, la mayoría de los participantes (36%) indicó que no tener seguro médico o no tener servicios cubiertos por un seguro médico era una barrera (ver Figura 4). Las siguientes barreras apremiantes para los participantes fueron la falta de comunicación (27%), la conciencia sobre las CCO o la falta de acceso a Internet. Todas estas barreras pueden coincidir con una baja inscripción en CCO entre los participantes de habla hispana. En cuanto a la accesibilidad de los servicios,

todos los participantes tenían algún nivel de conocimiento de los servicios enumerados. Los participantes de habla hispana indicaron que el tratamiento por abuso de sustancias era el programa más accesible, mientras que los servicios de salud mental eran el servicio más difícil de acceder.

Figura 4. Accesibilidad de los servicios de salud conductual para participantes hispanohablantes (N = 184)



5.4 FUENTES DE APOYO PARA LA SALUD CONDUCTUAL

Se preguntó a los participantes dónde ellos, o sus familiares, buscan servicios y apoyo de atención de salud mental y conductual. Al analizar los datos, agrupamos las opciones en fuentes dominantes (CCO, atención de urgencia, ER), fuentes culturalmente específicas (curandero tradicional, figura religiosa, organización culturalmente específica) y fuentes comunitarias (clínica comunitaria y organización comunitaria).

Hallazgos del idioma inglés

El 42% de los encuestados encuentra la atención de la salud del comportamiento en fuentes culturalmente específicas, siendo las figuras religiosas la fuente de atención más visitada entre todas las categorías (20%). Entre las fuentes dominantes de salud del comportamiento, la mayoría recibió servicios de las CCO (17%), seguidas de la atención de urgencia (12%) y las salas de emergencia (9%). Entre las fuentes comunitarias, los participantes buscaron principalmente el apoyo de las clínicas comunitarias (14%), seguidas de los centros comunitarios (6%). Consulte la Tabla 9 para ver el desglose de las respuestas.

Tabla 9. Dónde los hablantes de inglés recibieron servicios de atención de salud conductual (N = 259)

Basado en la comunidad		Dominante		Culturalmente específico	
Figura religiosa	20%	CCO	17%	Clínica Comunitaria	14%
Organización Cultural	14%	Atención de urgencias	12%	Centro Comunitario	6%
Sanador tradicional	8%	ER	9%		
Utilización total		Utilización total		Utilización total	20%

Hallazgos en el idioma español

La mayoría de los encuestados (40%) encontraron atención de salud conductual en fuentes comunitarias, siendo las clínicas comunitarias la fuente de atención más visitada entre todas las categorías (27%). Entre las fuentes dominantes de salud del comportamiento, la mayoría recibió servicios de CCO (18%), salas de emergencia (10%) y atención de urgencia (5%). Entre las fuentes culturalmente específicas, los participantes obtuvieron principalmente el apoyo de líderes religiosos (13%), organizaciones culturalmente específicas (10%) y figuras religiosas (3%) para sus necesidades de salud conductual. Consulte la Tabla 10 para ver el desglose de las respuestas.

Tabla 10. Dónde recibieron los servicios de atención de salud conductual los hispanohablantes (N = 184)

Basado en la comunidad		Dominante		Culturalmente específico	
Clínica Comunitaria	27%	CCO	18%	Figura religiosa	13%
Community Center	13%	ER	10%	Organización Cultural	10%
		Atención de urgencias	5%	Sanador tradicional	3%
Utilización total		Utilización total		Utilización total	

Se preguntó a los participantes si ellos o sus familiares tenían experiencia con los trabajadores de salud tradicionales y por qué los utilizaban para problemas relacionados con el estrés, la frustración, la preocupación y la ira. Muchos participantes no estaban seguros de la distinción entre trabajadores de la salud tradicionales y profesionales médicos; por tanto, era difícil distinguir a qué se referían en algunas respuestas. Además, muchos participantes indicaron que ellos y su familia no necesitaban apoyo externo para la atención mental o

conductual. Consulte la Tabla 11 para ver el desglose de las respuestas.

Tabla 11. Experiencias de hablantes de inglés con un proveedor de salud tradicional * (N = 259)

English Language Speakers Experiences with Traditional Health Provider	
Proveedor de salud tradicional *	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes e ideologías religiosas • Amigos y familias • Masajistas • Organizaciones comunitarias y miembros de la comunidad
Razones para utilizar un proveedor de salud tradicional *	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer las necesidades de salud mental y brindar apoyo durante tiempos de crisis. • Comprensión cultural • Valores compartidos y experiencias de vida • Carga financiera (alto costo) de las opciones institucionales / dominantes • Los programas de abuso de sustancias incluyen Alcohólicos y Narcóticos Anónimos e interacciones con patrocinadores. • Desconfianza o animosidad hacia los profesionales médicos • Experiencias de choque cultural
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Relevancia cultural y lingüística para los participantes • Capacitación y apoyo de salud uno a uno útiles
Challenges	<ul style="list-style-type: none"> • La atención médica de alta calidad depende del proveedor de atención médica individual • Impulsando creencias o agendas

*** “Proveedor” se usa aquí en lugar de “Trabajador” para distinguir la combinación de trabajadores de salud tradicionales de muchos participantes, según lo establecido por la Autoridad de Salud de Oregón, con proveedores de apoyo tradicionales, a menudo no dominantes, como líderes religiosos, amigos y familiares, y organizaciones comunitarias, etc. Definimos proveedores dominantes como hospitales, médicos, trabajadores sociales, etc.**

Entre los participantes que habían utilizado este tipo de apoyo o conocían a algunos que lo hacían, muchos buscaron atención y consejo de figuras religiosas o espirituales. El bienestar espiritual también fue un aspecto esencial del cuidado de la salud entre los participantes. Esto resalta cuán vital es colaborar y apoyar a figuras religiosas o espirituales para abordar las necesidades de salud mental y conductual entre las comunidades de color. Los participantes también obtuvieron el apoyo religioso o espiritual a través de la oración o la fe y los

miembros de su comunidad religiosa. El apoyo colectivo de la comunidad ya sea de los miembros o de las organizaciones comunitarias (CBO), fue mencionado en varias ocasiones por los participantes como una fuente de apoyo mental y conductual. La segunda fuente de apoyo más importante surgió a través de amigos y familiares, especialmente durante eventos desafiantes de la vida. Muchos participantes utilizaron especialistas en apoyo de iguales y doulas para necesidades de salud de conexiones personales y líderes religiosos. A continuación, proporcionamos algunas de las respuestas que se refieren a estas fuentes de atención. Algunas respuestas se han editado para mayor claridad.

