

PLAN ESTRATÉGICO DE CALIFORNIA PARA REDUCIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS CON LA SALUD MENTAL



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

PLAN ESTRATÉGICO DE CALIFORNIA PARA REDUCIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS CON LA SALUD MENTAL

Basado en recomendaciones del Comité Asesor contra el Estigma y la Discriminación Asociados con la Salud Mental

La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental adoptó el *Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental* el 25 de junio de 2009.



Arnold Schwarzenegger
Gobernador del Estado de California

Kimberly Belshé
Secretaria de la Agencia de Salud y Servicios Humanos

Dr. Stephen W. Mayberg
Director del Departamento de Salud Mental del Estado de California

Agradecimientos	3
Comité Asesor	4
Apoyo al comité y al plan	6
Declaración de visión	8
Introducción	9
Visualización del cambio	10
Parte 1: Reducción del estigma y de la discriminación en el campo de la salud mental: Retos y oportunidades	12
¿Qué son el estigma y la discriminación?	12
¿Qué causa el estigma contra las personas que viven con una enfermedad mental?	13
Figura 1. El tratamiento puede ayudar a las personas que tienen enfermedades mentales a llevar una vida normal. Resultados por raza (2007)	14
Figura 2. Las personas generalmente son atentas y solidarias con las personas que tienen enfermedades mentales. Resultados por raza (2007)	15
Figura 3. Las personas generalmente son atentas y solidarias con las personas que tienen enfermedades mentales. Resultados por género (2007)	15
Cómo se viven el estigma y la discriminación	16
Hacer frente a múltiples estigmas	17
¿Cuáles son las repercusiones del estigma y de la discriminación?	20
¿Dónde ocurren el estigma y la discriminación?	22
Figura 4. Porcentaje de estudiantes de educación superior que buscan asesoría por tipo de escuela	23
Figura 5. Las 10 experiencias de estigma más frecuentes de clientes de servicios y sus familias	24
Oportunidades para el futuro	26
Parte 2: Estrategias, enfoques y métodos para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental	28
¿Qué podemos aprender de anteriores esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación?	28
Características distintivas de una exitosa campaña educativa	29
Figura 6. El modelo socioecológico	30
Perspectiva general de los métodos primarios	31
Investigación	40
Creación del futuro en California	40
Parte 3: Plan para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental	41
Principios centrales	42
Línea estratégica 1	43
Línea estratégica 2	45
Línea estratégica 3	50
Línea estratégica 4	52
Referencias	53

A nombre del Departamento de Salud Mental del Estado de California, me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento al Comité Asesor, formado por 56 miembros, a la Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental y al personal del departamento por las muchas horas de trabajo colaborativo en este *Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental* en todo nuestro estado.

El estigma y la discriminación son problemas viejos dentro de la comunidad de la salud mental. Como los programas comunitarios de salud mental y los modelos de tratamiento continúan expandiéndose, nunca ha sido más importante la necesidad de atender estos problemas y de influir en la conducta de las personas.

Las líneas estratégicas recomendadas en este plan abarcan la visión de bienestar y recuperación como la fundación para eliminar el estigma y la discriminación. Despertar la conciencia, utilizar estrategias de apoyo entre clientes y establecer asociaciones estatales y locales con la comunidad de la salud mental son puntos esenciales para ayudar a que California logre un ambiente que acepte la importancia de la salud mental como parte del bienestar general del individuo.

Este documento fue diseñado para servir como guía a fin de apoyar a California en el inicio y desarrollo de esfuerzos locales y estatales para lograr sus metas. Conforme pase el tiempo y se prueben las estrategias, este plan no permanecerá estático, sino que evolucionará para incluir nuevas ideas, modelos exitosos y estrategias innovadoras en todo el estado de California.

Conforme avance en la implementación de estrategias, programas y esfuerzos de asistencia, lo invito a compartir sus experiencias con las personas de su propia comunidad y de sus alrededores. Cuanto más diálogo tengamos sobre los éxitos y los retos, más rápido eliminaremos el estigma y la discriminación en California.

A los miembros del Comité Asesor y a los muchos participantes del público que hicieron llegar sus comentarios durante todo el proceso, los felicito por un plan bien desarrollado, y les agradezco, de nuevo, por su liderazgo y sus esfuerzos incansables para hacer de California un estado modelo que todos quieran imitar.

Dr. STEPHEN W. MAYBERG

Director del Departamento de Salud Mental del Estado de California

JENNIFER ALVIDREZ

University of California, San Francisco
Department of Psychiatry

KHATERA ASLAMI

Peers Envisioning and Engaging in Recovery
Services

ALEX BRISCOE

Alameda County Health Care Services Agency

DELPHINE BRODY

California Network of Mental Health Clients

ROCCO CHENG

Pacific Clinics

ROB CHITTENDEN

Disability Rights California

SERENA CLAYTON

California School Health Centers Association

KITA S. CURRY

Didi Hirsch Community Mental Health Center

NATALIA DEEB-SOSSA

University of California, Davis, Center for
Reducing Health Disparities

FRAN EDELSTEIN

California Alliance of Child and Family Services

PIA ESCUDERO

Los Angeles Unified School District, School
Mental Health Services/National Child
Traumatic Stress Network

LUIS M. GARCIA

Pacific Clinics

MARTY GIFFIN

San Diego Center for Children/California
Advocates for Children and Youth/California
Alliance of Child and Family Services

LISA HARRIS

California Department of Rehabilitation

PATRICIA "TISH" HARRIS

Shasta Consortium of Community Health
Centers

SUSAN HENDERSON

Disability Rights Education and
Defense Fund

ELISA HERRERA

Latino Leadership Council, Placer Campaign
for Community Wellness

STEPHEN P. HINSHAW

University of California, Berkeley,
Department of Psychology

STACIE HIRAMOTO

Mental Health Association in California

LORNA D. JONES

Community Vocational Enterprises

JANET KING

Native American Health Center

RUBY LIM

California Department of Rehabilitation

KENNET H LOGAN

Mental Health Association—SAFE program

MATT LORD

Daniel's Place, Youth In Mind, California
Mental Health Advocates for Children and
Youth

TRACY C. LOVE

California Network of Mental Health Clients

JAY MAHLER

Alameda County Behavioral Health Center

HARRIET MARKELL

California Council of Community Mental
Health Agencies

DANIEL MCCARTHY

California Association of School Social
Workers

ARNULFO MEDINA

Racial and Ethnic Mental Health Disparities
Coalition/California Youth Empowerment
Network

BONNIE MILSTEIN

Civil Rights Consultant

KAREN MOENJudicial Council of California —
Administrative Office of the Courts**SABIRAH MUSTAFA**

Alameda County Behavioral Health Care

MARIE NITZ

Older Adult Advocate

JANET E. PAINE

Family HealthCare Network

BECKY PERELLIHealth Services Association, California
Community Colleges**STEPHANIE RAMOS**California Youth Empowerment Network/
Mental Health America of Northern
California**DEDE RANAHAN**National Alliance on Mental Illness
California**SHARON RAPPORT**

Corporation for Supportive Housing

SEAN RASHKISDisability Rights California, Sacramento
Regional Office**CHARLES ROBBINS**

The Trevor Project

REFUJIO “CUCO” RODRIGUEZAlcohol, Drug, and Mental Health Services,
Santa Barbara County**MICHAEL ROOSEVELT**Center for Families, Children, and the
Courts Judicial Council of California—
Administrative Office of the Courts**EMIL RODOLFA**University of California, Davis, Counseling
and Psychological Services**OFICIAL GREGORY H. SANCIER**

San Jose Police Crisis Management Unit

RON SCHRAIBERLos Angeles County Mental Health
Department**STEVE SEGURA**

Sacramento Police Department (retirado)

DIANE SHIVELYUnited Advocates for Children and Families
of California**JENESSA SHAPIRO**University of California, Berkeley,
Department of Psychology**ALYSA SOLOMON**Los Angeles County Mental Health
Department**SHERYLE STAFFORD**California Association of Social
Rehabilitation Agencies**HECTOR TORRES**

Indian Health Council, Inc.

PHILIP TRAYNOR

Radio Bilingüe

ARCADIO VIVEROS

Radio Bilingüe

SUE WATSON

California Network of Mental Health Clients

STEPHANIE WELCHCalifornia Mental Health Directors
Association**JENNIFER WHITNEY-TUCKER**

TMG Studios, Positive Paradigms Consulting

Las siguientes personas brindaron apoyo al Comité Asesor y al desarrollo del plan.

Presentadores del Comité Asesor y consultores expertos en la materia

PHILIP AKUTSA

California State University, Sacramento

BILL ARROYO

Los Angeles County Department of Mental Health

PATRICK CORRIGAN

Illinois Institute of Technology

BERT EPSTEIN

California State University, Sacramento

MARYANN LESHIN

Enterprise Community

BARBARA LURIE

Mental Health Media Partnership

DANNY MARQUEZ

Crossroads Diversified Services, Inc.

OFICIAL ROBERT MARTINEZ

Santa Monica Police Department

JOYCE MITCHELL

Ross Campbell, Inc.

ZACH OLMSTEAD

Housing California

DEBBIE PERLICK

Mt. Sinai School of Medicine

LUCILIA RAMOS-SANCHEZ

Santa Clara University

JASON ROBISON

SHARE!

TED ROSS

Ross-Campbell, Inc

STUART SEABORN

Disability Rights California

CAPITÁN AL VENEGAS

Santa Monica Police Department

OTTO WAHL

University of Hartford

MICHELLE WHITE

Consultant

Personal del Departamento de Salud Mental

BARBARA MARQUEZ

Jefa del Área de programas en el nivel estatal de la División de Servicios a la Comunidad

NANCY KINCAID

Directora asistente
Comunicaciones y Relaciones externas

Gerente del Proyecto:

JORDAN BLAIR

Personal del proyecto:

CIELO AVALOS

SANDRA BLACK

KIRSTEN (DEICHERT) BARLOW

MARY GLASS

GALINA SEMERYUK

MARK STICKLIN

ZOEY TODD

JENNIFER TURNER

JUSTIN WHITCOMB

TINA WOOTON

Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental

BEVERLY WHITCOMB

COMITÉ DE LIDERAZGO PARA CLIENTES Y FAMILIAS

Copresidente con los comisionados Darlene Prettyman y Eduardo Vega

Equipo de apoyo

Center for Collaborative Policy
California State University, Sacramento

SUSAN SHERRY
Directora Ejecutiva

DORIAN FOUGÈRES
JULIA LEE
NICOLE UGARTE
ARIEL AMBRUSTER
JOAN WATERS

Colaboradores adicionales

JANICE LOWEN AGEE
Editor

PEGGY FISH y VERA NICHOLAS
California State Library

Vislumbramos un bienestar físico y mental para todos los californianos y un futuro donde el encasillamiento, los estereotipos y la discriminación a causa de trastornos de salud mental sean cosa del pasado.

