



**nami**

*juntos por la salud mental*

National Alliance on Mental Illness

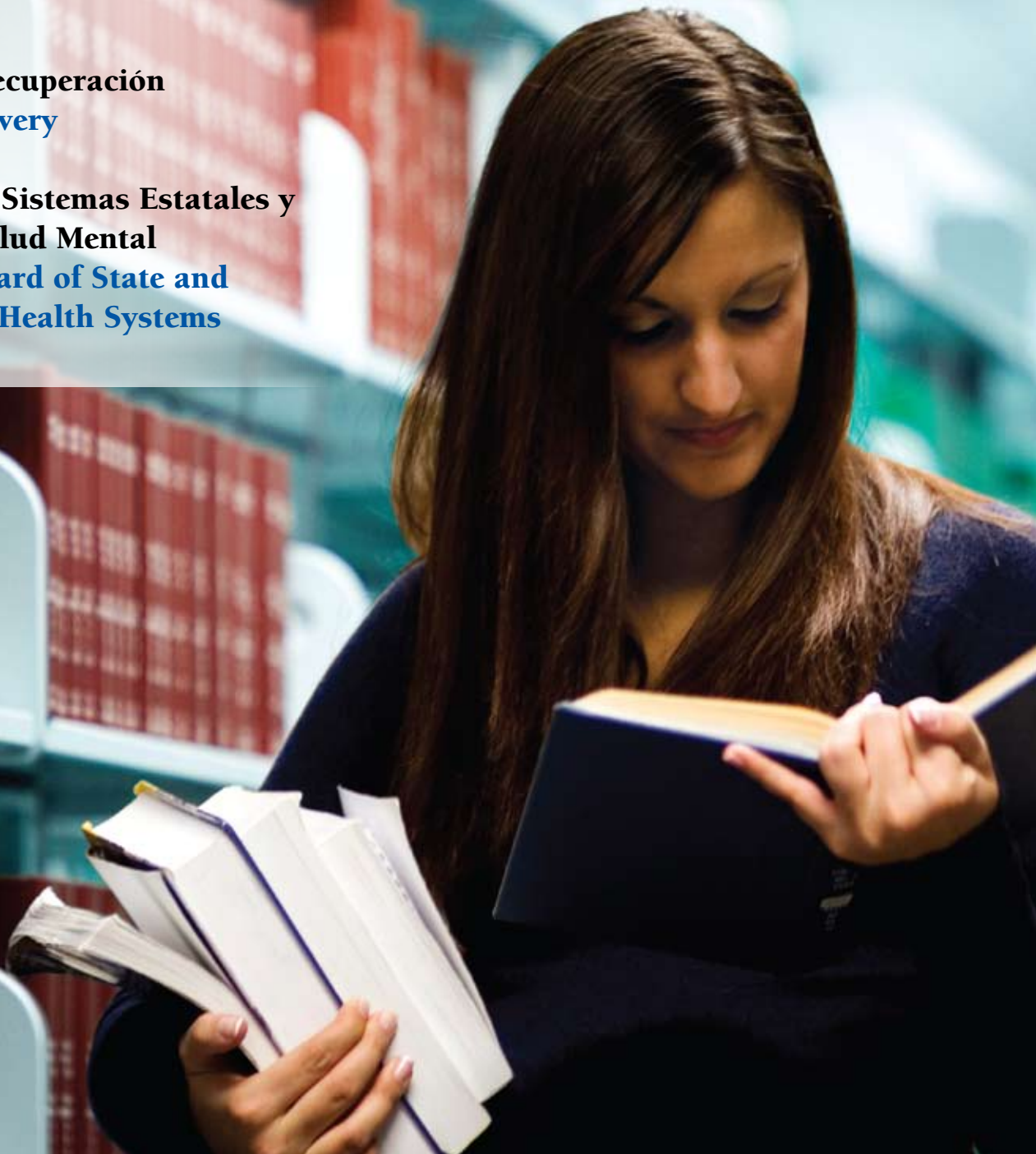
***¡avanzamos!***

Edición #9

**Centro de Investigación de Salud  
Mental Multicultural**  
**The Center for Multicultural Mental  
Health Research**

**Mi camino a la recuperación**  
**My Road to Recovery**

**NAMI evalúa los Sistemas Estatales y  
Nacionales de Salud Mental**  
**NAMI's Report Card of State and  
National Mental Health Systems**



*Edición Especial Bilingüe*

*Special Bilingual Issue*

La revista **¡Avanzamos!** es publicada trimestralmente por:

NAMI  
Tel: 703-524-7600  
Fax: 703-524-9094

Mike Fitzpatrick, M.S.W., DIRECTOR EJECUTIVO  
Majosé Carrasco, M.P.A., EDITORA GENERAL  
George Kibler, DIRECTOR ARTÍSTICO

EQUIPO EDITORIAL:  
Majosé Carrasco, M.P.A., Ana Ferrara,  
Lynne Saunders y Marin Swesey

COLABORADORES:  
Margarita Alegría, Ph.D., Nicholas Carson,  
M.D., FRCPC, Benjamín Cook, Ph.D.,  
M.P.H., Daniel Jiménez, Ph.D., Minnie Lucas  
y Nora Mulvaney-Day, Ph.D.

La Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, (NAMI, por sus siglas en inglés) es la organización comunitaria más grande dedicada a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales severas y de sus familiares. Fundada en 1979, NAMI es la voz nacional de la salud mental, una organización con afiliadas en cada estado y en más de 1.100 ciudades.

NAMI Website: [www.nami.org/espanol](http://www.nami.org/espanol)  
Línea de Ayuda: 1-800-950-6264

¡Avanzamos! es la revista trimestral de NAMI que sirve de enlace comunicativo entre NAMI y sus miembros de habla hispana. **Para suscribirse gratuitamente** a la versión impresa de esta revista, visite la tienda de NAMI (NAMI store) en [www.nami.org](http://www.nami.org); no obstante, si prefiere recibir la versión electrónica, puede suscribirse en: [www.nami.org/subscribe](http://www.nami.org/subscribe).

### Queridos Lectores:

Es un placer para mi el compartir con ustedes esta edición especial de *¡Avanzamos!*

A lo largo del país, diferentes profesionales de salud mental dedican su conocimiento y esfuerzo a hacer investigaciones sobre la salud mental en nuestra comunidad. Los descubrimientos de estos expertos han ayudado a mejorar la salud mental de los latinos. Sin duda alguna la doctora Margarita Alegría, directora del Centro de Investigación de Salud Mental Multicultural, es una de las investigadoras que ha tenido más impacto en este campo de investigación. Yo he tenido la oportunidad de trabajar con la doctora Alegría y todo su equipo de investigadores. Para mi fue una experiencia muy positiva el ver la dedicación y la entrega que estos investigadores tienen y su compromiso a ayudar a mejorar la salud mental de nuestra comunidad. Por eso no me sorprendió el que aceptaran mi invitación a producir esta edición de *¡Avanzamos!* Esta edición ofrece artículos escritos por investigadores del Centro quienes comparten con nosotros los resultados de sus investigaciones recientes.



Además, me complace ofrecerles esta edición completamente bilingüe. Esperamos que este formato nos ayude a compartir con más personas información importante y de actualidad sobre las enfermedades mentales, noticias de investigación, información sobre la recuperación, noticias de NAMI y otros temas de interés.

Muchos Saludos,  
Majose Carrasco

### Dear Readers,

It is a pleasure to share with you this issue of *¡Avanzamos!*

Around the country, many mental health professionals dedicate their knowledge and efforts to research mental health issues in Latinos. Their findings have helped improve the mental health of individuals of this community. Without a doubt, researcher Margarita Alegría, Ph.D., Director of the Center for Multicultural Mental Health Research at Cambridge Health Alliance/Harvard Medical School, has had great impact in this area of research.

I have had the opportunity to collaborate with Dr. Alegría and her research team. It was a positive experience to see their dedication to help improve Latino mental health. With their commitment to sharing information about their work for the benefit of their community of focus, I was not surprised when they agreed to contribute their expertise for this edition of *¡Avanzamos!*

This edition features exclusive articles written by researchers from the Center who share with us the results of their latest findings. I am also pleased to offer this fully bilingual issue. The English language text starts on page 14.

Mucho Saludos,  
Majose Carrasco

# Centro de Investigación de Salud Mental Multicultural

POR BENJAMIN COOK, PH.D., M.P.H.

El Centro de Investigación de Salud Mental Multicultural está comprometido a identificar y reducir las desigualdades raciales y étnicas en la atención médica y en la salud mental, embarcándose en una serie de proyectos para medir e identificar tales desigualdades e inspirar intervenciones que las reduzcan.

Margarita Alegría y Julia Lin del Centro, Xiao-Li Meng de la Universidad de Harvard y otros colaboradores del Centro han presentado un trabajo de investigación que mide las desigualdades en el tratamiento de la depresión entre blancos no latinos, latinos, asiáticos y afro-americanos. Los resultados preliminares demuestran que existen desigualdades entre todos estos grupos. Este estudio usa información de la Encuesta Nacional de Latinos y Asiáticos Americanos (NLAAS), que es una encuesta representativa de salud mental a nivel nacional, servicios de salud mental, demografía y factores de riesgo en enfermedad mental.

Los estudios publicados recientemente incluyen dos que miden tendencias de desigualdad:

**Midiendo Tendencias en Desigualdades Raciales/Etnicas en Salud Mental** por Benjamín Cook, Tom McGuire, y Sam Zuvekas, publicado en el número de febrero de 2009 de *la Crítica e Investigación de la Atención Médica*:

- Mostró que entre latinos y blancos las desigualdades empeoraron y entre afro-americanos y blancos fueron generalmente constantes entre 1996 y 2005.
- Después de ajustar por status de salud y otras medidas de necesidad de servicios, las poblaciones afro-americana y latina, en ambos



Benjamin Cook, Ph.D., M.P.H.

períodos, fueron significativamente menos propensas a ver a un médico en el último año y se invirtieron menos recursos de salud en estas poblaciones minoritarias en comparación con lo invertido en la población blanca.

- En el caso de gastos médicos, la brecha entre latinos y blancos prácticamente se ha duplicado desde 1996.