“Mi familia y yo hemos buscado a nuestros propios chamanes, por así decirlo, con el tiempo. Creemos que hay más que medicina y ciencia y que el mundo espiritual también es de mucho valor”.

“Mi madre a menudo hablaba con su abogado con fines de asesoramiento durante su depresión y divorcio porque eran amigos de la familia y estaban asesorando sobre el divorcio en privado”.

“Honestamente, a veces es mejor recibir atención de otros miembros de la comunidad y brindarles atención porque nos conocemos, nos validamos y no nos sentimos tan aislados”.

Los participantes dijeron que utilizaron fuentes tradicionales o no médicas de apoyo para la salud del comportamiento por una variedad de razones. Muchos participantes indicaron que utilizaron opciones de atención tradicionales debido a experiencias negativas previas, así como a las cargas de tiempo y financieras asociadas con los profesionales médicos. Los participantes también señalaron que quienes ofrecían formas de atención más tradicionales tenían culturas y valores similares, lo que era un aspecto importante del apoyo. Algunos participantes buscaron ayuda de patrocinadores y programas religiosos afiliados para el uso de sustancias. Muchos participantes recibieron interpretación de idiomas por parte de los trabajadores de la salud tradicionales, pero las barreras del idioma seguían siendo un factor importante en relación con la calidad de la atención. Los participantes se sintieron más satisfechos cuando la atención médica tradicional mostró altos niveles de ayuda, confianza mutua y escucha activa. Tanto para los proveedores médicos como para los tradicionales, los que impulsaron una agenda sobre los participantes se consideraron de mala calidad. La calidad de las fuentes de atención tradicionales dependía en gran medida del trabajador de la salud individual, lo que destaca la necesidad de más recursos en este campo para fomentar un nivel de atención constante.

“Hemos acudido a quiroprácticos, acupunturistas y otros profesionales de la medicina alternativa. La razón es simplemente que es más barato que ir a un médico de verdad”.

“Elegí tener un parto en casa debido a mi desconfianza con el campo médico, específicamente con mi unidad de parto local. Si no cumple con sus plazos específicos de parto, intervienen. No quería esas intervenciones, así que decidí buscar una partera recomendada por otros miembros de la comunidad hispana”.

“Trabajo con algunos [trabajadores de salud tradicionales]. Algunos están mejor capacitados que otros. Muchos tienen buenas intenciones, pero a menudo carecen de experiencia profesional”.

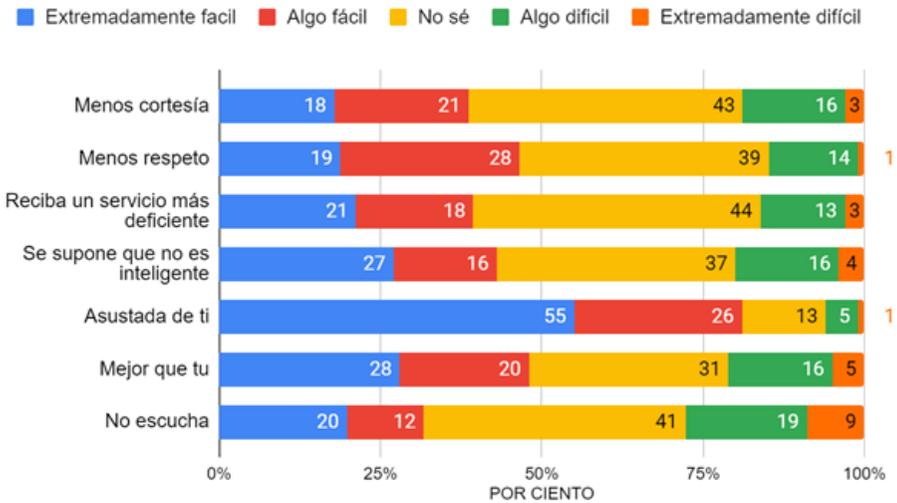
5.5 EXPERIENCIAS DE DISCRIMINACIÓN POR PARTE DE PROVEEDORES

Se pidió a los participantes que compartieran experiencias de discriminación durante encuentros con proveedores médicos. Usamos una versión modificada de la “Escala de discriminación cotidiana”²³ y seguimos con preguntas abiertas sobre por qué los participantes pueden temer buscar apoyo y por qué los proveedores son percibidos y sentidos como poco confiables.

Hallazgos del idioma inglés

La frecuencia de la diferencia dependió principalmente del tipo de discriminación experimentado por los participantes de habla inglesa. De los que experimentaron discriminación en ocasiones, el 44% experimentó un servicio más deficiente por parte de sus proveedores y el 43% experimentó menos cortesía debido a su raza u origen étnico (consulte la Figura 5). De los que experimentaron discriminación la mayor parte del tiempo, el 19% dijo que su proveedor no los escuchó, el 16% experimentó menos cortesía y el 16% dijo que su proveedor presumía que eran menos competentes debido a su raza o etnia. Además, la mayoría de los participantes (52%) indicaron que sus proveedores de salud mental y conductual eran solo algo considerados con los antecedentes culturales.

Figura 5. Tipos de discriminación experimentados por participantes de habla inglesa



Se pidió a los participantes que compartieran algunos de sus temores al conocer a un proveedor. Un total de 245 participantes respondieron a esta pregunta, y luego de analizar las respuestas, surgieron varios temas relacionados con los miedos. Las respuestas más comunes relacionados a los temores/miedos incluyeron:

- Ser juzgado y estereotipado por los proveedores debido a sus identidades y creencias.
- No ser tomado en serio por los proveedores
- Experiencias de insensibilidad cultural de los proveedores
- Experiencias de no ser escuchado y comprendido por los proveedores

Muchos de estos temores están implícita o explícitamente conectados a experiencias de racismo por parte de los proveedores médicos. A continuación, proporcionamos algunas de las respuestas que se refieren a cada una de estas áreas de miedo. Algunas respuestas se han editado para mayor claridad.

Miedo a ser juzgado

“Temo ser avergonzado por cosas que fundamentalmente creo que son positivas. Temo que no me escuchen, que me desestimen o que me subestimen. Temo ser juzgado y maltratado. Temo que no me tomen en serio o se nieguen a dejarme rechazar los planes de tratamiento que no se alinean con mis valores y límites”.