Vislumbramos un futuro donde las personas afectadas por trastornos de salud mental sean socialmente incluidas, valoradas y apoyadas en su bienestar y recuperación, educación, vivienda, empleo, atención médica y otras necesidades con el fin de que lleven una vida satisfactoria y productiva.

Esta visión de bienestar mental se logrará mediante la creación de conciencia, educación y acciones concertadas en todos los niveles.



De acuerdo con el trascendental Informe del Cirujano General de Estados Unidos de 1999, “El estigma es el obstáculo más grande que impide el progreso en el campo de las enfermedades mentales y la salud”.

Las personas que tienen trastornos de salud mental con frecuencia subrayan cómo el estigma y la discriminación contra ellos pueden ser incluso peores que los efectos de su enfermedad mental. El estigma y la discriminación pueden destruir

la esperanza de recuperación e inclusión social y hacer que la persona se sienta devastada,

y social y personalmente aislada. Aunque ha habido avances notables en la comprensión de las funciones del cerebro y en el tratamiento de los trastornos mentales en los últimos 50 años, desgraciadamente el estigma continúa siendo

una barrera para muchas personas a la hora de buscar el tratamiento necesario y los apoyos relacionados.

El estigma, los actos de exclusión y la discriminación contra quienes tienen trastornos de salud mental están muy extendidos. En una encuesta nacionalmente representativa, casi

la mitad de los adultos dijeron que preferían no socializar, trabajar con, o vivir cerca de personas

“Debemos recordar que las personas que tienen trastornos de salud mental son seres humanos que tienen sueños, con resistencia y la capacidad para recuperarse.”

– Red de Clientes de Salud Mental de California

que viven con una enfermedad mental.¹ Además, se estima que aproximadamente el 33 por ciento de los niños que tienen dificultades sociales, emocionales o de conducta han sido blanco de acoso escolar.² El número de personas afectadas por el estigma es importante. En cualquier año dado, aproximadamente uno de cada cuatro adultos tendrá algún trastorno mental diagnosticable, y cerca de uno de cada cinco niños tendrá algún grado de un problema emocional o de conducta.³

El estigma y la discriminación asociados con las enfermedades mentales pueden ocasionar vergüenza, desesperación, prejuicios y desesperanza. Se calcula que la autoestigmatización impide buscar tratamiento a entre el 50 y el 60 por ciento de las personas que tienen trastornos de salud mental, aunque otros factores, como el temor hacia tratamientos involuntarios, también pueden llevar a otras personas a evitar el tratamiento.⁴ Además, algunos padres evitan buscar tratamiento para sus hijos por el temor a que ellos o sus hijos

sean etiquetados o estigmatizados. Al rechazar o abandonar los servicios de salud mental, las personas pueden evitar enfrentarse a la etiqueta estigmatizante de la enfermedad mental.^{5,6,7} Sin embargo, no buscar ayuda puede llevar con frecuencia a una conducta fatal: El noventa por ciento de las personas que se suicidan tienen un problema diagnosticable de salud mental o de abuso de drogas.^{8,9,10} Para que la sociedad se beneficie de los avances de las modernas intervenciones en salud mental, debemos ocuparnos de los efectos del estigma y de la discriminación.

Visualización del cambio

La buena noticia es que California está lista para combatir el estigma y la discriminación asociados con los trastornos de salud mental. La reducción de este estigma y discriminación es una meta prioritaria del Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health, DMH) de California y de la Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de

“A partir de nuestro deseo de igualdad y dignidad para las personas que enfrentan y vencen trastornos de salud mental, surge una visión de asociaciones con personas interesadas de todos los niveles de la comunidad, y de una California que brinde un ambiente de entendimiento, compasión y conciencia en el que la justicia social, la responsabilidad, el apoyo mutuo y las colaboraciones comunitarias venzan las opresiones y las jerarquías que antes nos separaban, para que todos seamos mejores personas.”

- Red de Clientes de Salud Mental de California

Salud Mental (Mental Health Services Oversight and Accountability Commission, MHSOAC).

En colaboración con la MHSOAC, el DMH convocó al Comité Asesor contra el Estigma y la Discriminación asociados con la Salud Mental a desarrollar un plan estratégico a diez años para alcanzar esta meta. Este comité estaba conformado por un grupo diverso de personas, que incluía consumidores de servicios, familiares, defensores, proveedores, médicos, expertos, investigadores y representantes de varias organizaciones comunitarias, sociales y gubernamentales.

El *Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental* (Plan) elabora una visión que consiste de cuatro líneas estratégicas y múltiples acciones recomendadas. Las acciones recomendadas están dirigidas a californianos de todas las edades y de orígenes diversos, y consideran que una persona que vive con una enfermedad mental puede mantener su bienestar. Con la cada vez mayor diversidad de California y con el hecho de que el estigma y la discriminación pueden tomar muchas y diferentes formas, las comunidades necesitan estrategias que sean adecuadas para sus diversas poblaciones locales a nivel cultural y étnico.¹¹ El plan

está dirigido a actividades de prevención e intervención temprana, incluyendo la educación pública y campañas de contacto, para hacer frente a las causas fundamentales de las actitudes estigmatizantes y las acciones discriminatorias y perjudicadas. Este plan de diez años brinda un plan de acción en los niveles local y estatal, así como un recurso informativo para organizaciones gubernamentales y comunitarias, consumidores y grupos de familias, y otros. Sirve como una herramienta para las personas, tanto dentro como fuera del campo de la salud mental, que se dedican a garantizar la total inclusión social de personas de todas las edades que tienen trastornos de salud mental.

El plan empieza con un análisis sobre el estigma y la discriminación relacionados con los trastornos de salud mental en la Parte 1. La Parte 2 analiza varias estrategias, enfoques y métodos para reducir el estigma y la discriminación. La Parte 3 contiene los principios centrales, las líneas estratégicas, las acciones recomendadas y los pasos siguientes que son necesarios para reducir el estigma y la discriminación en California. Finalmente, el plan incluye referencias de las citas del documento, que sirven como un valioso recurso.

PARTE 1: REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL: RETOS Y OPORTUNIDADES



¿Qué son el estigma y la discriminación?

El estigma se refiere a las actitudes y creencias que llevan a las personas a rechazar, evitar o temer a quienes perciben como diferentes. La discriminación ocurre cuando las personas y agencias actúan, de acuerdo con estas actitudes y creencias, de formas que pueden privar a otras personas de sus derechos y de oportunidades de vida.¹² La discriminación puede incluir conductas que dan como resultado la exclusión o marginación de otras personas, así como actos ilegales de abuso o acciones que privan a personas de sus derechos civiles, del acceso a opciones adecuadas de vivienda, de oportunidades de empleo y educación, y de una participación integral en la vida cívica.

Existen tres categorías principales de estigmas relacionados con la salud mental:

- El “estigma público” abarca las actitudes y los sentimientos que muchas personas del público en general expresan hacia los individuos que viven con trastornos de salud mental o hacia los familiares de éstos.
- El “estigma institucional” ocurre cuando actitudes y comportamientos negativos sobre las enfermedades mentales, incluyendo problemas sociales, emocionales y de conducta, se incorporan a las políticas, prácticas y culturas de organizaciones y sistemas sociales, como la educación, la atención de la salud y el empleo.
- El “autoestigma” ocurre cuando las personas hacen suyas las imágenes irrespetuosas que transmite continuamente la sociedad, una comunidad o un grupo de iguales, y que pueden llevar a muchas personas a no buscar tratamiento para sus enfermedades mentales.

El estigma se refleja con frecuencia en el lenguaje de uso común. Algunos de los sinónimos y términos coloquiales usados para describir a las personas con trastornos mentales están entre las primeras palabras que los niños pequeños usan para descalificar a otros niños que no les caen bien, lo cual indica la gravedad del problema de la estigmatización en la cultura actual.¹³ El uso de términos clínicos como “esquizofrénico”, en lugar de la frase preferida “una persona que tiene esquizofrenia”, también desarrolla un efecto estigmatizante para muchos consumidores de servicios de salud mental que prefieren no ser diagnosticados. Este plan busca usar términos no estigmatizantes que prefieren los consumidores de servicios de salud mental, aunque es posible que las referencias a estudios de investigación mencionados aquí usen su propia terminología.

El estigma frecuentemente se inicia en los pensamientos y en las actitudes que describen negativamente a otros que se considera diferentes, lo que lleva a la creación de estereotipos.

Uso de términos no estigmatizantes

Aunque el término “seriamente trastornado emocionalmente” se reconoce en el *Código de California*, una encuesta para padres y profesionales encontró que los términos ellos prefieren usar para describir síntomas de enfermedades mentales que sufren los niños y sus familias son: 1) problemas emocionales y de conducta, 2) trastornos emocionales y de conducta, o 3) un diagnóstico específico de salud mental.¹⁴

¿Qué causa el estigma contra las personas que viven con una enfermedad mental?

El estigma frecuentemente se inicia en los pensamientos y en las actitudes que describen negativamente a otros que se considera diferentes, lo que lleva a la creación de estereotipos. Cuando las personas coinciden en un estereotipo negativo, es posible que desarrollen sentimientos de enojo,

lástima o temor hacia los demás. Estos sentimientos pueden llevar a conductas como la evasión, el rechazo, la burla, la discriminación o el abuso.

De manera similar, en la autoestigmatización es posible que las personas o los grupos se asignen a sí mismos estereotipos y desarrollen sentimientos de vergüenza, enojo, desesperanza o desesperación. Como resultado, es posible que las personas prefieran no buscar apoyo social, empleo o tratamiento.¹⁵ El rechazo directo y el temor son ejemplos de actitudes y acciones expresadas hacia quienes viven con una enfermedad mental. Otra actitud común supone que las personas que viven con una enfermedad mental son como niños y necesitan ser cuidados, lo cual ha llevado a prácticas y políticas de tratamiento forzado. Estas actitudes pueden acentuarse más por la falta general de comprensión de las enfermedades mentales. Además, las representaciones estereotípicas de películas y noticiarios influyen en la generalización del temor y en la falta de comprensión de las personas que viven con una enfermedad mental.¹⁶

El estigma y la discriminación ocurren dentro de nuestro ambiente social cotidiano. Las actitudes, las creencias y los comportamientos sobre la salud mental se ven influenciados por familiares, amigos e iguales; a través de lugares comunitarios como la escuela, el trabajo, las redes sociales y los grupos culturales; y por leyes públicas, sistemas

gubernamentales, instituciones y las condiciones económicas. Una persona puede pertenecer a varios grupos diferentes y sufrir varios estigmas dentro de cada grupo cultural. Al desarrollar e implementar medidas de reducción del estigma y de la discriminación, es importante considerar la cuestión desde diferentes ópticas.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Conducta 2007²⁰

El Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de Conducta es un proyecto colaborativo de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades y los estados y territorios de Estados Unidos. El Sistema de Vigilancia es un programa continuo de recolección de datos diseñado para medir los factores de riesgo en la población adulta (18 años de edad y mayores) que vive en unidades familiares.