## **Midiendo Tendencias de Desigualdad en la**

**Atención de Salud Mental** por Benjamin Cook, Tom McGuire y Jeanne Mirand, publicado en diciembre de 2007 en *Servicios Psiquiátricos*:

- Mostró que las desigualdades entre afro-americanos y blancos e hispanos y blancos en cualquier uso de servicios de salud mental empeoró desde 2000 a 2004.
- Al observar los gastos en salud mental, los autores vieron que las desigualdades entre hispanos y blancos eran significativas y empeoraron entre 2000 y 2004.
- El sistema de salud mental sigue proveyendo menos atención a individuos en los grupos minoritarios

*Centro de Investigación continúa en la página 13*

## CONTENIDO

- 2 Mensaje de la Editora
- 3 Centro de Investigación de Salud Mental Multicultural
- 4 Mi Historia
- 5 Mi Camino a la Recuperación
- 6 Qué Podemos Aprender de la Investigación para Lograr el Bienestar y Evitar Desigualdades en Servicios de Salud Mental y Uso de Sustancias
- 8 Salud Mental Infantil
- 9 Reforma de Salud en Massachussets: ¿Cómo está afectando a individuos con trastornos de salud mental?
- 10 NAMI Evalúa los Sistemas Estatales y Nacionales de Salud Mental: Calificación de los Estados, 2009
- 12 Resultados de la Encuesta de Lectores de *¡Avanzamos!*

## TABLE OF CONTENTS

- 2 Letter from the Editor
- 14 The Center for Multicultural Mental Health Research
- 15 My Story
- 16 My Road to Recovery
- 18 What Can We Learn from Research to Achieve Wellness and Avoid Disparities in Mental Health and Substance Use Services
- 19 Children's Mental Health
- 20 Health Reform in Massachusetts: How is it Affecting Individuals with Mental Health Disorders?
- 21 A Report Card of State and National Mental Health Systems: NAMI's Grading the States 2009

## Mi Historia

POR DANIEL JIMENEZ, PH.D.



Daniel Jimenez, Ph.D.

Cuando les dije a mis padres que quería ser psicólogo, ellos pensaron que yo instalaría mi propia práctica privada, y que iba a recibir pacientes que vendrían a conversar sobre sus problemas acostados en un sofá. Me veían como una versión latina de Sigmund Freud. Esa percepción nunca se convirtió en realidad porque decidí dedicar mi carrera a la investigación y no a la práctica privada ya que sentí que como investigador podría tener un efecto en la vida de muchas personas. Una vez que decidí dedicarme a la investigación, tuve que tomar muchas decisiones acerca de qué tipo de investigación quería hacer y la población de pacientes con la que quería trabajar. Tomar estas decisiones no fue fácil. Al final, decidí contribuir a la comunidad que me ayudó a llegar a donde estoy ahora.

Soy hijo de dos inmigrantes que vinieron de Cuba escapándose de la opresión y con la esperanza de lograr una vida nueva y mejor para ellos y sus hijos. Me

crié escuchando historias de sacrificios y de las experiencias de ser inmigrante. Esas historias me resultaban fascinantes. Me asombraba ver cómo perseveraban ante tanta adversidad. Me di cuenta de que todas esas generaciones que vinieron antes de mi tienen tanta sabiduría y conocimiento que podrían beneficiar a las generaciones más jóvenes. Desde temprana edad decidí retribuir a aquellos latinos de la tercera edad que están en la misma situación en la que mis padres y mis abuelos estuvieron hace muchos años. Estas experiencias tempranas ayudaron a dar forma al trabajo que hago hoy. Yo pienso que mi trabajo es ayudar a las personas de la tercera edad a lograr una alta calidad de vida y a sentirse miembros activos que contribuyen a la sociedad.

Actualmente estoy haciendo un post-doctorado en investigación de servicios geriátricos de salud mental. El camino que tomé para llegar a este punto ha sido un poco indirecto. En el trayecto he recibido un apoyo tremendo para alcanzar mis metas y establecer mi carrera. En la escuela de postgrado, mi consejero me enseñó los pilares

*Me crié escuchando historias de sacrificios y de las experiencias de ser inmigrante.... Me di cuenta de que todas esas generaciones que vinieron antes que yo tienen tanta sabiduría y conocimiento que podrían beneficiar a las generaciones más jóvenes.*

fundamentales de la investigación y realmente me ayudó a definir mis metas profesionales. En este post-doctorado, he tenido la oportunidad de expandir mis alas para hacer las preguntas que son importantes para mí. Con guía, he empezado a formar antecedentes en el área específica de desigualdades de salud entre latinos de la tercera edad. Fui a la Universidad de Dartmouth

principalmente porque mi esposa aceptó allí una beca de investigación.

Poco me imaginaba que esta coincidencia iba a tener un impacto tan grande en mi vida. Mi mentor, Steve Bartels, entendió la importancia de trabajar con latinos de la tercera edad y me presentó a mi co-mentor, Maggie Alegría, en Boston. Ahora divido mi tiempo entre Dartmouth y Boston. Por momentos esta relación ha sido difícil. No siempre es fácil subirse a un autobús y viajar dos horas para un día de trabajo y horas después otra vez tomar el autobús de regreso a casa. Cuando hay una tormenta de invierno, el día se vuelve aún más largo. A pesar de esta dificultad, ha valido la pena hacer este trabajo. Steve y Maggie me han brindado un apoyo increíble. Es difícil encontrar buenos mentores. Por suerte, encontré dos mentores cuyas áreas de especialización se complementan, Steve me asesora en temas relacionados a servicios geriátricos de salud mental y Maggie me asesora en el tema de desigualdades de salud en los latinos. Sobre todo, saber que el trabajo que estoy haciendo puede tener un impacto positivo en la vida de

cientos y con suerte miles de latinos de la tercera edad pesa más que las dificultades ocasionales.

Con la población de Estados Unidos volviéndose más diversa, éste es el momento perfecto

para aquellos interesados en una carrera en salud mental multicultural. Hay oportunidades para que usted pueda hacerse un lugar y hacer investigaciones que nunca se han hecho antes. Es emocionante estar en investigación ya que estamos a la vanguardia en el entendimiento del papel que la cultura juega en la salud mental.

## Mi Camino a la Recuperación

POR MINNIE LUCAS, PRESENTADORA/ENTRENADORA DEL PROGRAMA EN NUESTRA PROPIA VOZ Y MENTORA DEL PROGRAMA PERSONA A PERSONA

Yo nací en Monrovia, California. Dos semanas antes de cumplir cinco años mi padre murió en un accidente de autobús. Después de la muerte de mi padre, mi madre tuvo problemas económicos muy difíciles, aún después de trabajar dos turnos para poder cubrir los gastos mensuales así que mis hermanos y yo quedamos al cuidado de mi abuela. Yo visitaba a mi madre los fines de semana y días de fiesta.

Empecé a escuchar voces durante mis primeros años de la escuela secundaria. A mis amigos imaginarios no les gustaba jugar con mis hermanos y hermanas, y por esto me quedaba siempre sola y triste.

Bueno, mis amigos imaginarios y yo logramos llegar a la escuela preparatoria. Yo empecé a oír más y más voces. Sin embargo, de alguna manera terminé la escuela preparatoria y con una beca y asistencia financiera empecé la universidad. Fue ahí donde mis voces empeoraron y empecé a ver personas en distintos colores. Sabía que la gente en verde quería agarrarme, matarme, o lastimarme. En mi cabeza sabía que todo lo diabólico estaba en Anaheim, CA y por esto dejé la universidad y me mudé a Arizona.

Conseguí trabajo en la Planta Nuclear Palo Verde en Wintersburg, Arizona, en el departamento de nóminas. Me encantaba mi trabajo, y estaba lejos de Anaheim, pero después de ganar el premio de empleada del mes más de seis veces y ser la empleada del año, me gané un viaje al lugar más feliz de la tierra, Disneyland, en California. Esto me hizo pensar que la gente de Anaheim me había encontrado, y decidí dejar mi auto en la playa de estacionamiento de mi trabajo, todas las fotos de mi familia en la oficina, y mi apartamento. Ese mismo día, me fui a Louisiana en donde



Minnie Lucas dando una presentación de En Nuestra Propia Voz.

encontré un pequeño convento de monjas de la Madre Teresa. Todo estaba bien hasta que me pidieron que asistiera a una convención con las monjas en Anaheim, CA. Me encontraron, pensé, la gente de Anaheim me encontró. Esa noche me escapé del convento y me fui a Florida en donde estuve viviendo en la calle por una semana hasta que la policía de Florida me arrestó por exposición indecente. En la calle me habían golpeado, robado, atacado y abusado – yo no me acuerdo de nada de esto.

En Miami me pusieron en un pabellón psiquiátrico. Me llevó un año recordar cualquier cosa de mi vida en California y de ahí me diagnosticaron con Trastorno de Personalidad Múltiple (MPD, por sus siglas en inglés). Estaba empeorando y las voces me aconsejaban que lo terminara todo. Intenté suicidarme dos veces pero tuve la suerte de ser tratada por un interno que trabajó mucho para que yo mejorara y estudió mi caso. A esta altura, yo había desarrollado distintos nombres y acentos; sin embargo, el interno no pensó que fueran desarrollados por el MPD sino por un mecanismo de autodefensa para evitar que la gente de Anaheim me encontrara. Al final pude recordar el número de

télefono de un amigo quien decidió asumir total responsabilidad de mí una vez que le llamaron. Me dieron de alta con la condición de que me cuidara y tomara todos mis medicamentos.

Me pusieron en un programa del condado para que recuperara mi independencia (Proyecto Regreso) donde me llevó más de cinco años volver a ser independiente. Después de muchos años de no saber cuál era mi problema, me diagnosticaron con esquizofrenia y pude encontrar tratamientos, medicamentos y educación para este diagnóstico. Ya sintiéndome más sana, empecé a ayudar en un club social todos los sábados con la Asociación de Salud Mental (MHA, por sus siglas en inglés), luego fui

coordinadora del Proyecto Regreso por tres años y trabajé con 19 grupos sociales durante la semana. Me ofrecí como voluntaria para la

junta directiva en calidad de persona que vive con una enfermedad mental, y un año y medio después me ofrecieron un trabajo en la Asociación de Salud Mental.