“Miedo a ser juzgados y tratados de acuerdo con su preconcepción”

entrega de servicios racistas y opresivos. Luego, sopesar las opciones de atención entre los enfoques culturales tradicionales y los puntos de vista de la medicina occidental. Es de conocimiento público que la industria del cuidado de la salud históricamente ha mal diagnosticado, maltratado y mal cuidado a las personas de color. Y no creer a los pacientes de color en las necesidades de manejo del dolor u otras necesidades mentales y físicas. ¿Por qué demonios vamos a creer que esto se ha detenido aleatoriamente en todos los ámbitos? "

Miedo a no ser tomado en serio.

"Me preocupa pedir ayuda porque me preocupa que no me tomen en serio o que hayan comenzado a juzgarme en el momento en que empiezo a hablar".

"Debido a mi barrera del idioma, es posible que no se tomen en serio lo que diría o que no tengan la paciencia para entender lo que estoy tratando de decir".

Miedo a la insensibilidad cultural

"No vi a un médico durante algunos años hasta que pude encontrar una mujer negra obstetra / ginecóloga que asistió a una HBCU (históricamente Black College o Universidad) y tenía conocimientos sobre mi cultura. Estaba cansado de que mi médico no entendiera y no se preocupara o mostrara empatía ".

"Que no escuchan, o harán grandes suposiciones y no entienden algunas de las preocupaciones que tengo basadas en normas culturales".

Miedo a no ser escuchado y comprendido

"No escuchan y tienen prejuicios preconcebidos, y se sabe que tratan mal a los negros, así que tengo esa sensación al entrar".

"Que en realidad no me escucharán. Que asumirán que realmente no conozco mi propio cuerpo. Que asumirán que solo estoy tratando de obtener medicamentos en lugar de ayudar ".

También se pidió a los participantes que describieran por qué podrían considerar que los proveedores no son confiables. Un total de 220 participantes respondieron a esta pregunta y, después de analizar las respuestas, se identificaron tres temas principales por los que los pacientes consideran que los proveedores no son confiables: los proveedores carecen de empatía, los pacientes han experimentado prácticas de atención nocivas y los pacientes han sido estereotipados por los proveedores. La Tabla 12 proporciona ejemplos específicos para cada uno de estos temas.

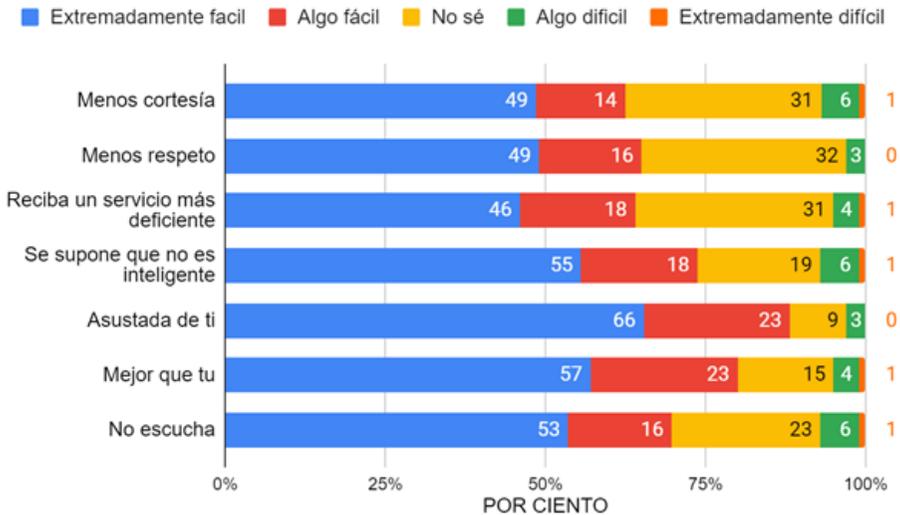
Tabla 12: Razones para considerar a los proveedores como poco confiables (N = 259)

Los 3 temas principales	Ejemplo
Los proveedores carecen de empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Arrogante • El paciente se siente ignorado • Irrespetuoso • Citas apresuradas
Experiencias de prácticas de cuidado nocivas	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazado • Diagnóstico erróneo • Tratamiento innecesario • Necesidad de abogar por si mismo
Esteriotipos por parte de los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Se presumió incompetente • Supuesta adicción a las drogas

Hallazgos en el idioma español

La mayoría de los participantes de habla hispana no experimentaron los tipos de discriminación enumerados en la pregunta. Entre los que experimentaron discriminación en ocasiones, el 32% experimentó menos respeto por parte de sus proveedores y el 31% experimentó menos contacto o recibió un servicio deficiente debido a su raza u origen étnico (ver Figura 6). Además, la mayoría de los participantes (52%) indicaron que sus proveedores de salud mental y conductual eran solo algo considerados con los antecedentes culturales.

Figura 6. Tipos de discriminación experimentados por los participantes hispanohablantes (N = 184)



5.6 Consideración de los proveedores de las necesidades culturales y lingüísticas

Se pidió a los participantes que compartieran cómo experimentaron la consideración de los proveedores de sus antecedentes culturales y necesidades lingüísticas, especialmente en términos de cómo los proveedores se comunican sobre los servicios y cómo los participantes experimentan los encuentros con los proveedores. Los participantes también compartieron cómo los sistemas de salud y los proveedores pueden hacer un mejor trabajo para comprender las necesidades de su comunidad cuando se comunican sobre los servicios y lo que desearían que los proveedores supieran sobre sus comunidades.

Hallazgos del idioma inglés

Más participantes de habla inglesa indicaron que los proveedores no consideraron su origen cultural (31%) en comparación con su idioma (17%) al comunicarse sobre los servicios. Sin embargo, la mayoría de los participantes indicó que tanto su origen cultural (58%) como su idioma (53%) fueron considerados de alguna manera por los proveedores. Los angloparlantes indicaron que su idioma (30%) fue muy considerado por los proveedores, mientras que solo el 12% indicó que su cultura fue muy considerada. Muy pocos participantes de habla inglesa indicaron que los proveedores nunca fueron considerados con sus preocupaciones; la mayoría de los participantes indicaron que los practicantes eran a veces considerados o, a menudo, considerados con sus preocupaciones. La Figura 7 muestra la consideración general del proveedor de los problemas de salud de los participantes de habla inglesa. La Figura 8 representa el recuento de quienes indicaron que los proveedores siempre los escuchan, comprenden, afirman y les brindan suficiente información, desglosados por raza y etnia.