En 2007, se agregaron a la encuesta dos nuevas preguntas opcionales sobre enfermedades mentales y estigma. El DMH contribuyó a la encuesta realizada por el Departamento de Salud Pública de California y usará estos datos para evaluar las actitudes y para recomendar estrategias para las campañas de reducción del estigma. En la encuesta participaron 5,718 californianos. Adicionalmente, estos datos servirán como un punto de partida para potencialmente evaluar la eficacia de futuros programas.

En la encuesta se preguntó a los participantes: "¿Está un poco de acuerdo, totalmente de acuerdo, un poco en desacuerdo o totalmente en desacuerdo?" respecto a las siguientes declaraciones:

- El tratamiento puede ayudar a las personas que tienen enfermedades mentales a llevar una vida normal.
- Las personas generalmente se comportan con cariño y simpatía con las personas que tienen enfermedades mentales.

Figura 1. El tratamiento puede ayudar a las personas que tienen enfermedades mentales a llevar una vida normal. Resultados por raza (2007)

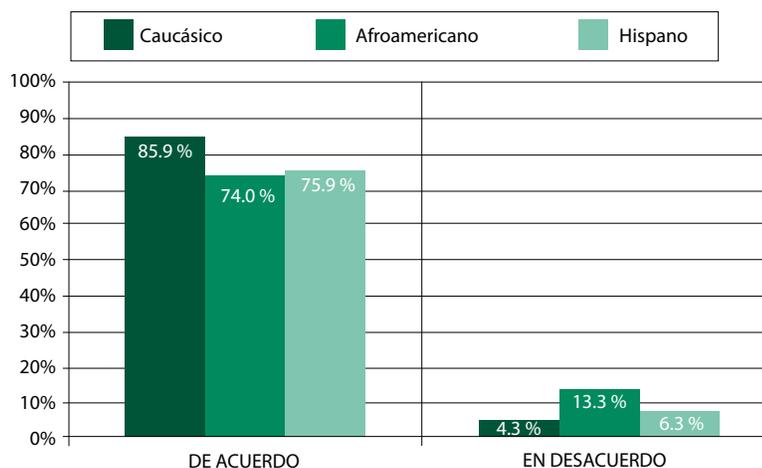


Figura 2. Las personas generalmente se comportan con cariño y simpatía con las personas que tienen enfermedades mentales. Resultados por raza (2007)

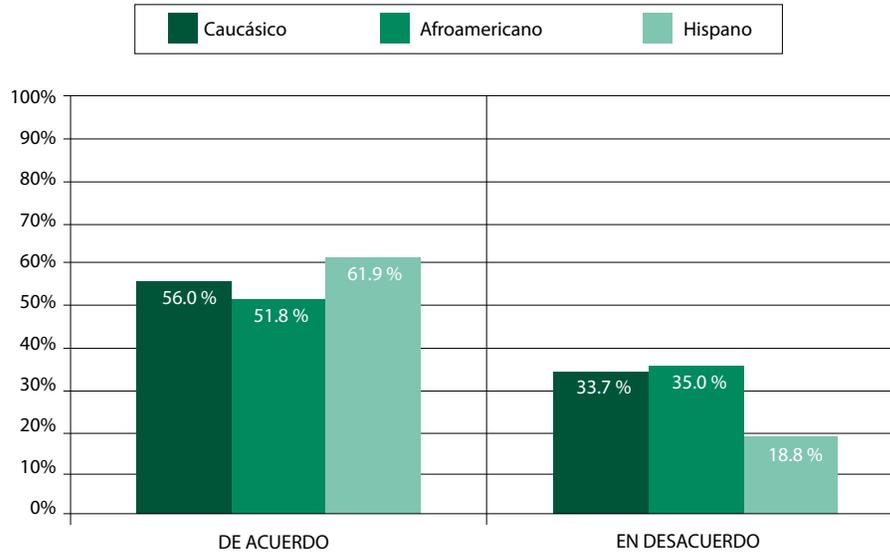
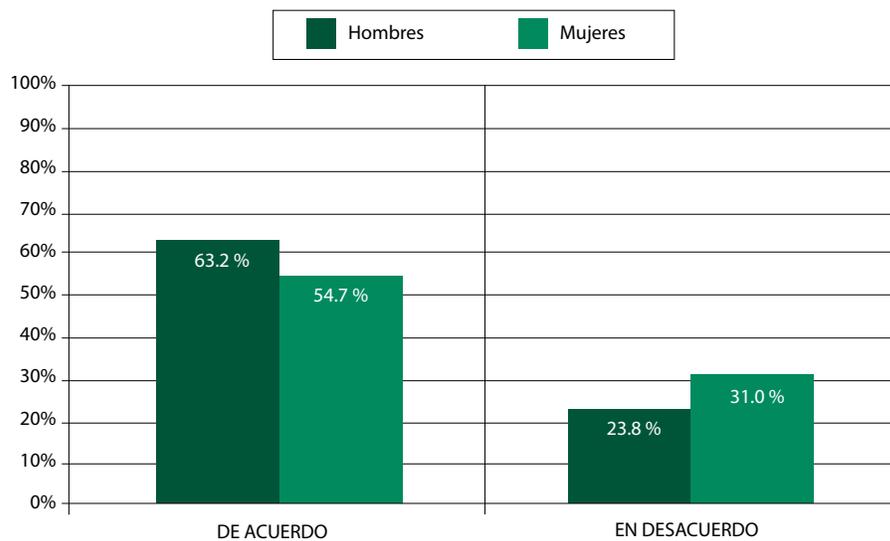


Figura 3. Las personas generalmente se comportan con cariño y simpatía con las personas que tienen enfermedades mentales. Resultados por género (2007)



Nota: Los resultados no suman el 100 por ciento debido a que no se muestran las siguientes respuestas: "Ni de acuerdo ni en desacuerdo", "no sé/no estoy seguro(a)" y "se negó a responder". Para raza u origen étnico, sólo se muestran caucásico, afroamericano e hispano. La cuarta categoría, "otro" no se muestra. Los resultados se evalúan por edad, raza, sexo y la población de 2000.

Cómo se viven el estigma y la discriminación

Cada persona tiene variados grados de susceptibilidad al estigma y a la discriminación. Algunos experimentan grados limitados de autoestigmatización como resultado de las presiones sociales, mientras que otros pueden sentir un fuerte impacto y responder alejándose o sintiendo vergüenza y/o enojo.⁵ Se necesita investigar más para entender por qué algunas personas se ven más afectadas que otras.

Considerar enfoques culturales únicos sobre el estigma es particularmente necesario en California, ya que se piensa que el estado se volverá cada vez más diverso en el futuro cercano. De acuerdo con cálculos de 2007, el 44 por ciento de la población de California es caucásica, el 36 por ciento es hispana, el 12 por ciento es asiática y el 6 por ciento es afroamericana, y los indios americanos e isleños del Pacífico representan cada uno menos del 1 por ciento de la población.¹⁷

Estudios realizados hasta la fecha indican que diferentes grupos raciales o étnicos frecuentemente sienten y expresan el estigma de manera diferente. En algunas culturas asiáticas, las creencias sobre las enfermedades mentales se pueden reflejar negativamente en toda la familia y disminuir los prospectos matrimoniales o económicos para los demás familiares.¹⁸ Un estudio encontró que, mientras que los indios americanos y los caucásicos tienen percepciones similares de los bajos niveles de peligro en las personas que viven con una enfermedad mental, los asiáticos y los latinos tienen la idea de que estas personas son significativamente más

peligrosas. El mismo estudio encontró que, mientras que los participantes caucásicos asociaron un mayor contacto con una persona que vive con algún problema de salud mental con niveles más bajos de peligro percibido, los participantes afroamericanos no presentaron la misma asociación.¹⁹ Se necesitan más estudios para entender mejor y tratar las actitudes y percepciones de diferentes grupos raciales y étnicos.

Familias, amigos y cuidadores

El estigma también afecta a los familiares, las parejas y los compañeros de trabajo de quienes viven con enfermedades mentales. Los familiares y cuidadores son vistos frecuentemente como los responsables del problema de salud mental de un ser querido y se les trata con desconfianza o desaprobación. A los padres, en particular, se les culpa frecuentemente de causar las dificultades emocionales de un niño y ellos internalizan ese estigma, lo que contribuye al aislamiento del niño y de los familiares.

A esta situación se le conoce como “estigma por asociación”. Como resultado, es posible que las familias y los cuidadores ignoren los síntomas de salud mental o que tengan temores que les impidan buscar servicios y apoyo de intervención temprana para el niño y la familia. Estudios han demostrado que algunos familiares que sí buscan tratamiento reportan haber sufrido el estigma y las actitudes estigmatizantes de parte de profesionales de la salud mental.²¹ Los familiares afectados pueden incluir a padres, hijos, hermanos, abuelos y otras personas cercanas a los individuos que viven con una enfermedad de salud mental.

Estudios realizados hasta la fecha indican que grupos raciales o étnicos diferentes frecuentemente sienten y expresan el estigma de manera diferente.

Niños y jóvenes en edad de transición

Los niños menores de 15 años con serios problemas sociales, emocionales o de conducta pueden sufrir exclusión de sus compañeros, aislamiento social, acoso escolar y otras formas de abuso, tanto en la escuela como en sus comunidades. Sus conductas pueden contribuir a un bajo desempeño académico y/o social, lo cual puede estigmatizar más a un niño. Las evaluaciones y los diagnósticos, que con demasiada frecuencia se centran exclusivamente en debilidades o problemas, en lugar de poner atención a las fortalezas, los intereses y las metas del niño, pueden empeorar este problema.

Los jóvenes en edad de transición, entre los 16 y los 25 años, también están expuestos al estigma y a la discriminación por problemas de salud mental, porque en esta etapa la opinión de los clientes y los mensajes de los medios tienen una fuerte influencia. El setenta y cinco por ciento de los trastornos de salud mental comienzan a los 24 años de edad.²²

Durante este estresante periodo de los 16 a los 25 años, los jóvenes con problemas sociales, emocionales o de conducta pueden pasar de adopción temporal, del sistema de justicia juvenil o del sistema de salud mental para niños al mundo en que los sistemas de servicios para adultos son su única opción. Cuando un joven cumple 18 años, tiene el derecho a rechazar servicios, lo que puede reducir permanentemente la probabilidad de resultados positivos. Al mismo tiempo, el paso repentino al mundo adulto o a una institución para adultos con poco apoyo puede ser aterrador para el joven y un reto para los familiares.²³ Un estudio reciente indica que los estudiantes universitarios de California en este grupo de edades presentan problemas de salud mental con mayor frecuencia y complejidad.²⁴ En la Universidad de California, San Diego, el número de admisiones a hospitales psiquiátricos pasó a más del doble entre los años escolares 2001-2002 y 2004-2005.²⁵

Atención a múltiples estigmas

Muchas personas, familias y comunidades sienten las cargas del estigma y de la discriminación, incluyendo a niños y jóvenes en educación especial o adopción temporal; comunidades raciales y étnicas; lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero o inseguros; personas con discapacidades físicas; personas con trastornos relacionados; adultos mayores; poblaciones rurales; y veteranos.