Hace cinco años encontré a NAMI, que me enseñó la importancia de la educación y el auto-cuidado. Esta es la razón por la cual soy mentora del Programa Persona a Persona, presentadora en español del programa En Nuestra Propia Voz, y la razón por la cual completé el programa de Educación de Proveedores de NAMI. He luchado mucho toda mi vida, pero con dedicación y pasión uno puede lograr muchas cosas. Gracias a NAMI puedo compartir mi historia mientras educo a otros y ayudo a eliminar el estigma. Mi vida cambió con el apoyo y la ayuda de MHA y NAMI.

*He luchado mucho toda mi vida, pero con dedicación y pasión uno puede lograr muchas cosas.*

## Qué Podemos Aprender de la Investigación para Lograr el Bienestar y Evitar Desigualdades en Servicios de Salud Mental y Uso de Sustancias

POR MARGARITA ALEGRÍA, PH.D., DIRECTORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE SALUD MENTAL MULTICULTURAL



Margarita Alegría, Ph.D.

Durante los últimos cinco años el Centro de Investigación de Salud Mental Multicultural de la Alianza de Salud de Cambridge ha realizado una serie de estudios con resultados significativos sobre la salud mental y los latinos. Estos resultados han identificado información importante sobre acceso a tratamientos, influencias a nivel individual y familiar de patrones de trastornos de salud mental, y factores a nivel clínico que pueden ayudar o empeorar el acceso a atención de calidad. Este artículo resumirá los resultados de nuestra investigación, y ofrecerá algunas sugerencias para ayudar a individuos con enfermedades mentales y a profesionales de salud mental para que provean la mejor atención posible a los latinos con enfermedades mentales. Como directora de nuestro Centro, y como especialista e investigadora latina, estoy dedicada a tratar el tema de las desigualdades y a mejorar la calidad de estos servicios tan importantes.

### Resultados de la investigación

- Más de uno de cada tres latinos en Estados Unidos tendrá un trastorno mental durante su vida.
- Aproximadamente el 10 por ciento de los latinos tendrán ideas de suicidio en algún momento de sus vidas, principalmente durante la adolescencia.
- Los latinos que tienen enfermedades mentales o trastornos por uso de sustancias generalmente no reciben tratamiento. Por ejemplo, de los latinos con depresión durante el último año, 64 por ciento no tuvo acceso a ninguna atención, en comparación con 40 por ciento de blancos con depresión.
- Los latinos con trastornos psiquiátricos son menos propensos a tener empleo y más propensos a perder días de trabajo.
- Los latinos son muy diversos en términos de factores sociales y contextuales tales como niveles de ingreso económicos, educación y país de origen. También tienen distintos índices de trastornos mentales y uso de servicios.
- Las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental siguen siendo causa de preocupación en términos de igualdad y justicia para las poblaciones latinas.
- Los latinos tienen menos acceso a atención de salud mental y son menos propensos a recibir los servicios que necesitan. En algunos casos, reciben servicios que no satisfacen el nivel de sus necesidades.

- Una vez que los latinos reciben servicios de salud mental o abuso de sustancias, retenerlos en el tratamiento requiere un esfuerzo considerable.

Todos estos resultados enfatizan la importancia de alcanzar a los latinos que necesitan servicios de calidad para el tratamiento de trastornos mentales y abuso de sustancias.

### En busca de respuestas

¿Qué podemos hacer al respecto? Un área importante está relacionada con la familia.

Los conflictos culturales familiares son una conexión potencial a sentimientos de soledad y a la pérdida del sentido de pertenencia en las redes sociales de los latinos. El aumento de conflicto cultural familiar parece estar fuertemente asociado a un mayor riesgo de trastornos mentales. Nuestros resultados muestran que los lazos tradicionales de la familia tienden a debilitarse a medida que aumenta el número de años de residencia en los Estados Unidos. Al mismo tiempo, el conflicto familiar entre las generaciones tiende a aumentar. Esto es causa de preocupación porque ha sido asociado a un mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias.

Estos resultados hablan de la importancia de ayudar a las familias a tratar los ajustes culturales que pueden enfrentar a medida que se integran a la cultura de los Estados Unidos. Algunos latinos pueden experimentar una carga mayor debido a las responsabilidades adicionales de parientes más allá de la familia nuclear. Esta carga los puede poner a más alto riesgo de trastornos de depresión y ansiedad, por eso es importante lograr que los latinos se sientan apoyados mientras enfrentan

estas cargas y mientras hacen conexiones positivas con personas fuera de su familia, lo cual ayuda a reforzar la movilidad social y la interconexión.

La salud mental también puede mejorar al hablar acerca de la discriminación en base a raza o etnicidad. En el último año se ha demostrado que la exposición a discriminación está asociada a trastornos psiquiátricos entre los latinos. Esta situación aumenta a medida que los latinos pasan más tiempo en Estados Unidos.

## Cómo facilitar el acceso y la atención de salud mental

Aprender más sobre los indicios y síntomas de la salud mental y los problemas por el uso de sustancias es fundamental. Sólo con este conocimiento podrán los latinos tener acceso a fuentes formales e informales de atención de salud mental y abuso de sustancias cuando

lo necesiten. Identificar los problemas temprano es vital para evitar consecuencias más serias de estos problemas.

Sin embargo, es raro que los latinos lleguen a recibir o a buscar atención a menos que reconozcan sus problemas de salud mental y uso de sustancias y sientan que ya no pueden tratar con estos problemas sin ayuda. Muchos latinos posponen la búsqueda de atención hasta que el problema se vuelve crónico o les impide seguir viviendo normalmente. Muchos incluso se acostumbran a sus síntomas y no pueden recibir la atención necesaria hasta que la enfermedad está muy avanzada. Las redes sociales—como la familia y las fuentes de educación comunitaria—pueden ayudar y hacer saber a los latinos que recibir atención profesional temprana puede permitirles tratar la enfermedad en forma preventiva en lugar de hacerlo durante un episodio agudo.

Al mismo tiempo, obtener ayuda temprano puede aumentar las probabilidades de que se recuperen y eviten una recaída.

## Identificación de servicios

Identificar fuentes de atención de salud mental y uso de sustancias que sean buenas, confiables y de calidad puede ser muy difícil, especialmente para los latinos que sólo hablan español. Organizaciones comunitarias tales como NAMI, y otros grupos de auto-ayuda, apoyo y representación pueden ser una salvación en el caso de muchas personas con enfermedades mentales, sus familiares y amigos. Estos grupos pueden ser un puente para la detección temprana y también pueden ayudar a los familiares a sobrellevar el sufrimiento de sus seres queridos, y ayudar a los individuos con enfermedades mentales a recibir auto-ayuda, apoyo, información sobre la a veces confusa variedad de

*Las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental siguen siendo causa de preocupación en términos de igualdad y justicia para las poblaciones latinas.*

servicios de salud mental y de uso de sustancias e identificar una variedad de servicios y recursos que pueden ser difíciles de encontrar.

## Participar activamente en su tratamiento

Nuestros resultados también revelaron que los profesionales que trabajan bajo presión de tiempo e información incompleta sobre la persona enferma no hacen preguntas sobre los síntomas necesarios para hacer un diagnóstico acertado de salud mental o uso de sustancias— la decisión sobre los problemas principales del paciente. Por este motivo es importante que las personas con enfermedades mentales anoten sus síntomas, den prioridad a

los más serios y obtengan información por anticipado para poder entender indicios potenciales de su enfermedad. Esto también puede ayudar a informar al especialista sobre estos indicios.

Los latinos con enfermedades mentales pueden tener un papel central en su cuidado si hacen que el profesional de salud mental “tome conciencia” sobre las diferencias contextuales culturales y sociales. Por su parte, para lograr un diagnóstico más acertado, los proveedores de servicios de salud mental deben conocer las diferencias en los patrones de la enfermedad y la presentación de síntomas en los latinos. La cultura da forma a la expresión de los síntomas, su contenido, significado y configuraciones por eso puede ser necesario que los pacientes informen y trabajen con su especialista para ayudarlo a interpretar sus síntomas de salud mental y uso de sustancias.

También es importante que los latinos con enfermedades mentales les hagan saber a sus especialistas sus preferencias, y les hagan todas las preguntas que ellos

tengan. Si las personas no se preparan para las sesiones de salud mental o uso de sustancias, usar bien el tiempo con sus especialistas puede ser más difícil. Como consecuencia, pueden no saber exactamente qué esperar, o pueden estar disconformes con su tratamiento. Otros pueden darse cuenta de que quieren explorar distintas alternativas de tratamiento pero no saben qué alternativas hay disponibles. Por esta razón, es importante que las personas participen activamente en su tratamiento, no sólo deben estar informadas sino también ser capaces de negociar su propia agenda en los tratamientos de salud mental o uso de sustancias.

## Salud Mental Infantil

POR NICHOLAS CARSON, M.D., FRCPC



Nicholas Carson, M.D., FRCPC

En el mundo de la salud mental infantil hay buenas y malas noticias. Primero la mala noticia: las enfermedades mentales afectan a muchos jóvenes de todas las edades, y pueden interferir seriamente en la vida familiar y escolar. Para los padres de jóvenes con enfermedades mentales, esto no es una novedad, y el sufrimiento es demasiado real. La buena noticia es que los avances en el tratamiento de trastornos mentales en la niñez ofrecen esperanza a las familias.

*Por suerte hay buenas noticias en la investigación de salud mental en los niños. Ahora sabemos de tratamientos para la depresión, ansiedad, TDA/H, esquizofrenia, autismo y drogadicción en los jóvenes*

En cualquier momento aproximadamente uno de cada cinco jóvenes tendrá una enfermedad mental. Problemas comunes en los niños son el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD) y la ansiedad (obsesión compulsiva, miedos de separación, estrés post-traumático). A medida que los niños entran en la adolescencia, son vulnerables a la depresión, el trastorno bipolar (cambios de ánimo severos), la esquizofrenia (escuchan voces, tienen pensamientos extraños), el trastorno de conducta (conducta delincuente), y la drogadicción. A veces distintas

enfermedades mentales se expresan al mismo tiempo. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad pueden hacer a un niño irritable, retraído y que duerma mal; también puede causar dolores de cabeza o dolores de estómago que el pediatra no puede explicar. Por lo tanto, toda vez que un niño es diagnosticado con una enfermedad mental, es importante buscar una segunda enfermedad que puede estar escondida.