Figura 7. Consideración de la cultura y el idioma por parte del sistema de salud al comunicarse sobre los servicios (habla inglesa) (N = 259)

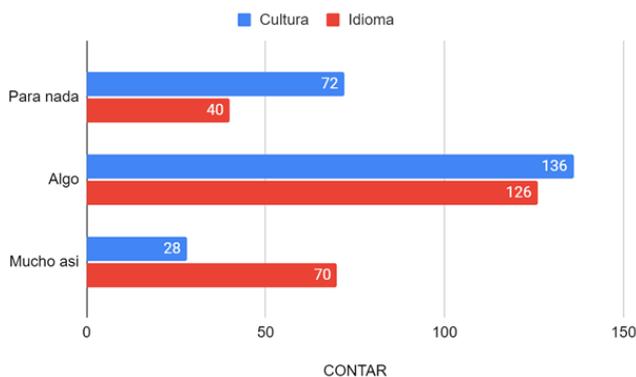
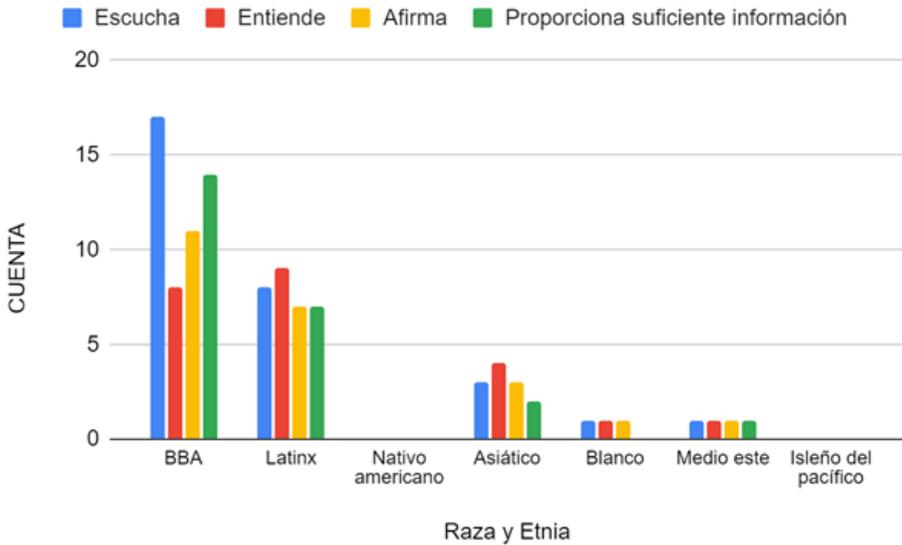


Figura 8. El proveedor “siempre” considera las preocupaciones de salud por raza y grupo étnico (habla inglesa) (N = 259)



Nota: La Figura 8 muestra a los proveedores que siempre tienen en cuenta las preocupaciones de los participantes. Ninguno de los participantes de las islas del Pacífico o los nativos americanos indicó que sus preocupaciones siempre sean consideradas.

Se formularon dos preguntas cualitativas sobre la consideración de sus proveedores de las necesidades culturales y lingüísticas: (1) ¿Cómo pueden los sistemas de atención médica comprender mejor la cultura y el idioma de su comunidad al comunicar información sobre el estrés, la frustración, la preocupación, la ira, la adicción, la violencia?, y / o abuso a su comunidad y (2) ¿qué le gustaría que su proveedor supiera sobre usted y su comunidad? En general, la mayoría de los participantes compartieron que los sistemas de atención médica generalmente no brindan una buena experiencia a las comunidades de BIPOC. A continuación se muestran las áreas más comunes que, según los encuestados, deben cambiar para lograr mejores encuentros de salud mental y conductual junto con citas que detallan su experiencia y deseos.

Los sistemas y proveedores de atención médica deben:

Sea más abierto y curioso: la respuesta más común fue el deseo de que los sistemas y proveedores fueran más abiertos y curiosos acerca de las vidas y necesidades de sus pacientes al hacer más y mejores preguntas. Los participantes también desean que los proveedores escuchen con atención, demuestren comprensión y empatía, y no hagan suposiciones sobre las personas en función de la información que los sistemas recopilan y la apariencia

física.

“Ser curioso. Haga preguntas para comprender por qué alguien podría dudar en tomar un remedio recetado. Dedique tiempo a aprender sobre la persona que tiene frente a ellos y cómo su cultura ha informado quiénes son ese día en el que están viendo al profesional de atención ”.

“Haciendo preguntas y creando el entorno para que hablemos libremente, tengamos paciencia, escuchemos y comprendamos”.

Educación y capacitación: La siguiente respuesta más común fue que los sistemas y proveedores deben brindar una capacitación más culturalmente informada, antirracista y descolonizadora.

“Al tomarse el tiempo para familiarizarse con los valores tribales, la mayoría de las tribus tienen centros culturales que estarán felices de ofrecer capacitación e información sobre estos asuntos”.

“Hablo inglés, pero hay cierta dinámica en la forma en que las personas y mujeres de color de BIPOC expresan y / o articulan nuestras experiencias con el racismo, el sexismo, etc. Si los proveedores de atención médica estuvieran mejor capacitados, sabrían qué tipo de preguntas hacer. ”

Adaptar y reconocer las realidades culturales: además de la educación y la capacitación, los participantes aclararon que este conocimiento debe practicarse a través de habilidades que ayuden a los proveedores a adaptarse y reconocer las realidades culturales. Ninguna educación o capacitación formal brindará todas las herramientas para brindar atención culturalmente específica e informada sobre el trauma (incluida la raza / etnia, el género, la sexualidad, la religión, etc.). La mejor manera de comenzar a aprender y practicar la atención culturalmente específica e informada sobre el trauma es darle su lugar a las personas, conocerlas donde están y reconocer las realidades culturales y específicas del trauma que los pacientes comparten durante sus visitas.

“Que nadie entre a la sala de una clínica o al hospital por diversión. Por lo tanto, tome las preocupaciones en serio la primera vez y acérquese a nosotros con toda la gama de opciones y hechos. Entender que lo que aprendiste en la escuela no es el único enfoque correcto para la “salud” y que cada comunidad lo ve de manera diferente. Trabajar con nosotros donde nos encontramos en nuestro viaje en lugar de obligarnos a saltar a un estándar que es absurdo e inalcanzable ”.

“Ojalá supieran más sobre la estructura familiar. Muchas veces, la hija o el hijo mayor se convertirá en una especie de intérprete de la familia y líder. Ojalá no lo despreciaran ”.

“Desearía que estuvieran más informados sobre la cocina de mi comunidad y que hicieran recomendaciones que apoyen de manera saludable lo bueno y lo malo para mejorar el bienestar general. Lo mismo ocurre con el reconocimiento de las normas culturales y la factorización de lo que se puede / no se puede cambiar fácilmente”.