Jóvenes en adopción temporal

Los niños y adolescentes en adopción temporal que viven con una enfermedad mental sufren múltiples estigmas y barreras creados por el complejo sistema de adopción temporal. Se calcula que el 60 por ciento de los niños que se encuentran en el sistema de adopción temporal de California tienen problemas sociales, emocionales o de conducta, con frecuencia relacionados con el trauma del descuido y el abuso de parte de familiares o del mismo sistema de adopción temporal.²⁶ Además, estos niños con frecuencia reciben tratamiento de mala calidad de parte de otras agencias al servicio de los niños. De acuerdo con un informe de 2003 de la Comisión Little Hoover, a los jóvenes en adopción temporal se les niega sistemáticamente una educación adecuada y una atención médica física y mental.²⁷

Comunidades raciales y étnicas

El Cirujano General de Estados Unidos y la Nueva Comisión del Presidente para la Libertad sobre Salud Mental (Comisión) han identificado el estigma público como un factor clave en la falta de acceso a servicios de salud mental para las comunidades raciales y étnicas.²⁸ Algunos de los problemas son la falta de servicios culturalmente competentes, como los servicios lingüísticos, las barreras financieras, y la falta de respeto y entendimiento de las historias, las tradiciones, las creencias y los valores de estas comunidades.

La comisión identificó como otra barrera al acceso, la importante falta de representación de las poblaciones minoritarias en la fuerza laboral de la salud mental. La Comisión también afirmó que, como resultado de estos factores, los indios americanos, los afroamericanos, los asiáticos, los isleños del Pacífico, los hispanos y otras minorías raciales o étnicas soportan una carga desproporcionadamente alta de discapacidad por enfermedades mentales que no se debe a una mayor prevalencia o gravedad de enfermedades en estas poblaciones, sino a que reciben menos atención, una atención inadecuada o una atención de menor calidad.

El racismo y los prejuicios y la discriminación con base en la raza son estresantes y afectan adversamente a la salud física y mental.²⁹ Es posible que las comunidades raciales y étnicas se encuentren con el estigma y la discriminación al intentar obtener ayuda para sus enfermedades mentales, y con frecuencia reciben un tratamiento diferente y una atención de baja calidad. Psicólogos con experiencia en la investigación sobre la cultura asiático-estadounidense han encontrado que existe una fuerte correlación entre las experiencias tanto tempranas como continuadas de racismo y de estereotipos, y el funcionamiento de la salud mental del individuo.³⁰ Quienes reciben atención deficiente en el sistema comunitario voluntario de atención de la salud mental, particularmente afroamericanos e indios americanos, son sobrerrepresentados en la hospitalización involuntaria.^{31,32} Los niños de diversas comunidades raciales y étnicas tienden a recibir servicios de salud mental a través de los sistemas de justicia juvenil y de beneficencia con mayor frecuencia que a través de escuelas o entornos de salud mental.³³ Algunas comunidades, como la hispana, están subrepresentadas en el uso de servicios de salud mental. Esta comunidad también se enfrenta a importantes barreras en el tratamiento, incluyendo barreras del idioma y una falta de procedimientos culturalmente competentes. Con frecuencia, es posible que

busquen tratamiento en lugares ajenos a la salud mental, como clínicas médicas u organizaciones basadas en la fe.³⁴

A pesar de sufrir múltiples estigmas, algunas comunidades raciales y étnicas pueden tener ciertos factores culturalmente protectores que pueden ayudar a contrarrestar las tensiones de las enfermedades mentales. Dichos factores pueden incluir familias solidarias, fuertes redes comunitarias, espiritualidad y religión, como es el caso de los fuertes lazos interfamiliares de la comunidad hispana y las fuertes situaciones de vida intergeneracional de la comunidad hmong.

Comunidad de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e inseguros (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning, LG BTQ)

Estudios han demostrado que la comunidad LGBTQ tiene un riesgo mayor de depresión, abuso de sustancias y suicidio.³⁵ Los importantes estigmas y discriminación que sufren las lesbianas y los homosexuales pueden exponerlos a riesgos mayores de angustias psicológicas.³⁶

La comunidad LGBTQ también se encuentra en alto riesgo de ser víctima de violencia física y acoso sexual, particularmente en áreas no urbanas. Es posible que los jóvenes LGBTQ enfrenten el acoso sexual y el posible abuso de parte de su familia e iguales, y estos jóvenes son particularmente vulnerables cuando hacen pública por primera vez su orientación sexual o identidad de género. Es posible que los adultos mayores LGBTQ eviten acceder a servicios médicos y sociales debido a preocupaciones sobre tratamientos insensibles y discriminatorios. En comparación con los adultos mayores heterosexuales, los adultos mayores LGBTQ tienen una mayor probabilidad de vivir solos y una menor probabilidad de tener un cuidador en caso de llegar a enfermarse.³⁷ Estos factores pueden aumentar los sentimientos de aislamiento y soledad, que son factores de depresión en etapas posteriores de la vida.

Hasta 1973, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense definía la homosexualidad como una enfermedad mental. El manual sigue incluyendo muchas categorías que definen la identidad de género no apegada a la norma heterosexual como una enfermedad mental, lo que complica las dificultades que sufren en el sistema de salud mental los niños, adolescentes y adultos que tienen un género que no se apega a la norma.

La depresión no tratada es un factor importante de suicidio en las personas mayores, y los adultos mayores tienen una probabilidad desproporcionadamente mayor de suicidio.

Personas con discapacidades físicas

Las personas con discapacidades físicas, además de tener problemas de salud mental, enfrentan múltiples estigmas y un mayor grado de estigma y discriminación. Además, cuanto mayor era el grado de estigma que reportaban, mayor era la probabilidad de que también reportaran tener una mala salud o un bienestar emocional deficiente.³⁸

Personas con trastornos relacionados

Las personas que tienen una enfermedad mental además de una adicción, es decir, un trastorno relacionado, como el abuso del alcohol o de sustancias, o una adicción a las apuestas, enfrentan estigmas múltiples. Algunos estudios muestran altos índices de actitudes estigmatizantes entre el público hacia quienes tienen trastornos relacionados con las drogas o el alcohol.¹ También existe la discriminación contra las personas con trastornos relacionados. Con demasiada frecuencia, las personas que viven con trastornos relacionados reciben tratamiento solamente

para uno de los dos trastornos. Solamente el 19 por ciento de las personas que sufren tanto dependencia de alguna sustancia como una enfermedad mental grave reciben tratamiento para ambos trastornos; el 29 por ciento no reciben tratamiento para ninguno de ellos.³⁹ También es común que, cuando las personas reciben tratamiento para ambos trastornos, su tratamiento no es coordinado, lo que reduce su eficacia.

Adultos mayores

Envejecer y tener una enfermedad mental al mismo tiempo puede representar barreras para mejorar el bienestar mental y físico y para vivir una vida activa. Los estereotipos comunes que maneja el público en general, los profesionales, los familiares y los mismos adultos mayores, incluyen la creencia de que la depresión es una parte normal del envejecimiento o de que la gente puede ser demasiado vieja para recuperarse de una enfermedad mental.⁴⁰ Debido a tales actitudes, es posible que las enfermedades mentales en adultos mayores no se puedan identificar o tratar, o que los adultos mayores eviten buscar servicios de salud mental. Aproximadamente el 20 por ciento de las personas de 55 años o más tienen trastornos de salud mental que no se consideran parte del envejecimiento "normal". Sin embargo, los adultos mayores tienen una baja tasa de uso de servicios de salud mental, y solamente el 15 por ciento de quienes necesitan servicios los reciben.⁴¹ Otras razones por las que los adultos mayores no buscan ayuda pueden incluir una falta del transporte necesario o las dificultades financieras. La depresión no tratada es un factor importante de suicidio en los ancianos, y los adultos mayores tienen una probabilidad desproporcionadamente mayor de suicidio.³²

Poblaciones rurales

En áreas rurales, el acceso a servicios adecuados de salud mental puede ser más problemático y el estigma social de acceder a dichos servicios puede ser mayor que en las áreas urbanas. Esto se refleja en un estudio que encontró que los hombres mayores y los jóvenes indios americanos que viven en áreas rurales presentan una tasa de suicidio significativamente mayor a la de sus contrapartes de áreas urbanas.²⁸

Muchas personas que viven en áreas rurales pueden tener que viajar largas distancias para encontrar los servicios e incluso, si se ofrecen los servicios, es posible que las personas no puedan pagarlos. Estas personas con frecuencia tienen ingresos bajos o insuficientes, son padres solteros, no tienen oportunidades laborales ni tienen acceso a oportunidades y recursos comunitarios para recibir apoyo para la salud mental.⁴² Es más, muchas áreas rurales no tienen universidades que aporten un número suficiente de profesionales calificados de la salud mental. Aunque el movimiento “no en mi patio” es un reto para todo el sistema, las zonas rurales a menudo experimentan retos organizativos más difíciles de los que las poblaciones urbanas y los grupos de interés han sido capaces de superar. En reconocimiento de los problemas de paridad entre los servicios de salud mental en áreas rurales y áreas urbanas, se crearon la Oficina de Política de Salud Mental Rural en el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) y la Oficina de Política de Salud Rural en la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios.⁴³

Veteranos/militares

California tiene una de las mayores poblaciones de veteranos del país. El personal militar en activo tiene índices significativamente más altos de depresión mayor, ansiedad generalizada y trastornos de estrés postraumático que la población en general; el 17 por ciento de los estacionados en Irak y Afganistán cumplieron los

criterios para alguna de estas tres enfermedades. De ese personal militar, menos del 40 por ciento buscaron atención de salud mental y muchos reportaron estar preocupados por el estigma y la discriminación a causa de sus problemas de salud mental.⁴⁴ Muchos miembros actuales de la milicia piensan que buscar tratamiento para problemas de salud mental puede poner en riesgo sus carreras. Los veteranos que regresan tras estar en servicio enfrentan retos al navegar por el sistema de Administración de Veteranos (Veteran Administration, VA) para acceder a los servicios de salud mental. La falta de vivienda es una preocupación específica de la comunidad de veteranos. La VA estima que aproximadamente una tercera parte de los adultos que no tienen casa son veteranos, y que casi la mitad de quienes no tienen un lugar para vivir tienen problemas de salud mental.⁴⁵ El no tener hogar es altamente estigmatizante, lo que ocasiona que muchos veteranos sin hogar que viven con una enfermedad mental enfrenten un estigma doble.

¿Cuáles son los impactos del estigma y de la discriminación?

Estigma y discriminación públicos e institucionales

Es posible que las personas que viven con una enfermedad mental tengan que lidiar con relaciones personales, profesionales y culturales contaminadas por el estigma y la discriminación en casi todas las facetas de la vida cotidiana. Es posible que terminen fuera del círculo de amigos, familiares y redes sociales que en una situación normal les brindarían compañerismo, alegría y apoyo. Además, los miembros de su red de apoyo, incluyendo a familiares, también sufren el estigma en forma de evasión, culpa y exclusión social.