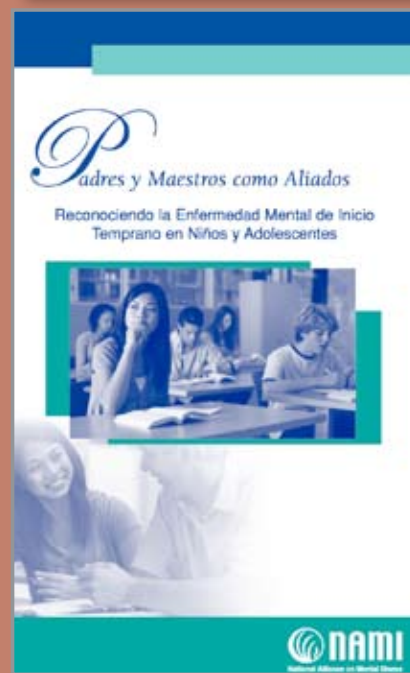
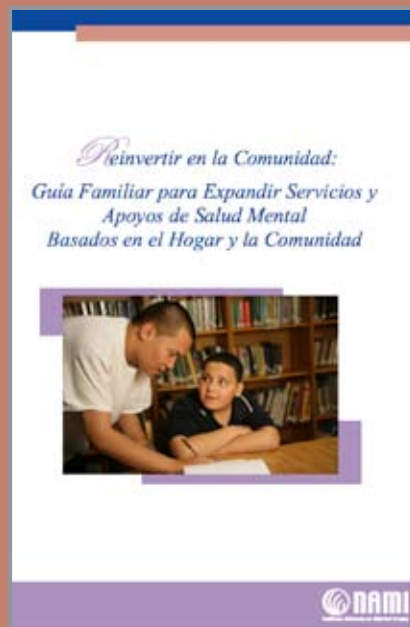
Diagnosticar acertadamente y tratar enfermedades mentales en los niños es difícil. Algunas personas cuestionan si es correcto darles medicamentos psiquiátricos a los niños. ¡Otras personas incluso piensan que las enfermedades psiquiátricas en los niños no existen! Estas son cosas importantes que se deben conversar con un pediatra, psiquiatra o psicólogo. La mayoría de los niños con enfermedades mentales no reciben el tratamiento que necesitan.

Esto es especialmente cierto entre los niños inmigrantes. Los jóvenes latinos, especialmente aquellos que han inmigrado de otro país, pueden tener más ansiedad y sentimientos suicidas que los niños que se

han criado en los Estados Unidos. Un resultado triste es que el suicidio sigue siendo una de las causas más comunes de muerte entre los jóvenes en los Estados Unidos, y es particularmente problemático entre los jóvenes latinos.

La manera en que los padres se sienten tiene un efecto enorme en cómo se sienten los niños. Por ejemplo, los padres que están deprimidos generalmente tienen niños que están deprimidos. Esto es en parte porque los niños pueden heredar un riesgo de enfermedad mental de sus padres y también porque la salud mental es influenciada por el ambiente, o la gente y los lugares que

Nuevos recursos disponibles del Centro de Acción de Niños y Adolescentes de NAMI



Para acceder estos recursos visite [www.nami.org/espanol](http://www.nami.org/espanol).

un niño experimenta. Otro ejemplo es que, en familias inmigrantes, los padres que sufren por mudarse a un país nuevo pueden tener hijos que también sufren. El trauma es una influencia especialmente importante en la salud

*Mental Infantil continúa en la página 13*

## Reforma de Salud en Massachussets: ¿Cómo está afectando a individuos con trastornos de salud mental?

POR NORAH MULVANEY-DAY, PH.D.



Norah Mulvaney-Day, Ph.D.

En abril de 2006, Massachussets adoptó una reforma de salud que requiere que todos los residentes de ese estado tengan seguro médico. Los adultos en Massachussets que no obtengan seguro médico deben pagar una multa impositiva. Para aquellos individuos que no pueden recibir seguro auspiciado por un empleador, que no reúnen los requisitos para Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público de seguro, y que ganan no más del 300 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), el estado ha creado Commonwealth Care (CC), un programa de seguro médico subsidiado. El costo de la cobertura de seguro provista por CC varía según el nivel de ingresos. Los adultos pueden estar completamente subsidiados y recibir seguro médico integral con copagos mínimos, o recibir primas de seguro sustanciales pero tener que hacer copagos por atención médica y recetas en una escala móvil.

Hasta ahora hay poca información disponible sobre el impacto de la reforma de salud en individuos con trastornos de salud mental. Para muchos que antes recibían atención de salud mental a través de Free Care (Atención Gratuita) en establecimientos de la red de seguridad o centros comunitarios de salud mental, esta amplia disponibilidad de seguro médico accesible y subsidiado

debería facilitar el acceso a atención y tratamientos. Sin embargo, defensores de la salud mental están preocupados por algunos componentes de la ley. Por ejemplo, en la primera versión de la ley, los servicios de salud mental y abuso de sustancias fueron tratados como visitas especializadas. Defensores de la salud mental se opusieron a esta disposición, y desde entonces esta regla cambió, haciendo los copagos para las visitas externas de salud mental igual a aquellas visitas de atención general. Otras preocupaciones sobre copagos todavía persisten, particularmente el alto costo de las recetas de medicamentos fuera del plan. Dado que las personas con enfermedades mentales pueden no tolerar medicamentos genéricos y/o pueden necesitar experimentar con distintos medicamentos antes de encontrar el que da resultado, para algunos los costos de copago pueden ser muy altos.

Sobre el efecto de la reforma en los latinos con trastornos mentales se sabe aún menos. Entre los años 2006 y 2007, durante el primer año de la reforma de salud, el índice de personas sin seguro médico entre los latinos en Massachussets bajó de 13.3% a 10.2%. Sin embargo, este índice todavía estaba muy por encima del índice para los blancos no latinos, que es 4.6%. En el Centro Multicultural de Investigaciones de Salud Mental, hemos estado realizando un estudio siguiendo la experiencia de reforma de salud de 66 individuos de minorías raciales y étnicas que habían recibido servicios de salud mental a través de Free Care (Atención Gratuita) antes de la reforma de salud. En el primer seguimiento, la mitad de la muestra había cambiado de Free Care a otro mecanismo de pago. De los que dejaron Free Care, aproximadamente un tercio dijo que tuvo dificultades con la transición del seguro y debió disminuir los servicios

de salud mental sin querer hacerlo. Las complicaciones para individuos con enfermedades mentales incluyeron dificultad para hacer los copagos para medicamentos, dificultad para pagar los servicios de salud mental en aquellas personas con problemas paralelos de salud física, y brechas en la cobertura por no entender completamente los requisitos de elegibilidad. La carga de tener que efectuar múltiples copagos de CC o pagar de su bolsillo durante brechas en la cobertura llevó a muchos individuos a tomar la decisión personal de reducir las consultas y los medicamentos de salud mental.

Los resultados preliminares de nuestro primer análisis del estudio han ofrecido importante información para que los legisladores consideren a medida que la reforma de salud se expande a otros estados. Nuestros resultados indican que la capacidad de hablar inglés puede ser un factor importante en la capacidad de navegar el sistema de seguro en tiempos de transición. Además, la disminución de fondos para servicios de la red de seguridad puede tener un impacto negativo en individuos con trastornos de salud mental que experimentan una “brecha de cobertura” inesperadamente a causa de la pérdida de trabajo o por complicaciones administrativas con su seguro subsidiado (por ejemplo, perder un copago de prima).

Para asegurar continuidad de servicios y tratamientos en esta población, es necesario diseminar la información sobre los programas disponibles en la red de seguridad y adoptar medidas apropiadas para eliminar las brechas. El análisis del efecto general de la reforma de salud se debe estratificar por raza/etnicidad, y por enfermedad, para generar objetivos de políticas que mantengan la calidad de atención de salud mental para los latinos durante el proceso de reforma de salud.

## NAMI Evalúa los Sistemas Estatales y Nacionales de Salud Mental: Calificación de los Estados, 2009

NAMI publicó su primer informe de *Calificación de los Estados* en 2006, ofreciendo la evaluación comparativa más integral de los sistemas estatales de salud mental que ofrecen servicios a adultos con enfermedades mentales severas. El informe se realizó como base para medir el progreso futuro de los servicios estatales de atención de salud mental. Como sucesor de este informe, la *Calificación de los Estados 2009* sirve como evaluación del progreso logrado —o la falta de tal progreso— en los sistemas de salud mental de toda la nación durante los últimos tres años.

La *Calificación de los Estados 2009* indica que cuatro estados han mejorado sus notas desde el informe de 2006, 12 estados han retrocedido y tres años después de calificar al sistema de salud mental de la nación con una D, la nota nacional sigue siendo D. Independientemente de cómo se lo mida, una calificación D es muy pobre. El progreso, donde lo haya habido, ha sido muy limitado. NAMI concluye otra vez que la atención de salud mental en Estados Unidos está en crisis.

La evaluación 2009 de los sistemas públicos estatales de salud mental muestra qué servicios están proveyendo los estados y cuán efectivamente se están proveyendo tales servicios. Al medir varios componentes del sistema de salud mental, NAMI pudo concentrarse en las características que componen un sistema de salud mental de alta calidad —un sistema que es: integral; integrado; adecuadamente financiado; concentrado en el bienestar y la recuperación; centrado en las personas con enfermedades mentales y motivado por personas con enfermedades mentales y familias; estructurado con buen personal y entrenamiento y transparente y responsable.



La *Calificación de los Estados 2009* identifica la competencia cultural como uno de los “10 pilares de un sistema estatal de salud mental de alta calidad”, declarando que “los sistemas de salud mental deben ser sensibles y responder a las circunstancias culturales únicas de la persona, incluyendo raza y etnicidad, origen nacional, ascendencia, religión, edad, sexo, orientación sexual, discapacidades físicas y valores y costumbres familiares o comunitarias específicas”. Entre los resultados principales de la *Calificación de los Estados 2009*: los estados no se están asegurando de que los servicios que proveen sean culturalmente competentes.

### Síntesis de la Calificación de los Estados 2009 — estado-por-estado

- Solamente cinco estados—Arizona, California, Connecticut, Hawaii y Massachusetts— recibieron la nota más alta posible en competencia cultural (tres de tres puntos posibles). Estos estados tienen planes y actividades de competencia cultural ejemplar, pueden proveer evidencia significativa de que están implementando iniciativas de competencia cultural, y demuestran un progreso significativo en estas iniciativas.
- Treinta y seis estados tienen notas en competencia cultural que están por debajo del esfuerzo promedio, reflejando sólo “esfuerzo parcial” (un punto) o “poco o nada de esfuerzo” (cero puntos) para desarrollar competencia cultural. Estos estados han desarrollado planes de competencia cultural y desigualdades por debajo del estándar, no han progresado mucho con esos planes, o no han desarrollado tales planes.