Contratar personal y tomadores de decisiones diverso: Otra respuesta típica explicaba la necesidad de personal y tomadores de decisiones más diverso con experiencias compartidas como personas de BIPOC y que sean culturalmente competentes en sus áreas de especialización. Los encuestados también mencionaron la importancia de tener buenos aliados en el sistema de salud. Sin embargo, el sentimiento era claro: la mejor manera de brindar una mejor atención cultural y lingüísticamente apropiada es contratar personas con experiencia de primera mano.

“En este punto, contratar y capacitar a más personas queer POC, así como diversificar las formas en que uno puede recibir atención fuera del sistema de atención médica, es decir, personas que dan a luz usando doulas y que pueden obtener las que pague el seguro. Creo que hemos tenido esta conversación repetidamente y hay un punto en el que las personas y los sistemas actuales tienen que dar un paso atrás y dejar que las personas que tienen el conocimiento de la comunidad y otras formas de salud lideren”.

Mejorar la interpretación y la competencia cultural: los participantes a menudo mencionaron la falta de traducción escrita y hablada [o lenguaje de señas americano] disponible para ellos sobre la atención de la salud mental y del comportamiento. Lo más importante es que discutieron los vacíos considerables en la competencia cultural cuando se traducen los materiales. Estaba claro que la traducción del inglés a otro idioma es insuficiente para brindar una buena atención cultural y lingüísticamente específica. Los intérpretes también necesitan competencia cultural. Una solución para esto es invertir en más especialistas en apoyo de iguales, para que los miembros de la comunidad tengan competencia tanto en interpretación como cultural al recibir atención.

“Conocer nuestra cultura y dinámica familiar. Si utiliza un intérprete, sería bueno que encontraran a alguien que no solo hablara el idioma, sino que también tuviera capacitación en competencia cultural. Es difícil que no todas las familias latinas vayan a ser iguales y que no todas las familias de cualquier etnia serán iguales. Todos tenemos nuestra propia forma de lidiar y afrontar la situación. Los latinos en su mayor parte buscan ayuda de consejeros. No compartes lo que sucede a puerta cerrada con extraños. Los problemas de su familia son suyos y estamos acostumbrados a cuidarnos unos a otros, lo que a veces

tiende fortalecerse. Obtener respuestas directas y hacer preguntas muy personales directamente es muy incómodo para muchas personas de mi grupo étnico. Entonces, es complicado cuando se habla de problemas médicos y emocionales. Es más fácil y menos invasivo tratar de cuidarse a sí mismo y a su familia, ya que a veces las personas tienen miedo de lo que podría causarles problemas “.

“Deben entender que los hispanos no todos creen como en la salud mental, realmente no creen que eso sea un problema o una enfermedad, así que creo que los proveedores estarían bien si supieran eso de alguna manera”

“Tener intérpretes con habilidades de terminología médica. Esto es muy importante especialmente para cualquier enfermedad crónica. Es muy importante entender muy bien su propio idioma “.

Tómese su tiempo con los pacientes: La respuesta final más común fue que todos estos enfoques cultural y lingüísticamente específicos requieren más tiempo con los pacientes. Los participantes se sienten apresurados en sus interacciones con un profesional médico, lo que resulta en una falta de comprensión por ambas partes.

Hallazgos en el idioma español

Más participantes de habla hispana indicaron que los proveedores no consideraron su origen cultural (30%) en comparación con su idioma (22%) al comunicarse sobre los servicios (ver Figura 9). Sin embargo, la mayoría de los participantes indicó que los proveedores de alguna manera consideraron tanto su origen cultural como su idioma (66%). Los hispanohablantes indicaron que los proveedores consideraban mucho su idioma (38%) y el 30% dijo que su cultura era muy considerada. Muy pocos participantes de habla hispana indicaron que los proveedores nunca fueron considerados con sus preocupaciones; la mayoría de los participantes indicaron que los practicantes a veces eran considerados o siempre considerados con sus preocupaciones. La Figura 10 representa hasta qué punto se escuchan, comprenden y afirman las preocupaciones sobre la salud de los participantes, y si los proveedores les brindan suficiente información.

Figura 9. Consideración de la cultura y el idioma por parte del sistema de salud al comunicarse sobre los servicios (en español) (N = 184)

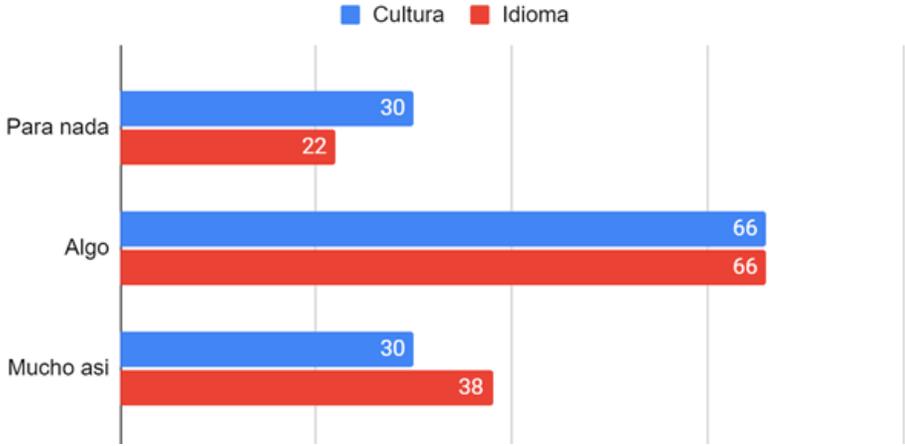
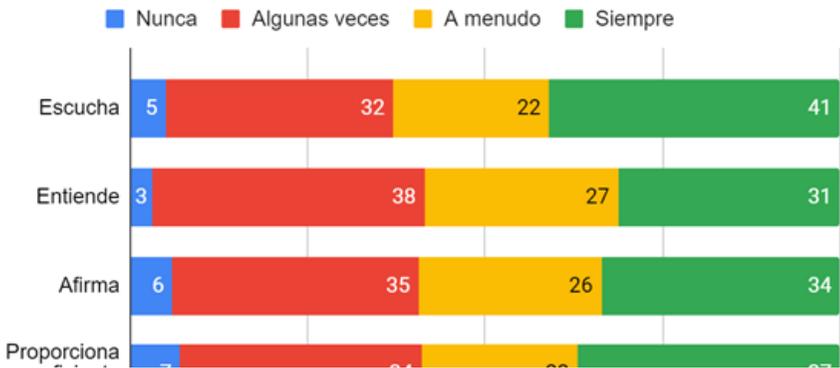


Figura 10. El proveedor considera preocupaciones de salud (habla español) (N = 184)



6. Recomendaciones

Realidad: La mayoría de las personas de BIPOC reciben atención de salud conductual de figuras religiosas, curanderos tradicionales, organizaciones comunitarias y clínicas.