Los niños con problemas sociales, emocionales o de conducta pueden encontrar que de manera rutinaria los adultos que trabajan con ellos y sus propios compañeros los tratan diferente de

como tratan a otros niños. Esta evasión social puede tomar la forma de exclusión social, burlas, humillaciones, acoso escolar y abuso físico de parte de sus iguales o de la comunidad en general. En un estudio, el 33 por ciento de los niños con necesidades especiales que asistían a escuelas convencionales fueron objeto de acoso escolar, comparado con el ocho por ciento de sus compañeros.⁴⁶ Algunos estudios muestran que el aislamiento en la infancia y la depresión resultante también van en aumento.²

Los adultos con enfermedades mentales pueden ser victimizados de otras maneras. Corren mucho más riesgo de ser víctimas de crímenes violentos que la población general.¹³ Contrario a los estereotipos, las investigaciones indican que las personas que viven con una enfermedad mental tienen mayores probabilidades de ser víctimas que de ser agresores.^{47,48}

El estigma y la discriminación pueden interferir con la capacidad de las personas que viven con una enfermedad mental para obtener vivienda y encontrar o mantener un empleo, a pesar de su capacidad para realizar el trabajo. Uno de cada tres consumidores de servicios de salud mental reportó haber sido rechazado para un empleo en cuanto se conoció su estado. En algunos casos, se retiraron las ofertas de trabajo al revelarse un historial de problemas de salud mental.^{49,50} Estas dificultades pueden aumentar la probabilidad de quedarse sin un lugar donde vivir. En el año 2000, un estimado de 75,000 californianos que viven con una enfermedad mental necesitaban vivienda.⁵¹

Adicionalmente, el estigma y la discriminación pueden impedir que las personas con diagnósticos de salud mental participen plenamente en la vida cívica: 44 estados, incluyendo a California, tienen un lenguaje constitucional que despoja a las personas de sus derechos de voto si se encuentra que son “mentalmente incompetentes”.⁵² De acuerdo con el Código de Elecciones de California, esta prohibición se aplica a quienes tienen albacea o a quienes se juzga incompetentes para comparecer en un juicio.

Autoestigmatización

Sufrir los efectos del estigma y de la discriminación puede dar lugar a sentimientos de baja autoestima, desesperanza e impotencia, y puede impulsar el ciclo de la autoestigmatización. La desesperanza y la desesperación pueden llevar a las personas a quitarse la vida.

Para evitar el estigma de ser etiquetado con una enfermedad mental, muchas personas pueden abstenerse de buscar tratamiento para sus enfermedades mentales, sea para ellos mismos, para sus hijos o para algún otro familiar. De acuerdo con un estudio epidemiológico de gran escala, menos del 30 por ciento de las personas que viven con una enfermedad mental buscan tratamiento.^{32,53} Debe hacerse notar, sin embargo, que el estigma no es la única razón por la que las personas no buscan tratamiento o no continúan con él. Otros factores pueden incluir el trauma histórico que enfrentan las comunidades raciales o étnicas, o la dificultad para encontrar tratamientos de bajo costo.⁵⁴

Una vez más, aunque hay muchas anécdotas y relatos en primera persona sobre vivir con estigma y discriminación, las investigaciones no han calculado hasta la fecha el costo de estas presiones sociales y económicas en términos de desempleo, personas sin hogar e índice de personas que abandonan la escuela.

El estigma afecta el campo de la salud mental

De acuerdo con el Cirujano General de Estados Unidos, otro resultado del estigma es la renuencia del público en general a financiar programas y sistemas de salud mental.³² El público ha colocado a la cobertura de los seguros por problemas de salud mental en posiciones inferiores que a la cobertura por enfermedades físicas.⁵⁵ Es posible que esta situación esté cambiando para bien. En 2004, los electores de California aprobaron la Propuesta 63, la Ley de Servicios de Salud Mental, y en septiembre de 2008, el Congreso promulgó una legislación sobre Paridad en Salud Mental, que exige que las compañías aseguradoras y

empleadoras den igual cobertura de tratamiento para los consumidores de salud mental.

¿Dónde ocurren el estigma y la discriminación?

El estigma y la discriminación ocurren en la comunidad, el lugar de trabajo y las escuelas.

Las personas se enfrentan a la exclusión social y a dificultades al tratar de encontrar o conservar la vivienda o el empleo, o al intentar participar en funciones escolares.

Es muy poco probable que los propietarios consideren rentar su propiedad a las personas que revelan haber estado hospitalizadas para recibir un tratamiento de salud mental.

Vivienda

Es muy poco probable que los propietarios consideren rentar su propiedad a las personas que revelan haber estado hospitalizadas para recibir un tratamiento de salud mental.⁵⁶ Si, como resultado, las personas terminan sin un lugar donde vivir, probablemente vivirán múltiples estigmas y se expondrán a una mayor amenaza de ser víctimas de la violencia. En una encuesta, dos terceras partes de las personas que vivían en la calle reportaron haber sido victimizados en el último año. El setenta y cinco por ciento de los crímenes fueron agresiones sexuales y el 23 por ciento fueron violaciones.⁵⁷ Aunque menos del cinco por ciento de la población en general tiene una enfermedad mental grave, se calcula que estas personas abarcan entre el 20 y el 40 por ciento de la población que vive en la calle.⁵⁸ Además, los vecindarios frecuentemente se organizan para bloquear proyectos de vivienda que alojarían a personas que viven con una enfermedad mental o con problemas de conducta. Este tipo de oposición lleva al aumento de costos y a problemas para crear las nuevas viviendas accesibles que son necesarias,

y para encontrar ubicaciones para servicios y programas comunitarios para personas que viven con una enfermedad mental.

Las leyes federales prohíben la discriminación a causa de discapacidades, incluidas las enfermedades mentales, contra las personas que buscan vivienda. La Ley Federal de Vivienda

Justa prohíbe la discriminación tanto contra individuos como contra comunidades. Sin embargo, para las personas que han sufrido discriminación puede ser difícil establecer las pruebas y encontrar representación legal

para buscar la reparación. El financiamiento a organizaciones de apoyo legal ha menguado significativamente. Además, muchas personas no cumplen con los requisitos para recibir apoyo legal y entablar una demanda contra un empleador o un propietario puede ser un proceso difícil.⁵⁹

Empleo

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades prohíbe la discriminación en el empleo, los servicios públicos, el transporte y los lugares públicos. Sin embargo, una encuesta de 1995 realizada con empleadores de Estados Unidos mostró que la mitad difícilmente emplearía a alguien con una discapacidad psiquiátrica y casi una cuarta parte despediría a alguien que no hubiera informado sobre alguna enfermedad mental que tuviera.⁶⁰ La pérdida del trabajo puede dar como resultado el empobrecimiento, así como la pérdida de una fuente de logro personal y de participación en la sociedad convencional, lo cual puede ser una clave para la recuperación.

Sistemas educativos

Las instituciones educativas, incluyendo los programas preescolares, las escuelas que imparten desde jardín de niños hasta 12vo.

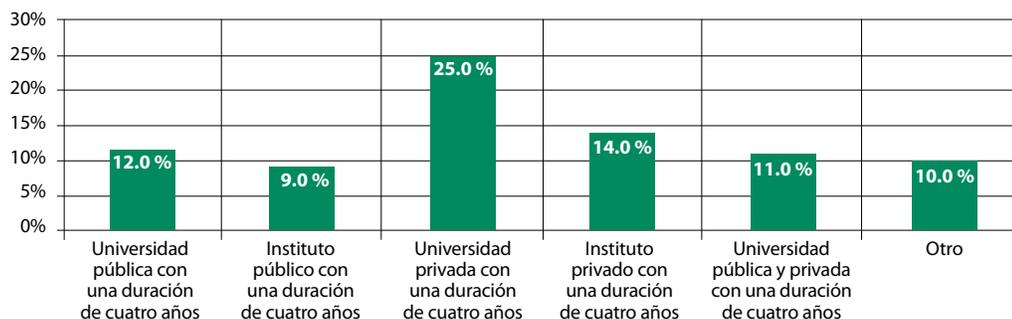
grado y los campus de educación superior, son otro sistema donde se viven el estigma y la discriminación. Sin embargo, las escuelas están en una posición privilegiada para alentar a las personas a buscar ayuda y para rechazar las ideas equivocadas sobre los trastornos sociales, emocionales y de conducta y las enfermedades mentales. Muchas escuelas atienden el estigma y la discriminación a través de una variedad de programas y planes de estudio sobre temas que van desde la educación general sobre salud mental hasta campañas para reducir el acoso escolar. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, muchos consumidores, familiares y defensores ven el sistema educativo como un ambiente que multiplica los efectos del estigma. También hay una preocupación cada vez mayor entre los educadores y profesionales de la salud mental sobre las formas en que los estudiantes responden y enfrentan la experiencia de crecer con una etiqueta negativa.

La educación sobre salud mental en las escuelas se está haciendo cada vez más limitada debido al enfoque en resultados académicos y en la examinación de los logros. Dado que uno de cada cinco niños y adolescentes experimentan los signos y síntomas de un trastorno de salud mental en el curso de un año, las escuelas son un entorno ideal para atender al estigma y a la discriminación.³ Maestros, asesores y personal escolar deberían tener oportunidades de desarrollo profesional relacionadas con atender preocupaciones comunes sobre la

salud mental, promover un desarrollo social y emocional saludable, e implementar estrategias culturalmente competentes para atender al estigma y a la discriminación, y a los temas relacionados. El liderazgo educativo es una postura única para desarrollar culturas escolares más sanas, más seguras y más inclusivas, como la implementación de programas bien establecidos como el de Construyamos Juntos Escuelas Eficaces (Building Effective Schools Together, BEST). El programa BEST incluye apoyos de conducta positivos e intervenciones basadas en la investigación y probadas por la investigación, que atienden a toda la población escolar.⁶¹

En el nivel universitario, los presupuestos restrictivos y la creciente necesidad de lograr más con menos recursos ha llevado a muchos centros universitarios de asesoría a desarrollar servicios alternativos. Los centros de asesoría universitarios fueron fundados en la década de 1950 para brindar asesoría vocacional a veteranos y otros estudiantes. En la década de 1970 y hasta principios de los ochenta, estos centros expandieron sus servicios para incluir una variedad de opciones clínicas, como la asesoría, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento personales; las pruebas psicoeducativas; la asistencia social; los programas de prevención; y la asesoría en las instalaciones universitarias.⁶² Aunque los centros de asesoría ofrecen una gran variedad de servicios de asistencia, sólo ofrecen terapia a 12.7% de la población universitaria.⁶³

Figura 4. Porcentaje de estudiantes de educación superior que buscan asesoría por tipo de escuela (2009)⁶⁴