Además de la evaluación de cada estado, la Calificación de los Estados 2009 identifica recomendaciones específicas para que el sistema público de salud mental de la nación logre máxima eficiencia y efectividad:

### 1. Aumentar los fondos para servicios de atención de salud mental.

La mayoría de los estados están experimentando limitaciones presupuestarias significativas, lo cual hace difícil el argumento para obtener mayor financiación. Sin embargo, está bien documentado que la falta de servicios y apoyos adecuados de salud mental aumenta los costos de otros sistemas, tales como el de correcciones, las salas de emergencia, y los programas de asistencia pública.

La reciente ley de estímulo económico proveerá a los estados ayuda federal muy necesaria para financiar Medicaid.

Además, algunos estados han encontrado formas innovadoras de generar nuevos recursos para servicios de salud mental, tales como reasignación de recursos, impuestos dedicados como los impuestos de venta, fondos de inversiones de salud mental, y otras. El informe ofrece ejemplos específicos de estas innovaciones.

### 2. Mejorar la recolección de datos, medición de resultados y responsabilidad.

Mejorar la recolección de datos y la medición de resultados es esencial para argumentar la necesidad de más fondos. La recolección de datos debe ser estandarizada, con mayor uso de tecnología de información electrónica de salud. Además, el gobierno federal, en particular la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés), debería ejercer un

liderazgo más fuerte para desarrollar mediciones significativas de resultados y hacer cumplir la recolección de datos por parte de las agencias estatales de salud mental, que reciben fondos federales.

### 3. Integrar la atención de salud física y mental.

Los estudios documentan que las personas que viven con enfermedades mentales serias en promedio mueren 25 años antes que el resto de la población y tienen un riesgo más alto de problemas médicos serios. Si bien algunos estados han iniciado proyectos para integrar mejor la atención de salud física y mental, la coordinación entre los sistemas de salud primaria y salud mental en general es muy pobre. Se deben

*El progreso, donde lo haya habido, ha sido muy limitado. NAMI concluye otra vez que la atención de salud mental en Estados Unidos está en crisis.*

implementar pasos positivos para ubicar a proveedores de salud física y mental en los mismos centros de salud mental y centros comunitarios de salud, ofrecer pruebas continuas de detección de diabetes e hipertensión, y usar más programas de salud y bienestar, y para dejar de fumar.

### 4. Promover la recuperación y el respeto.

Las personas con enfermedades mentales generalmente tienen experiencias negativas con el sistema de tratamiento, incluyendo tratamiento irrespetuoso y abusivo, victimización, o servicios que no tienen en consideración el idioma o el perfil cultural de una persona. En algunos establecimientos de tratamiento psiquiátrico, todavía abundan las violaciones de derechos civiles. El uso de personas con enfermedades mentales como consejeros y especialistas es una

práctica prometedora que se debería implementar más. Además, los estados deben dar prioridad a la provisión de servicios que sean lingüística y culturalmente competentes. Finalmente, se deben dirigir recursos adecuados a agencias federales como el Departamento Federal de Justicia, que tienen la función de investigar violaciones de derechos civiles y hacer cumplir protecciones de derechos civiles en establecimientos residenciales de tratamiento.

### 5. Aumentar servicios a las personas con enfermedades mentales serias que están en más alto riesgo.

Hay una falta significativa de servicios de estabilización de crisis y de camas en establecimientos de atención

psiquiátrica intensiva para las personas más vulnerables, incluyendo aquellas cuyos síntomas les impiden reconocer que necesitan tratamiento. La

exclusión de las Instituciones Federales de Medicaid para Enfermedades Mentales (IMD, por sus siglas en inglés) es un obstáculo para tener acceso a tratamientos residenciales y volver a dirigir recursos a servicios comunitarios, y debe ser eliminada. Además, los estados deberían implementar una gama completa de estrategias para mejorar el cumplimiento de tratamientos, incluyendo programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT, por sus siglas en inglés), apoyo entre personas con enfermedades mentales, instrucciones anticipadas para tratamiento psiquiátrico, estrategias motivadoras como el programa LEAP, y tratamiento externo asistido (AOT, por sus siglas en inglés).

NAMI espera que a través de la evaluación integral de cada estado y

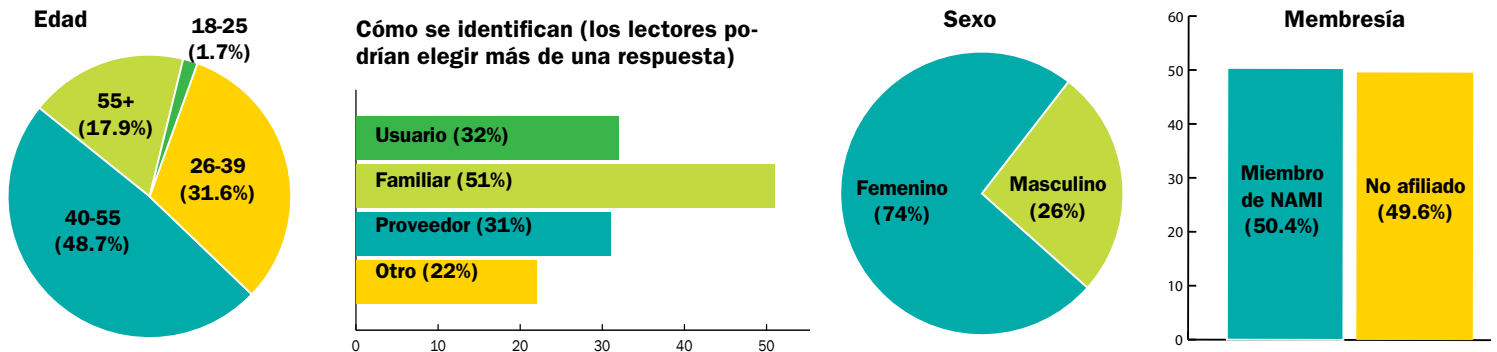
## Resultados de la Encuesta de Lectores de ¡Avanzamos!

En nuestro último número, les pedimos a nuestros lectores que nos envíen sus opiniones y comentarios sobre esta publicación para que podamos determinar cuan bien estamos respondiendo a sus necesidades. Estamos muy contentos con las respuestas abrumadoramente positivas y los sinceros comentarios que recibimos de ustedes y les agradecemos a todos los que se

tomaron el tiempo para contestar nuestras preguntas.

Los resultados de la encuesta nos permiten saber más sobre ustedes y lo que ustedes piensan sobre aspectos específicos de esta publicación. La siguiente es una síntesis de las respuestas:

### Acerca de nuestros lectores



### Cómo evalúa ciertos componentes de Avanzamos

	Excelente	Bueno	No opino	Regular	Pobre
<b>Apariencia/ formato</b>	57.1%	36.4%	6.5%	–	–
<b>Facilidad de la lectura</b>	56.6%	35.5%	3.9%	3.9%	–
<b>Relevancia de los artículos</b>	62.3%	32.5%	3.9%	1.3%	–
<b>Calidad de la escritura</b>	50%	39.2%	9.5%	1.4%	–

### Ejemplos de lo que le gusta más de Avanzamos

“Información actualizada sobre las enfermedades mentales y los avances científicos.”

“Dan mucha información importante sobre salud mental, y cómo podemos ayudar a nuestra familia.”

“Me gustan los testimonios que comparten con los usuarios.”

### Ejemplos de temas propuestos para futuras ediciones

- Historias exitosas de rehabilitación e información sobre tratamientos alternativos y naturales
- Profesionales bilingües y vocaciones en salud mental
- Arte y salud mental
- Doble diagnóstico
- Cómo influenciar a los legisladores

Agradecemos sus comentarios y sugerencias, los cuales tomaremos en consideración en las próximas ediciones. Comuníquese con nosotros a [MACenter@nami.org](mailto:MACenter@nami.org) si desea compartir más información o si tiene una historia personal que quiera compartir.

## Centro de Investigación de la página 3

hispanos y afro-americanos que a la población blanca, señalando la necesidad de iniciativas de política pública para mejorar los servicios en estos grupos minoritarios.

Estos estudios surgen de trabajo metodológico que intenta crear y comparar métodos innovadores para implementar la definición de desigualdades en atención médica del Informe 2002 del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés), Tratamiento Desigual. Este informe histórico sintetizó años de descubrimientos de desigualdades de atención médica entre minorías raciales/étnicas en Estados Unidos, y resumió los mecanismos potenciales de esas desigualdades. Además, el panel del IOM, definió desigualdades como todas las diferencias entre grupos raciales y étnicos excepto aquellas que se deben

a necesidad o preferencias. Lograr consenso en la definición de desigualdades fue importante porque estudios previos habían usado varias definiciones de desigualdades y métodos de medición. Por otro lado, la definición es difícil de implementar porque requiere del ajuste de algunas variables tales como status de salud y preferencias de atención, mientras que permite que otras diferencias tales como aquellas causadas por características socioeconómicas se incluyan en los cálculos de desigualdades.

Además de los proyectos actuales de investigación, estamos entrenando y asesorando a un nuevo grupo de investigadores jóvenes y candidatos doctorales interesados en el tema que están dedicados a lograr igualdad racial y étnica en la atención médica y de salud mental. Tenemos conexiones

sólidas con colegios de postgrado en las universidades de Harvard y Brandeis, y compartimos responsabilidades de asesoramiento de investigadores postdoctorales e instructores y profesores jóvenes con la Escuela de Medicina de Dartmouth y la Fundación Robert Wood Johnson.

En síntesis, los investigadores de CMMHR, en colaboración con socios de todo el país, están dedicados a realizar investigaciones diseñadas para eliminar las desigualdades raciales y étnicas en la atención médica y de salud mental. Recibimos con agrado colaboraciones con investigadores en la materia como así también sociedades con agencias comunitarias, de defensa y gubernamentales mientras nos concentramos en la creación de un enfoque multidisciplinario y multifacético para eliminar desigualdades.