Acción: asociarse con, diferir y compensar a líderes culturales específicos de confianza y organizaciones que sirven a BIPOC

En conjunto, los encuestados utilizan atención de salud conductual más específica culturalmente y basada en la comunidad (figuras religiosas, curanderos tradicionales, organizaciones culturalmente específicas y basadas en la comunidad y clínicas comunitarias) en comparación con los proveedores dominantes, como los CCO, los centros de atención de urgencia y las salas de emergencia. Este hallazgo indica que las CCO, y los sistemas de atención médica en general, deben invertir en la divulgación y la comunicación sobre los servicios en asociación con líderes y organizaciones culturalmente específicos (por ejemplo, iglesias, mezquitas, templos, centros comunitarios, líderes religiosos, coaliciones), ya que estos son las partes interesadas de confianza en la comunidad. Además, la dotación de recursos para métodos de divulgación culturalmente específicos también puede abordar de manera más eficaz las formas culturales del estigma asociado con la salud mental y conductual.

Las comunidades BIPOC tienen espacios y servicios de afirmación cultural y lingüística específicos —en otras palabras, redes de atención que surgen en ausencia o ineficacia de las formas de atención dominantes / dominantes— que los proveedores de atención médica no reconocen y subutilizan. Por ejemplo, específicamente para las comunidades negras / afroamericanas, un miembro del comité directivo recomienda “reunirse con los miembros de la comunidad donde se encuentren”. Los miembros de la comunidad negra tienen espacios / ubicaciones culturalmente específicos, como barberías, donde visitan para recibir servicios y se conectan con otros miembros de la comunidad. Estos son espacios curativos. ¿Cómo se puede incluir a las personas en estos espacios en el sistema de atención de salud conductual? ¿Cómo se pueden capacitar y autorizar a los proveedores de servicios culturalmente específicos, como los barberos, que están integrados en las comunidades, para brindar servicios de salud conductual? Estas personas deben ser incluidas en los esfuerzos de extensión y programas de capacitación para especialistas en apoyo de iguales, trabajadores de salud comunitarios y trabajadores de salud tradicionales.

Los CCO también deben proporcionar recursos y colaborar con organizaciones comunitarias para proporcionar modos de interacción física culturalmente específicos centrados en la comunidad y la familia para mitigar el aislamiento social y sus consecuencias para la salud mental y conductual. Éstos incluyen:

- Actividades basadas en el arte
- Oportunidades para actividades al aire libre / basadas en la naturaleza
- Grupos de apoyo de iguales y grupos de afinidad que fomentan una conexión humana significativa
- Servicios integrales que incluyen la satisfacción de necesidades básicas como cuidado de niños, alimentos, apoyo financiero (p. Ej., asistencia con el alquiler y los servicios públicos, sueldos, capacitación en conocimientos financieros)

Realidad: el conocimiento sobre los servicios de salud conductual es una barrera importante y la traducción es insuficiente para comunicar información que también es culturalmente relevante

Acción: Invertir en la comunicación y la concienciación cultural y lingüísticamente específicas que brinden recursos y poder a los líderes y organizaciones comunitarios.

“Cuando creamos folletos y anuncios, siempre comenzamos con el inglés y luego los traducimos, en lugar de crearlos primero en su idioma”.

- Miembro del Comité de Dirección

Los participantes mencionaron la comunicación, especialmente la falta de conocimiento sobre los servicios, como una barrera importante para acceder a los servicios de salud conductual. Traducir información sobre los servicios de CCO y alojar esta información en línea es insuficiente. Se pierde mucho en la traducción, especialmente cuando se transmite información técnica que no tiene un significado comparable en un idioma o cultura diferente (por ejemplo, no existe una palabra para la salud del comportamiento en muchos idiomas). Los mensajes sobre los servicios, las opciones y los proveedores de atención de la salud del comportamiento, la inscripción en CCO y los seguros y las inversiones en programas de educación sobre la salud deben construirse conjuntamente con los miembros de la comunidad.

Depender de intérpretes sanitarios es fundamental pero insuficiente. La comunicación debe ser culturalmente legible y significativa, especialmente para los problemas de salud mental y conductual que pueden conllevar un estigma y se consideran temas tabú.

- Contrate personas con conocimientos y cultura arraigada para traducir la información y comunicarse con los miembros de su comunidad de manera interpersonal, culturalmente informada y sensible. Los sistemas de salud deben adoptar múltiples formatos de comunicación que no solo se basen en textos escritos o plataformas en línea como folletos, sitios web y redes sociales.
- Asíciense y recompense a organizaciones culturalmente específicas, medios de comunicación locales, etc., para crear conciencia sobre los servicios y

acceder a ellos.

- Colabore, capacite y contrate guías cultural y lingüísticamente específicos y especialistas en apoyo de pares que puedan ayudar a las personas a navegar por los sistemas de atención médica.
- Los seminarios web cultural y lingüísticamente específicos (consulte el modelo de la Coalición de Salud Latina de Oregon) y las sesiones informativas en persona en la comunidad comunican de manera eficaz la información sobre los servicios.
- No sobrecargue al personal multilingüe con interpretación, especialmente sin compensación.

Realidad: las personas de BIPOC no utilizan los servicios de salud conductual porque no hay suficientes proveedores multilingües y multiculturales

Acción: Invertir en la creación de una fuerza laboral de trabajadores y proveedores de atención médica de BIPOC, y garantizar que haya trayectorias profesionales claras disponibles, seguras y sostenibles.