Para los jóvenes adultos, llegar al centro de asesoría para recibir tratamiento por problemas de salud mental puede ser intimidante. A pesar de la prioridad que el centro dé a la confidencialidad, los estudiantes saben que un compañero podría estar sentado del otro lado de la sala de espera. Incluso es probable que los estudiantes duden entrar al edificio en donde se localiza el centro de asesoría. Un estudiante le informó a su consejero que tomó el elevador hasta el cuarto piso y después bajó por las escaleras hasta el tercer piso para que ningún estudiante lo viera salir del elevador del centro de asesoría. Otros estudiantes informaron que sólo utilizaron las escaleras por esta razón.⁶⁴

Los estudiantes atletas, en particular, podrían tener dudas sobre buscar ayuda, debido al énfasis respecto a que los atletas deben ser fuertes y para evitar cualquier acción que pueda ser percibida como una debilidad. Los estudiantes que son parte de fraternidades y de hermandades femeninas también podrían evitar asistir al centro de asesoría porque en ocasiones estas organizaciones dan prioridad a ocultar “imperfecciones” que pudieran tener un impacto negativo en su reputación. Pero el problema de salud más serio es que

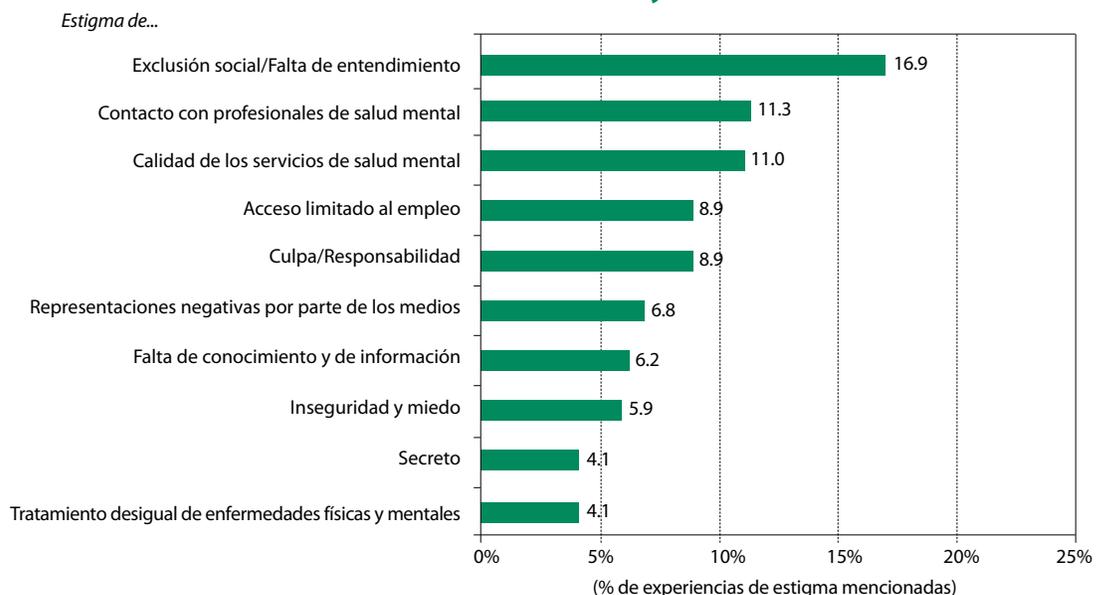
el estudiante de instituto experimente la idea de cometer suicidio. El suicidio es una de las causas principales de muerte en los estudiantes de instituto, pero más del 80 por ciento de los estudiantes que se han quitado la vida nunca visitaron el centro de asesoría. En cambio, aquellos estudiantes que reciben asesoría son seis veces menos propensos a suicidarse.⁶⁵

En el invierno de 2008, la Asociación Estadounidense de Salud Universitaria encuestó a más de 25,000 estudiantes de 40 universidades de todo el país. En esta evaluación nacional de salud universitaria, sólo el 30 por ciento de los estudiantes universitarios consideró “buscar ayuda de un profesional de la salud mental si tenía un problema personal que realmente le estuviera molestando”. Sin embargo, más del 50 por ciento reportó sentirse tan deprimido que le era difícil funcionar, y el 20 por ciento de los estudiantes informaron haber considerado seriamente el suicidio.⁶⁶

Sistema de salud mental

Algunos estudios han demostrado que el estigma es incluso frecuente dentro de la comunidad de proveedores de salud mental.⁶⁶

Figura 5. Las 10 experiencias de estigma más frecuentes de consumidores de servicios y sus familias⁶⁷



El estigma y la discriminación institucional dentro del sistema de salud mental podría dar lugar a políticas o acciones que creen injusticia en el acceso y la distribución de los recursos de salud mental para ciertos grupos de la población. Un estudio sobre los consumidores de salud mental y sus familiares mencionó que el estigma relacionado con los cuidados de la salud mental, por ejemplo, el contacto con los profesionales de la salud mental y la calidad de los servicios de salud mental, representaba casi un cuarto de sus experiencias de estigma (vea la gráfica en la página anterior).⁶⁷ Un médico se puede enfocar en los problemas y síntomas, y al parecer ignora las fortalezas y los recursos del individuo y de la familia, especialmente en el crítico contacto inicial y el diagnóstico.

Cuando la gente se topa con actitudes de estigma de los profesionales de la salud mental, es probable que evite buscar tratamiento o continuar con él. Un estudio sobre las actitudes de los profesionales de la salud mental acerca de la integración de la gente con enfermedades mentales serias o crónicas en la comunidad, encontró que el personal de salud mental en clínicas psiquiátricas para pacientes ambulatorios tiene más actitudes de exclusión que el personal de las agencias que proporcionan asesoría o servicios residenciales a gente con enfermedades mentales serias o continuas.⁶⁸

Sistema médico

Los individuos que viven con una enfermedad mental podrían enfrentar resistencia al intentar recibir servicios de atención médica apropiados y básicos. Algunos estudios sugieren que estos individuos reciben menos servicios médicos y es menos probable que reciban el mismo alcance de cobertura de su plan de beneficios

del seguro.¹⁵ Un estudio encontró que la gente con enfermedades mentales graves muere en promedio 25 años antes que la población en general.⁶⁹

Los proveedores del cuidado de la salud, incluyendo médicos, podrían no reconocer los síntomas de una enfermedad mental o no conocer un tratamiento efectivo. Por ejemplo, según el Instituto Nacional de Salud Mental, el 20 por ciento

de los adultos que murieron por suicidio visitaron a su médico de atención primaria el mismo día, el 40 por ciento en la misma semana y el 70 por ciento un mes antes del suicidio.⁷⁰

Un estudio encontró que la gente con una enfermedad mental seria muere en promedio 25 años antes que la población en general.

Sistema de justicia criminal

Con el cierre de muchos hospitales mentales públicos en la nación, las cárceles y las prisiones se convirtieron en los centros de salud mental más grandes de los Estados Unidos para aquellas personas cuyos problemas de salud mental las llevaron a cometer actos ilícitos.¹³ La criminalización de la enfermedad mental frecuentemente comienza cuando la policía, en vez de los profesionales de la salud mental, responde ante las crisis de salud mental. Los trabajadores de la prisión y la policía muchas veces no reciben la capacitación adecuada para trabajar de manera efectiva con individuos con enfermedades de salud mental. Además, las cárceles no están diseñadas para proporcionar el servicio de apoyo y tratamiento, y podrían además añadir angustia al individuo.⁷¹

Es más probable que la policía arreste a personas que muestren signos de enfermedades mentales serias,⁷⁵ y la gente que presenta alguna enfermedad de salud mental tiende a pasar más tiempo en la cárcel que quienes no tienen este tipo de enfermedad.⁷⁶ De los 30,000 presos con enfermedades mentales graves

Cárceles de las Torres Gemelas

Desde 1955, se eliminaron casi el 94 por ciento de las camas de los hospitales psiquiátricos públicos de California.⁷² Al mismo tiempo, el sistema de cárceles y las salas de emergencia de los hospitales de los condados han presenciado la entrada en grandes cantidades de individuos con enfermedades de salud mental. De un total de casi 20,000 presos del sistema de prisiones del condado de California, casi el 60 por ciento sufre algún problema de salud mental. El Departamento de Policía de Los Ángeles informa que en las cárceles de las Torres Gemelas casi cada noche se ocupan 1,000 camas por pacientes con enfermedades psiquiátricas, más de lo que sucede en cualquier institución mental al oeste del Mississippi.⁷³ De modo parecido, a más del 60 por ciento de los jóvenes en las cárceles del sistema juvenil de justicia se le diagnostica algún problema de salud mental.⁷⁴

que se encuentran en las cárceles y prisiones de California, la mayoría no son violentos y son infractores leves que terminaron en el sistema de justicia criminal en parte porque no recibieron el tratamiento comunitario apropiado.⁷⁷

Medios de comunicación

De los años 1950 a 1990, el porcentaje de estadounidenses que considera a las personas que viven con una enfermedad mental como peligrosos casi se duplicó.¹ Algunos observadores, incluyendo a la Dirección General de Salud Pública, han sugerido que la manera en la que los medios presentan la información influye en estas actitudes.³² Algunos estudios han encontrado una conexión clara entre las representaciones negativas de los medios

de comunicación sobre los problemas de salud mental y las actitudes y los estereotipos públicos.⁷⁸ Debido a que mucha gente se entera de lo que son las enfermedades mentales a través de los medios de comunicación y de las industrias del entretenimiento,⁵⁹ la información que es inexacta puede promover el estigma y la discriminación inadvertidamente.