## Mental Infantil de la página 8

mental de los niños, incluyendo jóvenes inmigrantes. La exposición a violencia, pobreza y discriminación puede ser perturbadora para los niños y puede llevar a dificultades futuras de conducta, tristeza y preocupación.

Por suerte hay buenas noticias en la investigación de salud mental en los niños. Ahora sabemos de tratamientos para la depresión, ansiedad, TDA/H, esquizofrenia, autismo y drogadicción en los jóvenes y parece que la mayoría de las veces el mejor tratamiento es una combinación de medicamentos y psicoterapia. Medicamentos tales como antidepresivos y estimulantes se han usado por años en los niños. Bajo el control de un médico o enfermero, éstos pueden ser bastante seguros y tener pocos efectos secundarios. La psicoterapia, también llamada “terapia de conversación”, puede ser muy efectiva para enseñar técnicas importantes para la recuperación, especialmente

cuando los padres están involucrados. Algunos estudios han mostrado que la psicoterapia es especialmente positiva para reducir pensamientos de suicidio. Y no hay que olvidarse de la escuela: es importante que los padres pidan una evaluación académica cuando un niño es diagnosticado con una enfermedad mental. Algunos problemas de bajo desempeño escolar se pueden explicar con una enfermedad mental no descubierta o un problema de aprendizaje. Los padres tienen el derecho de pedir esta evaluación, y todos los niños tienen derecho a una educación gratuita y apropiada bajo la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades. Su pediatra es una buena persona para consultar y a quien pedir ayuda.

Para mayor información visite: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/CA-0004/default.asp>.

## Estados de la página 11

las detalladas recomendaciones, la *Calificación de los Estados 2009* lleve a que los gobernadores, legisladores, directores de agencias y otros líderes finalmente hagan lo que se necesita hacer para avanzar nuestros sistemas públicos de salud mental. El Director Ejecutivo de NAMI Nacional, Michael J. Fitzpatrick, dice: “El desafío para nuestros líderes en todo el país es encontrar la visión, la voluntad política, y los fondos para mantenerse firmes; permitir que los sistemas estatales de salud mental sigan avanzando y crear consenso para el cambio. Para NAMI, cambio quiere decir sistemas de atención de salud mental que sean accesibles, flexibles y que promuevan continuidad de atención, pagando sólo los servicios que funcionan”.

Para leer el informe completo en inglés, o para ver el boletín de notas de su estado, visite [ww.nami.org/grades2009](http://ww.nami.org/grades2009).

# The Center for Multicultural Mental Health Research

BY BENJAMIN COOK, PH.D., M.P.H.

The Center for Multicultural Mental Health Research is committed to identifying and reducing racial and ethnic disparities in health care and mental health care, embarking on a number of projects to measure and understand these disparities to inform disparity-reducing interventions.

Margarita Alegria, Ph.D., and Julia Lin from the Center, Xiao-Li Meng from Harvard University, and other Center collaborators have submitted a paper that measures disparities in depression treatment among non-Latino whites, Latinos, Asians, and African Americans.

Preliminary findings show that disparities exist among all these groups, after adjusting for need for these services. This study uses data from the National Latino and Asian American Survey, a nationally representative study of mental health, mental health services, demographics, and risk factors of mental illness.

Two recently published papers measure trends in disparities:

**Measuring Trends in Racial/Ethnic Disparities in Healthcare** by Benjamin Cook, Tom McGuire, and Sam Zuvekas, published in the February 2009 issue of *Medical Care Research and Review*:

- Found that Latino-White disparities worsened and African American-White disparities were roughly constant between 1996 and 2005.
- After adjusting for health status and other measures of need for services, African American and Latino populations, in both time periods, were significantly less likely to have a doctor visit in the last year, and

fewer health care resources were spent on these minority populations in comparison to Whites.

- In the case of medical expenditure, the Latino-White gap has almost doubled since 1996.

**Measuring Trends in Mental Healthcare Disparities** by Benjamin Cook, Tom McGuire, and Jeanne Miranda, published in the December 2007 issue of *Psychiatric Services*:

- Found that African American-White and Hispanic-White disparities in any use of mental health care worsened from 2000 to 2004.



- When looking at mental health expenditures, the authors found that Hispanic-White expenditure disparities were significant and worsened between 2000 and 2004.

• The authors conclude that the mental health care system continues to provide less care to African Americans and Hispanics than to Whites, suggesting the need for policy initiatives to improve services for these minority groups.

These papers build on methodological work striving to create and compare innovative methods of implementing the Institute of Medicine (IOM) definition of health care disparities as set out in the 2002 IOM Report, *Unequal Treatment*. This landmark report synthesized years of findings of health care disparities among racial/ethnic minorities in the United States and summarized the potential mechanisms of these disparities. In addition, the IOM panel, convened specifically for this report,



Benjamin Cook, Ph.D., M.P.H.

defined disparities as all differences between racial and ethnic groups except those due to need and preferences.

Coming to a consensus about the definition of disparities was important to the field because previous studies had used various definitions of disparities and methods of measurement. On the other hand, the definition is difficult to implement because it calls for the adjustment of some variables such as health status and preferences for care, while allowing other differences such as those due to socioeconomic characteristics to be included in disparity calculations. That is, if members of a minority group receive less care than non-Latino Whites because they are younger and healthier, these differences should not be counted. If the members of the minority group receive less care because they have less income, and individuals with lower income receive poorer quality of healthcare, than this difference should be counted as part of the disparity.

In addition to current research projects, we are training and mentoring a new team of junior researchers and doctoral candidates interested in the field who are committed to achieving racial and ethnic

*CMMHR continues on page 23*

## My Story

BY DANIEL JIMENEZ, PH.D.

When I told my parents that I wanted to become a psychologist, they pictured me setting up a private practice and discussing patients' problems while these patients were lying on a couch. They saw me as the Latino version of Sigmund Freud. That perception never became reality because I decided that my career lay in research, not in private practice. As a researcher, I felt that I could have an effect on many more people's lives. I had to make a lot of decisions about the type of research I wanted to do and the patient population with whom I wanted to work. Ultimately, I decided to give back to the community that helped me get to where I am today.

I am the son of two immigrants who emigrated from Cuba to escape oppression in the hope of making a new and better life for themselves and their children. I grew up hearing the stories of hardship and the experiences of being an immigrant.

Those stories were fascinating to me. I was amazed to hear how my parents and other immigrants persevered in the face of

great adversity. I realized that those generations that came before me have much wisdom and knowledge that could benefit younger generations. From an early age, I made up my mind to give back to those older Latinos who are in a situation similar to what my parents and grandparents experienced so many years ago. These early experiences helped shape the work I do today. I believe my work is helping the elderly achieve a high quality of life and become active contributing members of society.

I am currently a postdoctoral fellow in geriatric mental health services research. Along the way, I have received tremendous support in pursuing my goals and establishing my career. In graduate school, my adviser taught me the fundamentals of research and really helped me shape my career goals. I then went to Dartmouth University, mainly because my wife accepted a fellowship there. As a fellow, I have had the chance to spread my wings, to ask the questions that are important to me. With guidance, I have begun to develop a track record in the area of elderly Latino health disparities.

My mentor, Steve Bartels, understands the importance of doing work with elderly Latinos and introduced me to my co-mentor, Margarita Alegría, Ph.D., in Boston. I now split my time between Dartmouth and Boston. At times this relationship has been difficult. The

*I grew up hearing the stories of hardship and the experiences of being an immigrant...I realized that those generations that came before me have much wisdom and knowledge that could benefit younger generations.*

two-hour commute by bus is rough, and when a winter storm hits, the day becomes even longer. Despite this difficulty, the work has been worthwhile. Steve and Maggie have been incredibly supportive, and their areas of expertise are complementary: Steve mentors me on issues surrounding geriatric mental health services and Maggie mentors me on Latino health disparities. Above all, the knowledge that the work I am doing has the potential to positively impact the lives of hundreds—maybe even



Daniel Jimenez, Ph.D.

thousands—of older Latinos outweighs the occasional hardships.

With the population of the United States growing older and more diverse, now

is a perfect time for researchers interested in a career in multicultural mental health. There are opportunities to

carve out a unique niche and do exciting new research. We are on the forefront of understanding the role culture plays in mental health.

## My Road to Recovery

BY MINNIE LUCAS, IN OUR OWN VOICE SPANISH PRESENTER/TRAINER AND PEER-TO-PEER MENTOR

I was born in Monrovia, California. Two weeks before my fifth birthday, my father died in a bus accident. After my father's death, my mother had very difficult economic problems. She worked two shifts just to make ends meet. On the advice of our Aunt Lupe, my siblings and I were placed in my grandmother's care. I visited my mother during the weekends and holidays.

I began to hear voices during my junior high school years. I also had imaginary friends who disliked playing with my brothers and sisters, so I was always alone and sad.

My imaginary friends and I made it to high school. I began to hear more and more voices. Somehow I made it through high school and with a scholarship and financial aid I started college.

My voices got worse in college, and I began to see people in different colors. I knew the people I saw in green were out to get me, kill me, or hurt me. In my head I knew that all evil was stationed in Anaheim, California. As a result, I dropped out of college and moved to Arizona.

I got a job in the Palo Verde Nuclear Plant in Wintersburg, Arizona, working in the payroll department. I loved my job and was far away from Anaheim. After receiving the Employee of the Month award more than six times and making Employee of the Year, I was awarded a trip to the happiest place on earth: Disneyland, in California. I knew then that the people in Anaheim had found me. I decided to leave my car in



Minnie Lucas giving an *In Our Own Voice* presentation

the parking lot at work, all my family pictures at my office, and my apartment.

That same day, I hitched to Louisiana and found myself in a small convent of Mother Theresa. All was well, until I was asked to attend a convention with the nuns in Anaheim. I had been found, I thought. The Anaheim people had found me.

That night I ran away from the convent and hitched to Florida. I was living in the streets for

a week and was arrested by the Florida police due to indecent exposure. I was bitten, robbed, attacked, and abused. I don't have any recollection of this.

I was placed in a psychiatric ward in Miami. It took a year for me to remember anything about my life in California. I was diagnosed with Multiple Personality Disorder (MPD). I was getting worse and the voices advised me to end it. I attempted suicide twice. I was fortunate to have been treated by an intern who tried very hard to get me well and studied my case. By this time I had developed different names and accents;

however, the intern did not think they were developed from MPD but from a self-defense mechanism to keep the Anaheim people from finding me. I was able to remember a friend's phone number. They contacted this friend and he took full responsibility for me. I was released under the conditions that I

took good care of myself and took all my medications.