La barrera más citada para acceder a la atención de la salud conductual es que los proveedores y los servicios que ofrecen no responden cultural y lingüísticamente, lo que conduce a una menor utilización, conciencia y confianza en el sistema de atención médica. Por lo tanto, es necesario invertir en una fuerza laboral de salud conductual multilingüe y multicultural. Y las personas de BIPOC deben recibir formación y una trayectoria profesional clara. Lograr esto implicará:

- Construir un continuo coordinado de capacitación, tutoría, contratación y retención de una variedad de profesionales de la salud, incluidos trabajadores de la salud tradicionales y comunitarios, intérpretes de atención médica y especialistas en apoyo de pares.
- Proporcionar incentivos y pasantías remuneradas y capacitación de tipo aprendizaje para los miembros de la comunidad BIPOC para que se especialicen en la atención de la salud del comportamiento (consejeros, médicos, especialistas en apoyo de pares, trabajadores de la salud tradicionales y comunitarios, etc.)
- Introducir estándares y procesos formales y consistentes en todo el estado para capacitar, otorgar licencias, contratar y compensar a los trabajadores. Por ejemplo, los miembros del comité directivo mencionaron que los servicios de especialistas en apoyo entre iguales no cuentan actualmente con códigos de seguros.
- La capacitación de todos los trabajadores de la salud, tradicionales y médicos, debe ser dirigida por la comunidad, lo que significa que los miembros de la comunidad deben participar en el desarrollo y la implementación de la capacitación. Esto garantizará que los miembros de la comunidad reciban la atención que necesitan.

Realidad: las personas de BIPOC tienen bajas tasas de inscripción en CCO, especialmente fuera del área metropolitana de Portland

Acción: Invertir en alcance cultural y lingüísticamente sensible a las comunidades BIPOC, especialmente aquellas que viven fuera de las áreas metropolitanas.

Solo el 21% de los encuestados de habla inglesa y el 18% de los encuestados de habla hispana están inscritos en organizaciones de atención coordinada. La mayoría de los encuestados de habla inglesa están inscritos en CCO que prestan servicios en el área metropolitana de Portland. Esto indica la necesidad de que las CCO mejoren el alcance y la comunicación sobre los servicios, especialmente a las comunidades BIPOC que viven fuera de las áreas urbanas. Además, los encuestados en ambos grupos lingüísticos compartieron que existen opciones limitadas de servicios que se adapten a sus necesidades culturales y lingüísticas.

Realidad: las personas de BIPOC experimentan altas tasas de racismo, discriminación y prejuicios en los entornos médicos

Acción: Invertir en capacitación y prácticas culturalmente receptivas para adaptarse a las realidades culturales de los proveedores de atención médica.

“El trauma institucional impide que la gente de BIPOC vaya a las organizaciones dominantes”. - Miembro del Comité de Dirección”

Los clientes y pacientes de BIPOC experimentan altos niveles de discriminación y racismo médico. Esto solo sirve para sembrar desconfianza en los proveedores de atención médica. Si bien la adherencia a los Estándares CLAS debe ser monitoreada y evaluada, es igualmente, si no más importante, co-construir un plan de estudios culturalmente receptivo con las comunidades más atendidas por diferentes CCO. Se necesita capacitación culturalmente informada en torno a la empatía, los prejuicios / estereotipos, el antirracismo, la descolonización y la justicia sanadora, los modales al lado de la cama, el fomento de la confianza, la comunicación interpersonal y las prácticas de atención de apoyo. Además, los proveedores deben ser educados sobre los valores culturales, las normas y las creencias de las poblaciones a las que sirven y comprender sus historias sociales (por ejemplo, inmigración, reasentamiento, desplazamiento a través de la gentrificación, trauma histórico). El desarrollo y la entrega de planes de estudios educativos deben estar dirigidos por la comunidad y contar con recursos sustanciales de los sistemas de atención de la salud. Si bien los proveedores deben recibir capacitación, es igualmente crucial que los proveedores adapten sus prácticas profesionales diarias para adaptarse a las realidades culturales de los clientes y pacientes de BIPOC.

Realidad: las necesidades y experiencias de BIPOC no pueden entenderse sin recopilar datos accionables, informados por la comunidad y desglosados

Acción: Implementar prácticas de justicia de datos y equidad de datos

Los sistemas de salud deben recopilar y tener las habilidades y la capacidad para dar sentido, proteger y tomar decisiones basadas en datos desglosados sobre raza, etnia, idioma, estado de discapacidad, identidad de género y orientación sexual. Por lo tanto, los CCO deben recopilar datos REALD y SOGI (orientación sexual e identidad de género) para satisfacer las necesidades de la población diversa a la que se sirve.

La evaluación del sistema de medidas y la evaluación deben estar centradas y dirigidas por la comunidad. Los sistemas dominantes desarrollan mediciones de datos en torno a la información necesaria para garantizar la inversión y demostrar los resultados. Sin embargo, estas métricas tienden a centrar las experiencias y realidades de las poblaciones dominantes, principalmente blancos / nacidos en los Estados Unidos, lo que siempre impulsará los sistemas para expandir de manera incremental e inconsistente los servicios para las poblaciones no dominantes. El trabajo de equidad requiere que esta lógica se invierta centrandose a los más marginados; esto conducirá a la inclusión de todos.

Realidad: las suposiciones occidentales / anglo céntricas sobre la salud del comportamiento alienan y dañan a las comunidades BIPOC

Acción: Evite el uso de un enfoque único para todos los cuidados de salud mental y conductual.

Brindar atención cultural y lingüísticamente sensible significa evitar la reproducción de supuestos mentales y conductuales dominantes, occidentales y anglo céntricos que perpetúan las normas y expectativas de la blancura. Estos incluyen: determinar "buena salud mental" y "disfunción" únicamente mediante metodologías de la ciencia occidental; monitorear y medir la "buena salud mental" por modelos dominantes / occidentales; asumiendo que los problemas de salud mental y conductual pueden aislarse a nivel individual, y confiando y recomendando únicamente a los profesionales con licencia secular y capacitados en biomedicina como los más adecuados para guiar a las personas a través del proceso de salud.

Notas finales

¹ El término “negro / afroamericano” incluye a personas con diferentes etnias, conexiones regionales e historias sociales, incluidos los afrocaribeños, afrolatinos, africanos e inmigrantes y refugiados. El término “latinx” es igualmente plural e incluye a personas con conexiones con América del Sur y Central, el Caribe e inmigrantes y refugiados. Reconocemos que no todas las personas en esta categoría son de habla hispana y, por lo tanto, evitamos el uso de “hispano”. Además, “Latinx” es un término que puede no resonar en todos y, por lo tanto, reconocemos a las latinas, latinas y latinas como otros marcadores de identidad y posicionalidad. A lo largo de este informe hemos adoptado un uso estandarizado de “Negro / Afroamericano” y “Latinx”, al tiempo que entendemos completamente sus limitaciones.