A pesar de la idea general que se tiene de la conexión entre la violencia y los individuos que experimentan algún problema de salud mental, el informe sobre salud mental de la Dirección General de Salud Pública de 1999 enfatiza que hay muy poco riesgo de violencia o daño hacia algún extraño de contacto casual con una persona que viva con una enfermedad mental.³² Sin embargo, las imágenes de estigmatización del peligro de los enfermos mentales abundan en las noticias y en los campos del entretenimiento. Una encuesta de más de 3,000 periódicos encontró que el 39 por ciento de las historias de enfermedades de salud mental se enfocó en el peligro y la violencia.⁷⁹ Un estudio de 34 películas animadas producidas por la compañía Walt Disney, incluyendo "Dumbo" (1941), "La bella y la bestia" (1991) y "El rey león" (1994), encontró que el 85 por ciento contenía referencias verbales de enfermedades mentales, las cuales se utilizaron principalmente para apartar o degradar a los personajes.⁸⁰

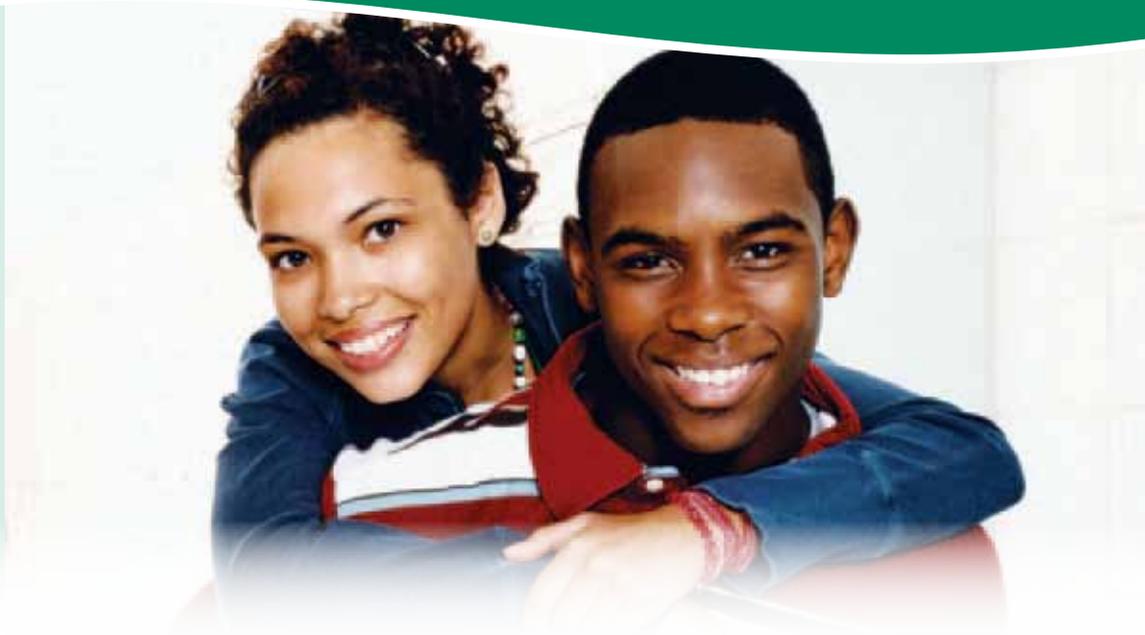
Oportunidades para el futuro

Existen tanto obstáculos como oportunidades importantes en la lucha contra el estigma y la discriminación hacia la gente que vive con trastornos de salud mental. California puede aprender de varios enfoques que grupos y comunidades han utilizado para lograr avances contra el estigma y la discriminación en otros frentes, como la discriminación racial, la homofobia y la aprobación exitosa de la Ley de los Estadounidenses con Discapacidades. California también tiene la oportunidad de

aprender de esfuerzos exitosos para contrarrestar el estigma y la discriminación relacionados con las enfermedades mentales en otros países, como Nueva Zelanda, Escocia, Inglaterra, Australia y Canadá, así como de otros esfuerzos dentro de los Estados Unidos. Además, podemos aprender de los enfoques generales del sector de salud pública

para cambiar actitudes y comportamientos hacia otros problemas de salud, como el control del tabaco, la promoción del uso de los cinturones de seguridad, el manejo responsable (sin alcohol), la prevención de la violencia y la prevención de la obesidad. En la Parte 2 se discuten estas oportunidades en profundidad.

PARTE 2: ESTRATEGIAS, ENFOQUES Y MÉTODOS PARA REDUCIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS CON LA SALUD MENTAL



Los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación de la salud mental son un fenómeno relativamente nuevo.

Consecuentemente, la investigación y evaluación de esta nueva área hasta la fecha son limitadas todavía. Mientras que California lanza sus esfuerzos, ¿qué debería guiar nuestras discusiones? ¿Qué sabemos sobre cómo prevenir y reducir de manera efectiva la discriminación y el estigma asociado con la salud mental a largo plazo?

¿Qué podemos aprender de anteriores esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación?

Los líderes que luchan contra el estigma, cuando lanzaron sus primeras campañas en los años 1990, partieron de las experiencias de esfuerzos exitosos en diferentes frentes, incluyendo los derechos de las personas con discapacidades, los derechos civiles y otros esfuerzos sobre los

derechos humanos y contra la discriminación. Estas campañas se han adaptado desde ese entonces, con base en sus éxitos y fracasos.

La primera campaña antiestigma se lanzó en 1996, por la Asociación Mundial Psiquiátrica, con un programa piloto en Canadá, el cual funcionó para aumentar la cobertura positiva de la salud mental en los medios de comunicación.⁸¹ Esta campaña, “*Open the Doors*”, creció hasta incluir a 19 países y desencadenó otras iniciativas alrededor del mundo.

La mayor parte de las campañas previas a gran escala utilizaron la publicidad de los medios de comunicación nacionales para educar al público. En Inglaterra, el Colegio Real de Psiquiatras, en su campaña con duración de cinco años, llamó al público a que se detuviera, pensara y entendiera: *Stop! Think! Understand!* En Escocia, una campaña patrocinada nacionalmente mostró fotografías de primer plano de individuos con enfermedades de salud mental, con su lema: *veme... (see me...)* *Soy una persona, no una etiqueta (I'm a person not a label)*. Campañas previas también incorporaron

esfuerzos que pedían que los medios de comunicación presentaran de manera más certera los casos de aquellos individuos que viven con una enfermedad mental.

Con el paso de los años, las campañas que luchan contra el estigma han descubierto que únicamente educar no es suficiente. La educación puede producir la existencia de un público mejor informado; sin embargo, no reduce la discriminación de manera significativa. Muchas campañas se han vuelto multifacéticas, al incorporar varios enfoques, como esfuerzos para cambiar las políticas y las leyes. Las campañas con frecuencia involucran a los individuos que viven con una enfermedad mental en todos los niveles del programa, incluyendo puestos de liderazgo y programas en los que pueden compartir sus experiencias personales. Muchas campañas se han basado en el trabajo que Patrick Corrigan realizó en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Chicago y en el Consorcio de Chicago sobre la Investigación del Estigma. Corrigan ha defendido los enfoques que identifican tanto a las poblaciones discriminatorias como a los comportamientos discriminatorios particulares como el objetivo de las campañas y de las acciones de protesta.⁸²

Las campañas que se llevan a cabo actualmente también tratan de influir en las actitudes y los comportamientos en varios niveles: individual, familiar, comunitario, sistemático, local, regional, estatal y nacional. Además, las campañas están trabajando en la incorporación de maneras más confiables y cuidadosas para crear un punto de referencia y evaluar sus esfuerzos.

Debido a la naturaleza incorregible de las actitudes, que muchas veces están ocultas, y de los comportamientos, que se pueden llevar a cabo de manera inconsciente, el impacto de las campañas puede tomar tiempo. Por lo tanto, aquellos individuos que estén planeando y llevando a cabo las campañas deben estar preparados para realizar un esfuerzo a largo plazo. Por ejemplo, la campaña de Escocia

“see me”, contra el estigma de la salud mental, asume que para que se dé un cambio importante y continuo va a tomar una generación.

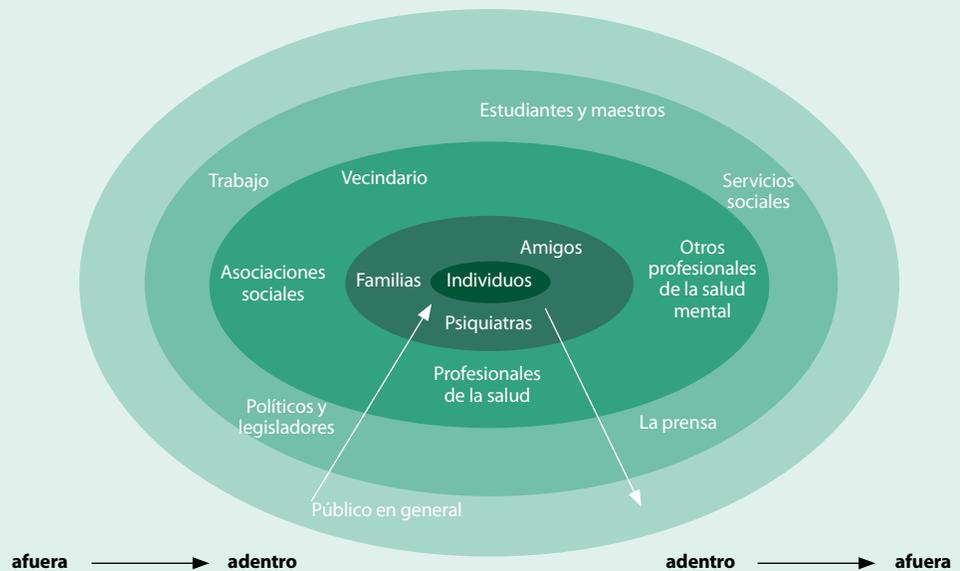
Características distintivas de una campaña exitosa de mercadotecnia social

La mercadotecnia social es similar a la mercadotecnia tradicional, pero en vez de alentar la compra de bienes o servicios, la mercadotecnia social alienta un cambio en la conducta. La mercadotecnia social puede ser una herramienta excelente para replantear la conducta, reducir las barreras al cambio, motivar a los individuos a explorar las alternativas de conducta, llegar a poblaciones descuidadas o desatendidas y empujar a las normas sociales hacia un cambio positivo. Lecciones de esfuerzos de mercadotecnia social enfatizan la importancia de la investigación estratégica y de la identificación del público al que se quiere llegar, así como las mejores estrategias y métodos para llegar a él e influir en él.

Con base en la revisión de cierto material publicado, una campaña exitosa de mercadotecnia social tiene ocho características fundamentales. Mientras mayor sea el número de las siguientes características incluidas en el esfuerzo, mayor será la probabilidad de tener éxito:

- Enfoques planeados y pensados cuidadosamente para llegar e influir al público, incluyendo la población en general y grupos específicos
- Multifacéticas, utilizando una variedad de métodos para lograr el cambio
- De varios niveles, enfocados de manera simultánea en los niveles individual, familiar, escolar, comunitario, organizacional y sistemático, tanto de manera local, como estatal
- Enfocadas en cambiar tanto las actitudes como los comportamientos

Figura 6. El modelo socioecológico⁸⁶



Este modelo no es estático ni poco sistemático. Más bien, cada capa se construye con base en las otras capas y afecta y se ve afectada por las demás capas.

Individuos (Intrapersonal): En el centro del modelo está el individuo. En este nivel fundamental se consideran los factores determinantes internos de la conducta, los cuales incluyen el conocimiento, las actitudes, las creencias y las habilidades. El modelo reconoce que hay muchas fuerzas externas que influyen en estos factores determinantes individuales.

Amigos, familias y psiquiatras (Interpersonal/Factores grupales): Ya sea una familia o un grupo de amigos, dos amigos o un grupo de apoyo, casi todos pertenecen a algún tipo de grupo. Los grupos proporcionan una identidad social y una definición de rol. Los grupos interpersonales son una manera importante de alentar más comportamientos de ayuda, y proporcionan a los individuos el conocimiento y apoyo que necesitan.

Asociaciones sociales, vecindarios y profesionales de la salud mental y de la salud (Institucional/organizacional):

Entre las asociaciones sociales están los lugares de culto, equipos deportivos y grupos voluntarios. Las organizaciones pueden influir en los comportamientos y las actitudes de sus miembros hacia la gente que vive con una enfermedad mental por medio de políticas, procedimientos, programas y estructuras formales o informales.