I was placed in a county program (Project Return) to become independent again—a process that took more than five years. After many years of not knowing what was wrong with me, I was diagnosed with schizophrenia. I was able to find treatments, medications, and education for this diagnosis. Feeling healthier, I began helping at a social club every Saturday with the Mental Health Association (MHA). I also became the Project Return liaison for three years and ran 19 social groups during the week. I volunteered as a consumer board member and a year and half later, I was offered a job at MHA.

Five years ago I found NAMI. This organization taught me the importance of education and self-care. This is the reason I am a Peer-to-Peer Mentor and a Spanish *In Our Own Voice* Presenter, and have completed NAMI's Provider Education program. I have struggled tremendously in my life, but with dedication and passion, I have achieved many things. Thanks to NAMI, I'm able to share my story while educating others and helping eliminate stigma.

*I have struggled tremendously in my life, but with dedication and passion, I have achieved many things.*

# What We Can Learn from Research to Achieve Wellness and Avoid Disparities in Mental Health and Substance Use Services

BY MARGARITA ALEGRÍA, PH.D., DIRECTOR, CENTER FOR MULTICULTURAL HEALTH RESEARCH



Margarita Alegría, Ph.D.

During the past five years the Center for Multicultural Mental Health Research (the Center) at the Cambridge Health Alliance has conducted a series of studies showing significant findings about Latinos and mental health. These findings have identified important information related to access to care, family and individual influences on patterns of mental health disorders, and clinical factors that could help or hinder access to quality care. This article will summarize our research findings, and offer some suggestions to help people with mental illness and assist mental health providers in providing the best possible care to Latinos with mental illness. As director of our Center, and a Latina clinician and researcher, I am committed to efforts to address disparities and improve the quality of these important services.

## Research Findings

- More than one in every three Latinos in the United States will experience a mental health disorder during their lives.
- Approximately 10 percent of Latinos will have thoughts about suicide at some point in their lives, mostly during adolescence.
- Latinos who experience mental health and substance use disorders will mostly go untreated. For example, among Latinos with depression in the last year, 64 percent did not access any care, as compared to 40 percent of Whites with depression.
- Latinos with psychiatric disorders are less likely to be employed and more likely to have work absences.
- Latinos are very diverse in terms of social and contextual factors such as income, education, and countries of origin.
- Latinos have differing rates of mental health disorders and use of services.
- Disparities in access to mental health services continue to be a cause for concern in terms of equity and fairness for Latino populations.
- Latinos have less access to mental health care and are less likely to receive needed services. In some cases, they obtain services poorly matched to their needs.
- Once Latinos enter mental health or substance abuse services, it takes considerable effort to retain them in care.

All of these findings emphasize the importance of outreach to Latinos who need quality mental health and substance use services.

## Addressing the Situation

What can we do about it? One important area is related to the family. Family cultural conflict is a potential link to Latinos' feelings of loneliness and decreased sense of belonging in social networks. Increased family cultural conflict appears strongly associated with augmented risk for mental disorders. Our findings illustrate that traditional family bonds tend to weaken with increased number of years in the United States, and family conflict between generations tends to increase. This has been associated with increased risk for substance use disorders.

These findings suggest the importance of helping families cope with the cultural adjustments that may challenge them as they are integrating into the United States. Some Latinos may experience an added burden from the responsibilities of an extended family. This burden could put them at higher risk for depressive and anxiety disorders. It is important to help Latinos feel supported in addressing these burdens and making positive connections with people outside of their family, which bolster social mobility and interconnection.

Mental health outcomes can also be improved by addressing exposure to discrimination based on race or ethnicity, which has been positively linked with psychiatric disorders among Latinos in the past year. This situation increases as

Latinos spend more time in the United States.

## Facilitating Access to Mental Health Care

Learning more about the signs and symptoms of mental health and substance use problems is crucial. Only with this knowledge can Latinos access formal and informal sources of mental health and substance use care when they are in need. Identifying problems early is vital to avoid the more serious consequences of these problems.

However, Latinos rarely access needed care unless they recognize their mental health and substance use problems and feel they no longer can deal with these problems on their own. Many Latinos postpone seeking care until the problem becomes chronic and impairing. In fact, many get used to their symptoms and are unable to receive needed care until the illness is far advanced. Social networks such as family and community education resources can help by educating Latinos that early professional care may enable them to receive treatment before the illness is debilitating rather than during an acute episode. Getting help early could also improve the chances that they will recover and prevent relapse.

## Identification of Services

Identifying reliable, quality sources of mental health or substance use care can be very hard, particularly for Spanish-speaking Latinos. Grassroots organizations such as NAMI and other self-help, support, and advocacy

organizations can be life saving for people with mental illness and their families and friends. These organizations can be a bridge to early detection and referral. They can help family members cope with their loved ones experiencing mental illness or substance abuse disorders, and they can assist consumers in obtaining support and information to navigate the sometimes confusing variety of mental health and substance use services. They can also identify a variety of services and resources that may be otherwise difficult to find.

*Disparities in access to mental health services continue to be a cause for concern in terms of equity and fairness for Latino populations.*

## Leading Your Treatment

Our findings have also revealed that health care providers working under time pressure with incomplete information about the individual might fail to ask questions about symptoms that are necessary to make an accurate mental health or substance use diagnosis—the decision about the person’s main problems. It is helpful for people with mental illness to write down their symptoms, prioritize the most serious ones, and get information in advance to understand potential signs of their illness. This can also help individuals inform their health care providers about these signs.

Latinos with mental illness can have a central role in their care by informing health care providers about cultural and

socio contextual differences. Health care providers themselves must be aware of patterns of disease and symptom presentation for Latinos in order to improve accuracy of diagnosis. Culture shapes the expression of symptoms, and their content, meaning, and configurations. It may be necessary for individuals to both report symptoms and work with health care providers to help interpret them.

Latinos with mental illness should communicate freely with their health care providers, disclosing treatment preferences and asking questions. If people do not prepare well for mental health or substance use supportive sessions, these times with their health care providers may be less productive than they could be.

Individuals may leave unclear about what to expect, become dissatisfied with their care, or find that they want to explore different alternatives to care but do not know what is accessible. For this reason, it is helpful for Individuals to become active participants in their care by being informed and able to discuss personal preferences in their treatment plan.

## Children's Mental Health

BY NICHOLAS CARSON, M.D., FRCPC



Nicholas Carson, M.D., FRCPC

There is good news and bad news in the world of children's mental health. First, the bad news: mental illness affects many youth of all ages and can seriously interfere with family and school life. For parents and guardians of youth with mental illness, this is not news, and the struggle to cope with mental illness is all too real. The good news is that advances in the treatment of childhood mental disorders can give families hope.

At any given time about one in five youth will have a mental illness (diagnosable mental illness or addictive disorder that causes at least minimal impairment). Common problems for

behavior), and drug abuse. Different mental illnesses often overlap each other. For example, both anxiety and depression might cause a child to be irritable and withdrawn, and sleep poorly. The child may have headaches or stomachaches the pediatrician cannot explain. Therefore, whenever a child is diagnosed with a mental illness, it is important to look for a second one lurking in the background.

It is difficult to properly diagnose and treat childhood mental illness. Critics question whether it is right to give psychiatric medications to children. Skeptics think that mental illness in children does not exist. These are important issues that should be discussed with a pediatrician, psychiatrist, or psychologist.

Most children with mental illness do not receive the treatment they need. This is especially true for children of color, including immigrant children. Latino youth—especially those who have emigrated from another country—may experience more anxiety and suicidal

*Fortunately, research in child mental health is delivering good news.*

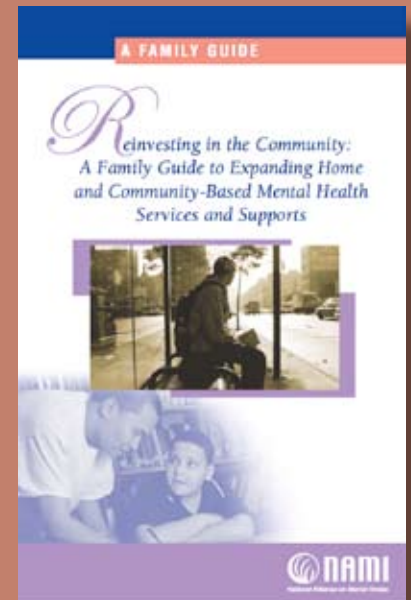
*We now know effective treatments for depression, anxiety, ADHD, schizophrenia, and drug abuse in youth.*

young children are Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and anxiety (obsessive-compulsiveness, separation fears, post-traumatic stress). As children enter the teenage years or, in some cases, at even earlier ages, they are vulnerable to depression, bipolar disorder (severe mood swings), schizophrenia (hearing voices, bizarre thinking), conduct disorder (delinquent

feelings than children who grew up in the United States. A sad result is that suicide remains one of the most common causes of death among youth in the United States and is particularly problematic among Latino youth.

Parents' feelings have an enormous effect on how their children feel. For example, children whose parents are depressed are at a higher risk for experiencing

A New Resource from the Children and Adolescent Action Center



To access this and other resources visit [www.nami.org/caac](http://www.nami.org/caac)

depression themselves. This is in part because children can inherit a risk for mental illness from their parents. It is also because mental health is influenced by the people and places a child experiences. In immigrant families, children whose parents are distressed by moving to a new country may also be distressed themselves. Trauma is an especially important influence on the mental health of children, including immigrant youth. Exposure to violence, poverty, and discrimination can be disturbing for children and lead to future difficulties with behavior, sadness, and worry.

Fortunately, research in child mental health is delivering good news. We now know effective treatments for depression, anxiety, ADHD, schizophrenia, autism, and drug abuse in youth. Most of the

*Children continues on page 23*

## Health Reform in Massachusetts: How Is It Affecting Individuals with Mental Health Disorders?

BY NORAH MULVANEY-DAY, PH.D.



Norah Mulvaney-Day, Ph.D.