² “La blancura, como un conjunto de prácticas culturales normativas, es más claramente visible para aquellos que excluye definitivamente y aquellos a quienes violenta” (Frankenberg 1993: 229-229). Algunos ejemplos de blancura incluyen: centrarse en individuos sobre grupos; crear el estándar para juzgar valores (por ejemplo, qué es buena salud); centrar los cuerpos blancos y marginar a los demás. Véase Frankenberg, Ruth. 1993. *White Women, Race Matters: The Social Construction of Whiteness*. Minneapolis: Prensa de la Universidad de Minneapolis

³ Los autores reconocen que muchos de nuestros socios de investigación y colaboradores no se suscriben al término “salud conductual”. Esto se debe en gran parte al enfoque en los cambios de comportamiento individuales en contraposición a los cambios institucionales y estructurales, que ha sido especialmente dañino para las comunidades BIPOC. Además, “salud del comportamiento” puede ser un término general confuso que combina múltiples áreas de servicio, incluida la salud mental, el tratamiento por abuso de sustancias y el apoyo a la violencia doméstica. Términos como estos a menudo dejan a los miembros de la comunidad inseguros sobre dónde y cómo buscar los servicios adecuados. Se debe considerar un lenguaje más significativo para describir la variedad de servicios clasificados como salud conductual. Aunque optamos por utilizar “salud conductual” porque es un término adoptado por las agencias estatales, este informe y las recomendaciones aquí presentadas se sitúan firmemente en el tratamiento y la transformación de los sistemas para brindar atención centrada en la comunidad y dirigida por la comunidad.

⁴ Para una buena discusión sobre cómo realizar una investigación cualitativa basada en la comunidad, consulte Sangaramoorthy, Thurka y Karen A. Kroeger. 2020. *Evaluaciones etnográficas rápidas: un enfoque práctico y un conjunto de herramientas para la investigación comunitaria colaborativa*. 1ª ed. Londres,

Inglaterra: Routledge.

⁵ Sorkin, Dara H., Molly Murphy, Hannah Nguyen y Kelly A. Biegler. 2016. "Barreras a la atención de la salud mental para una muestra de adultos mayores étnica y racialmente diversa". *Revista de la Sociedad Americana de Geriátrica* 64 (10): 2138–43.

⁶ Hodge, David R., Gordon E. Limb y Terry L. Cross. 2009. "Pasar de la colonización al equilibrio y la armonía: una perspectiva de los nativos americanos sobre el bienestar". *Trabajo social* 54 (3): 211–19.

⁷ Srinivasan, S. y T. Guillermo. 2000. "Toward Improved Health: Disaggregating Asian American and Native Hawaiian / Pacific Islander Data". *Revista estadounidense de salud pública* 90 (11): 1731–34.

⁸ Andrews, Kehinde. 2021. "El racismo es la crisis de salud pública". *Lancet* 397 (10282): 1342–43.

⁹ Gonzales, K. y Jillene Joseph. 2020. "Sanación en salud pública: opresión, trauma y resiliencia". Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan. Consultado el 26 de julio de 2021 (<https://sph.umich.edu/pursuit/2020posts/healing-in-public-health.html>); Czyzewski, Karina. 2011. "El colonialismo como un determinante social más amplio de la salud". *Revista Internacional de Política Indígena* 2 (1).

¹⁰ Castañeda, Heide, Seth M. Holmes, Daniel S. Madrigal, Maria-Elena Detrinidad Young, Naomi Beyeler y James Quesada. 2015. "La inmigración como determinante social de la salud". *Revisión anual de salud pública* 36 (1): 375–92.

¹¹ "Normas CLAS". Hhs.Gov. Obtenido el 26 de julio de 2021. (<https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/standards>).

¹² "Subcomité de Equidad de Servicios del Proyecto de Ley 21 del Senado de Estrategias de Programas y Políticas". Oregon.Gov. Obtenido el 26 de julio de 2021 (<https://www.oregon.gov/DHS/SENIORS-DISABILITIES/LTC/LTC30/Documents/Service%20Equity%20Subcommittee%20Report.pdf>).

¹³ "Proyecto de ley de la Cámara de 2011". Estado.o.EE.UU. Consultado el 26 de julio de 2021 (<https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2019R1/Downloads/MeasureDocument/HB2011/Introduced>).

¹⁴ "Seguimiento de CLAS". Hhs.Gov. Obtenido el 26 de julio de 2021 (<https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/clas-tracking-map>).

¹⁵ "Informe de evaluación de las coaliciones regionales de equidad en salud de Oregon". Estado.o.EE.UU. Obtenido el 26 de julio de 2021 (<https://sharedsystems>).

dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le2891.pdf).

¹⁶ "Implementación de Raza, Etnia, Idioma y Discapacidad (REALD)". Oregon. Gov. Consultado el 26 de julio de 2021 (<https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/REALD.aspx>).

¹⁷ "Brindar servicios cultural y lingüísticamente apropiados durante la emergencia de COVID-19". Oregon.Gov. Consultado el 26 de julio de 2021 ([https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Announcements/Pro provide%20Culturally%20and%20Linguistically%20Apropiado%20Services%20During%20the%20COVID-19%20Emergency.pdf](https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Announcements/Pro%20provide%20Culturally%20and%20Linguistically%20Apropiado%20Services%20During%20the%20COVID-19%20Emergency.pdf)).

¹⁸ "Orden Administrativa Permanente", Estado o EE. UU. Consultado el 26 de julio de 2021 (<http://records.sos.state.or.us/ORSOSWebDrawer/Recordpdf/7102680>).

¹⁹ "Crisis de Nuestro Bienestar: Un informe sobre la salud mental de los latinos en Oregon". 2020. Comisión de Asuntos Hispanos de Oregon. Consultado el 26 de julio de 2021 (https://www.oregon.gov/oac/Documents1/Crisis_de_Nuestro_Bienestar_-_Latino_Mental_Health_in_Oregon.pdf).

²⁰ Park, Mijung. 2021. "Una breve revisión de los problemas de salud mental entre las comunidades asiáticas y de las islas del Pacífico en los EE. UU." Revista de enfermería de las islas del Pacífico asiático 5 (4): 248–50.

²¹ Para más información sobre "Root Shock", consulte Fullilove, Mindy Thompson. 2016. Root Shock

Cómo destrozarse barrios urbanos daña a Estados Unidos y qué podemos hacer al respecto. Nueva York: New Village Press.

²² Raza, origen étnico, idioma y discapacidad (REALD): <https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/REALD.aspx>.

²³ Williams, D. R., Yan Yu, J. S. Jackson y N. B. Anderson. 1997. "Diferencias raciales en salud física y mental: estatus socioeconómico, estrés y discriminación: estatus socioeconómico, estrés y discriminación". Revista de psicología de la salud 2 (3): 335–51.