In April 2006, Massachusetts adopted a health care reform which requires health insurance for all Massachusetts residents. Adults in Massachusetts who do not obtain health insurance must pay a tax penalty. Individuals who cannot receive employer-sponsored insurance, are not eligible for Medicaid or Medicare or any other public insurance program, and earn no more than 300 percent of the Federal Poverty Level are eligible for the state-created Commonwealth Care (CC), a subsidized health insurance program. The cost of the insurance coverage provided by CC differs depending on income level. Adults may be completely subsidized and receive comprehensive health insurance with minimal copayments, or receive substantial premium subsidies but pay copayments for health care and prescriptions on a sliding scale.

Little information is available so far on the impact of the health care reform for individuals with mental illness. For many who were previously dependent on Free Care (FC) for mental health care in safety net settings or from community mental health centers, this wide availability of subsidized and affordable health insurance should facilitate access to care. However, mental health advocates have identified some components of the law as areas

of concern. For example, in the first version of the law, mental health and substance abuse services were treated as specialty visits. Mental health advocates lobbied against this provision, and this rule has since been changed, making copayments for outpatient mental health visits the same as those for primary care visits. Other concerns about copayments persist, particularly the high cost for out-of-plan prescription medications. Given that persons with mental illness may not tolerate generic medications and/or may need to experiment with different medications before finding one that works, copayment costs may be very high.

Even less is known about the effect of the reform for Latinos with mental illness. Between 2006 and 2007, during the first year of the health care reform, rates of uninsurance for Latinos in Massachusetts dropped from 13.3 percent to 10.2 percent. However, these rates were still well above the rates for non-Latino Whites, which were 4.6 percent. At the Center for Multicultural Mental Health Research, we have been conducting a pilot study, tracking the experiences of the health care reform for 66 individuals from racial and ethnic minorities who had received mental health services through the FC prior to the health reform. At the first follow-up, half of the sample had switched out of FC into another payment mechanism. Of those who switched out of FC, about one-third reported difficulties with the insurance transition and the need to cut back prematurely on mental health care. Individuals with mental illness encountered difficulties in coming up with copayments for medications, affording mental health care when they had co-occurring physical health

disorders, and experiencing gaps in coverage due to poor understanding of the eligibility requirements. For some individuals, the burden of meeting multiple copayments in CC or paying out of pocket during insurance gaps led to self-rationing of mental health care visits and medications.

Preliminary results from our first analysis of the study have yielded important information for policy makers to consider as health reform expands to other states. Our findings suggest that English language proficiency may be an important factor in the ability to navigate the insurance system during times of transition. Furthermore, decreases in funding for safety net services may negatively impact individuals with mental illness who experience an insurance gap unexpectedly, due to job loss or administrative complications with their subsidized insurance (e.g., missing a premium payment). Information about available safety net programs and appropriate stop gap measures must be provided to this population in order to ensure continuous care. Analysis of the overall effects of the health reform should be stratified by race/ethnicity and by illness, to generate policy objectives that maintain the quality of mental health care for Latinos during the process of health reform.

## A Report Card of State and National Mental Health Systems: NAMI's Grading the States 2009

NAMI first published its Grading the States report in 2006, providing the nation's most comprehensive, comparative assessment of state mental health care systems serving adults living with serious mental illnesses. The report was intended to serve as a baseline for measuring future progress in states' delivery of mental health care. As the successor to this report, Grading the States 2009 serves as an assessment of the progress made—or lack thereof—in mental health care systems throughout the nation in the past three years.

The Grading the States 2009 assessment found that 14 states have improved grades since the 2006 report, 12 states' grades have slipped and three years after assigning a D grade to the nation's mental health system, the national grade remains a D. By any measure, a grade of D is very poor. Progress, where there has been any, has been very limited. NAMI concludes, yet again, that mental health care in America is in crisis.

The 2009 assessment of state public mental health systems shows what services states are providing and how well such services are being provided. By measuring various mental health system components, NAMI was able to address the characteristics that comprise a high-quality mental health system—a system that is: comprehensive; integrated; adequately funded; focused on wellness and recovery; safe and respectful; accessible; culturally competent; consumer-centered and consumer- and family-driven; well-staffed and trained; and transparent and accountable.

In addition to the state-by-state assessment, Grading the States 2009 identifies specific recommendations for putting the nation's public mental health



Grading the States 2009 identifies cultural competence as one of “10 pillars of a high-quality state mental health system”, stating that, “mental health systems must be sensitive and responsive to people’s unique cultural circumstances, including race and ethnicity, national origin, ancestry, religion, age, gender, sexual orientation, physical disabilities, and specific family or community values and customs.” Among the key findings of Grading the States 2009: states are not ensuring their service delivery is culturally competent.

### Summary of Grading the States 2009 State-by-State Cultural Competence Ratings:

- Only five states—Arizona, California, Connecticut, Hawaii, and Massachusetts—received the highest possible cultural competence score (three out of three possible points). These states have exemplary cultural competence plans and activities, can provide significant evidence that they are implementing cultural competence initiatives, and demonstrate significant progress made in these initiatives.
- Thirty-six state cultural competence scores are below average effort, reflecting only “partial effort” (one point) or “little to no effort” (zero points) to develop cultural competence. These states have developed substandard cultural competence and disparities plans, made little progress with these plans, or have no such plans developed.

system on a path to maximum efficiency and effectiveness:

### **1. Increase public funding for mental health care services.**

Most states are experiencing significant budget shortfalls, making it difficult to argue for more funding. Yet, it is well documented that failure to provide adequate mental health services and supports increases costs to other systems, such as corrections, emergency rooms, and public benefit programs.

The recently signed federal economic stimulus bill will provide states with badly needed federal assistance to fund Medicaid. Additionally, some states have found innovative ways to generate new revenues for mental health services, such as re-allocation of resources, dedicated taxes such as sales taxes, mental health trust funds, and other means. The report provides specific examples of these innovations.

### **2. Improve data collection, outcomes measurement, and accountability.**

Improvements in data collection and outcomes measurement are essential to making the case for more funding. Data collection must be standardized, with increased use of electronic health information technology. Additionally, the federal government, particularly the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), should exert stronger leadership in developing meaningful outcome measures and enforcing good data reporting by state mental health agencies, all of which receive federal funds.

### **3. Integrate mental and physical health care.**

Studies document that people living with serious mental illnesses die on average 25 years younger than the rest of the population and have a higher risk of serious medical problems. Although some states have started projects to better integrate mental and physical health care, coordination between mental health and primary care systems is generally very poor. Positive steps such as co-locating mental health and health care practitioners at community health and mental health centers, ongoing screening for diabetes and hypertension, increased use of health and wellness programs, and smoking cessation programs should be implemented.

### **4. Promote recovery and respect.**

People living with serious mental illnesses often have negative experiences with the treatment system, including disrespectful or abusive treatment, victimization, or services that do not take into account a person's cultural or language background. Civil rights violations remain rampant in some inpatient psychiatric treatment facilities. The use of peer counselors and peer specialists as service providers is a promising practice that should be more fully embraced. Additionally, states should prioritize efforts to provide services that are culturally and linguistically competent. Finally, adequate resources must be directed to federal agencies such as the U.S. Department of Justice, charged with investigating civil rights violations and enforcing civil rights protections in inpatient treatment facilities.

### **5. Increase services for people with serious mental illnesses who are most at risk.**

Acute care psychiatric beds and crisis stabilization services are significantly lacking for people who are most vulnerable, including those whose symptoms may prevent them from recognizing their need for treatment. The federal Medicaid Institutions for Mental Diseases (IMD) exclusion serves as a barrier both to accessing inpatient treatment and re-directing resources into community services, and it should be eliminated. Additionally, states should implement a full range of strategies to improve adherence to treatment, including Assertive Community Treatment (ACT) programs, peer supports, psychiatric advance directives, motivational strategies such as the LEAP program, and assisted outpatient treatment (AOT).

It is NAMI's hope that, through the comprehensive, state-by-state assessment and detailed recommendations, Grading the States 2009 will drive governors, legislators, agency directors, and other leaders to finally do what needs to be done to move our public mental health systems forward. Michael J. Fitzpatrick, Executive Director of NAMI National, states, "The challenge to our leaders across America today is to find the vision, the political will, and the funding to hold the line; to allow state mental health care systems to continue to move forward and build momentum for change. For NAMI, change means mental health care systems that are accessible, flexible, and promote continuity of care, while paying for only those services that work."

To read the full report, or to view your state's report card, visit [ww.nami.org/grades2009](http://ww.nami.org/grades2009).

*CMMHR, from page 14*

equality in health care, including mental health care. We have strong connections to graduate schools at Harvard University and Brandeis University, and share mentorship responsibilities for post-doctoral researchers, junior instructors, and professors with Dartmouth Medical School and the Robert Wood Johnson Foundation.

Center researchers, in collaboration with partners from across the country,

are committed to conducting research that will lead to the elimination of racial and ethnic disparities in mental health care and health care. We welcome collaborations with researchers in the field and partnerships with community, advocacy, and governmental agencies as we strive to create a multi-disciplinary, multi-pronged approach to eliminating disparities.

*Children, from page 19*

time, a combination of medication and psychotherapy is the best approach. Medications like antidepressants and stimulants have been used for years in children. When monitored by a physician or nurse, they can be quite safe with few side effects. Psychotherapy, also called “talk therapy,” can be very effective for teaching skills that are important for recovery, especially when parents are involved. Some studies have found that psychotherapy is especially helpful for reducing suicidal thinking. And don't forget schools: it is important for parents to request an academic evaluation when a child is diagnosed

with mental illness. Problems with school achievement might be explained by an undiscovered mental illness or learning disability. Parents have the right to request this evaluation, and all children have the right to a free and appropriate education under the Individuals with Disabilities Education Act. Your pediatrician, psychologist, or psychiatrist is a good person to contact for help.

For more information visit: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/CA-0004/default.asp>.



**Avanzamos!** is a great Latino outreach and education tool that NAMIs across the country are using to engage Latinos with mental illness are their families. Please share this publication with local health and mental health clinics, doctors' offices, schools, support groups, etc.

**Avanzamos!** is free and is available in 2 formats. You can order hard copies online through the NAMI Store or you can sign up to receive the electronic version right in your inbox. To sign up for either version visit [www.nami.org](http://www.nami.org).



National Alliance on Mental Illness

*Colonial Place Three  
2107 Wilson Blvd., Ste 300  
Arlington, VA 22201  
703-524-7600  
[www.nami.org/espanol](http://www.nami.org/espanol)*

Non-Profit Org.  
U.S. Postage  
PAID  
Merrifield, VA  
Permit 131

*¡avanzamos!*