Trabajo, estudiantes y maestros, servicios sociales, los creadores de las políticas (comunidad): Una comunidad es como una organización grande, capaz de producir cambios ambientales y en las políticas para ayudar a influir en las normas y los principios para reducir el estigma y la discriminación. Dentro de las organizaciones grandes están las escuelas y los lugares de trabajo.

Público en general: Las políticas, las leyes, el comportamiento y las creencias en general pueden apoyar a las acciones de salud contra la discriminación y a la reducción del estigma.

- A largo plazo, ya que las actitudes y los comportamientos no cambian rápidamente y es necesario reforzarlos
- Financiados de manera adecuada
- Involucrar de manera activa a socios del programa y a participantes clave, dentro y fuera de la comunidad de salud mental
- Incorporar puntos de referencia y evaluaciones y utilizar los resultados para informar a los esfuerzos futuros^{83,84,85}

Cómo puede el modelo socioecológico ayudar a formular las intervenciones

Debido a que hoy en día la evidencia apoya un enfoque multifacético y multinivel, el siguiente modelo socioeconómico al parecer proporciona un esquema que podría ser efectivo para estructurar el trabajo futuro. Este modelo y la mercadotecnia social han jugado un papel crítico en varios esfuerzos de salud pública, en la promoción del uso del cinturón de seguridad, el control del tabaco, la prevención del suicidio y la prevención del VIH.

Este modelo socioecológico proporciona un esquema que enfatiza la relación entre las características determinantes de la salud, tanto de conducta como medioambientales. Esta relación es recíproca, el medio ambiente afecta a la conducta relacionada con la salud y la gente puede, por medio de sus acciones, afectar al medio ambiente. Este enfoque asume que la salud en general se moldea por una red de relaciones sociales.

El tema subyacente del modelo socioecológico es que las intervenciones más efectivas suceden de manera simultánea en varios niveles. Este modelo en particular conceptualiza un programa completo con cinco esferas o niveles de influencia que dan forma a la salud en general de un individuo, comunidad y sociedad.

Perspectiva general de los métodos primarios

Las campañas en contra del estigma han utilizado métodos o intervenciones para crear un cambio en las actitudes y los comportamientos. Estos métodos se pueden utilizar solos o junto con otros. Una campaña completa examinará cuidadosamente los méritos de cada método y la combinación de métodos. Los programas de reducción de la discriminación y del estigma existentes y pasados se utilizan como ejemplos de la variedad de herramientas disponibles.

Los métodos más utilizados son:

- Contacto interpersonal directo
- Educación
- Defensa, creación de una coalición y apoyo

Contacto interpersonal directo

La investigación sobre el contacto interpersonal directo ha mostrado que, para que sea efectivo, los participantes deben hacer lo siguiente:

- Tratarse como iguales
- Darse la oportunidad de conocerse
- Compartir información que contradiga estereotipos negativos
- Cooperar de manera activa
- Perseguir una meta en común^{87,88}

Las investigaciones muestran que generalmente la manera más efectiva de reducir el estigma es por medio del contacto personal con alguien que viva con una enfermedad mental.²⁸ Dentro de las campañas antiestigma exitosas típicamente están los vehículos que promueven el contacto interpersonal directo con los individuos que viven con una enfermedad mental. El contacto interpersonal directo puede ser alguna clase, una obra de teatro o conversaciones con gente en la vida diaria.^{15, 82} Muchos esfuerzos de contacto contra el estigma ofrecen presentaciones en las que los consumidores comparten historias personales.

The Heard, una junta de oradores organizada por la Campaña Nacional de Concientización de la Salud Mental, presenta a jóvenes que cuentan sus historias personales sobre la recuperación de una enfermedad mental en escuelas y otros lugares públicos. Los oradores amplían los conocimientos del público acerca de la recuperación de una enfermedad mental, sirve como un recordatorio de que los consumidores deben ser participantes activos en su propio cuidado y proporcionan esperanza y empoderamiento a otras personas que están viviendo con una enfermedad mental.

En California, el programa *Stamp Out Stigma* presenta un panel interactivo de cuatro a seis oradores que comparten sus historias personales. El programa ha ofrecido más de 1,300 presentaciones ante diversos públicos, incluidos hombres de negocios responsables de formular políticas, educadores, médicos y el público en general, por medio de programas de radio y televisión. Además, la organización consulta a las organizaciones que se encargan del cumplimiento de la ley, médicos, dentistas y otros profesionales.^{13,90}

La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI) también organizó una agencia de oradores, llamada *In Our Own Voice*.⁹¹ El grupo de oradores, que tiene presentaciones de individuos que viven con enfermedades de salud mental, disminuyó el estigma de manera significativa, a comparación de la educación basada en hechos reales proporcionada por profesionales de la salud mental.⁹²

En otra investigación, los estudiantes de preparatoria mostraron actitudes menos

estigmatizantes después de que los consumidores les ofrecieron presentaciones de una hora.⁹³

Algunos estudios sugieren que los cambios en la actitud provocados por el contacto pueden persistir bastante tiempo, pero a un nivel reducido.^{94,95} Sin embargo, algunos

Algunos estudios sugieren que los cambios de actitud provocados por el contacto pueden persistir por bastante tiempo, aunque a un nivel reducido.

investigadores, mientras que afirman que el contacto tiende a producir resultados positivos, cuestionan la calidad metodológica de este trabajo.⁹⁶

Los investigadores desarrollaron y probaron un modo en particular de interacción entre estudiantes de diversidad étnica, llamado grupos de aprendizaje cooperativo (pequeños grupos en donde los estudiantes trabajan para alcanzar objetivos en común que los beneficien a ellos y a todos los miembros del grupo para maximizar el aprendizaje de todos). Un número considerable de evidencias demuestra la efectividad de los grupos de aprendizaje cooperativo para incrementar la atracción entre los miembros de diferentes categorías sociales, y los efectos de estos grupos se pueden extender hasta incluir a estudiantes con discapacidades.⁹⁷

Los investigadores de los programas en contra del estigma en Nueva Zelanda recomiendan que un programa educativo sea utilizado para facilitar estas condiciones de contacto. Bajo este modelo, la gente que ha experimentado trastornos de la salud mental asume papeles de capacitadores; la capacitación está diseñada de tal manera que todos los participantes alcancen metas en común, que cooperen de manera activa y se conozcan. El intercambio de la información se enfoca en el rechazo de estereotipos negativos. Iniciativas en Nueva Zelanda y otros países que han tomado este enfoque reportan haber tenido resultados positivos.

Educación

La educación puede dirigirse a un público general o específico. Es una característica clave en casi cualquier campaña antiestigma.

Educación pública

Las campañas de educación pública han sido eficientes para influir en las actitudes y en el cambio de conducta en el campo de la salud pública, así como para reducir la discriminación y el estigma de la salud mental. Una campaña de educación pública puede incrementar la conciencia y el entendimiento como una manera de reducir las actitudes estigmatizantes. Para que una campaña sea exitosa, es necesario un esfuerzo coordinado entre las agencias, la comunidad, las organizaciones, los líderes comunitarios, las agencias de publicidad y los medios de comunicación.¹² Se pueden transmitir mensajes hechos cuidadosamente por medio de anuncios, televisión, radio, películas, discos compactos, periódicos, Internet, folletos o ropa y accesorios. Los anuncios por televisión son más económicos, pero desafortunadamente muchas veces están al aire cuando muy poca gente está viendo la televisión y no ofrecen el alcance o la saturación que se necesita para producir un cambio de conducta social efectivo. La publicidad pagada, que es más efectiva pero más cara, le permite a la campaña llegar a cierto público específico, al sacarla al aire en un momento específico.

Las investigaciones demuestran que algunos esfuerzos educativos han producido mejores actitudes a corto plazo.¹⁵ Las intervenciones educativas podrían producir cambios grandes y a más largo plazo, si enfatizan los intercambios de concesiones mutuas en vez de un formato de lectura estricto.¹³ La experiencia en el campo de la promoción de la salud demuestra que podría ser necesaria la exposición múltiple (saturación) en los materiales educativos para producir cambios a largo plazo en las actitudes y el comportamiento.

Iniciativa de Eliminación de Barreras de la Administración de Servicios de Salud Mental y de Abuso de Sustancias

En enero de 2003, el Centro de Servicios de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud Mental y de Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) lanzó la Iniciativa de Eliminación de Barreras (*Elimination of Barriers Initiative*, EBI). El propósito de la EBI era identificar los enfoques efectivos para hacer frente al estigma y a la discriminación por los que atraviesan las personas con enfermedades mentales. La EBI era un proyecto de manifestación con duración de tres años para probar los enfoques para hacer frente a la discriminación y al estigma en ocho estados piloto: California, Florida, Massachusetts, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Texas y Wisconsin.

En el caso de la EBI, las estrategias y las tácticas de la mercadotecnia social alentaban a ciertos públicos específicos a adoptar actitudes favorables y a ser parte de un ambiente de aceptación hacia las personas con enfermedades mentales. Los tres públicos específicos eran: el público en general (adultos de 25 a 54 años), la comunidad empresarial y los educadores de la secundaria.

La EBI empleó tres estrategias de mercadotecnia social definidas, las cuales, según los investigadores, reducen la discriminación y el estigma: educación pública, contacto directo con consumidores de la salud mental y recompensas por representaciones positivas de la gente que vive con una enfermedad mental.

Los enfoques multifacéticos y de varios niveles que analizan los ambientes variables de las audiencias específicas (familia, comunidad y sociedad) son importantes.

Algunos investigadores se preocupan por la posibilidad de que los esfuerzos particulares pudieran fallar y resultar en un afianzamiento de estereotipos negativos si la educación no se lleva a cabo cuidadosamente. La atención a una

representación desinformada de la enfermedad podría hacer que esa imagen se fije más en la mente de las personas, en vez de una imagen nueva, más apropiada y positiva.¹³

En los Estados Unidos, las campañas de educación en contra del estigma han sido patrocinadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y la SAMHSA, con su *Campaña de Recuperación de la*

Nueva Zelanda: *Like Minds, Like Mine*

El programa nacional de Nueva Zelanda, *Like Minds, Like Mine*, ha recibido elogios debido a su enfoque completo, de varios niveles y a largo plazo basado en la mercadotecnia social y dedicado a contrarrestar el estigma y la discriminación. Se ha visto de manera general como uno de los programas contra la discriminación de la salud mental más exitosos.⁹⁹ Implementado desde 1997, también es el programa nacional de mayor duración.

En 2006, más del 50 por ciento de los consumidores participantes reportó niveles reducidos de estigma y discriminación de la familia, servicios de salud mental y del público, y alrededor del 50 por ciento reportó una reducción del estigma y de la discriminación en el área laboral.¹⁰⁰ Después de 11 años, el porcentaje del público que ve a los individuos con trastornos de la salud mental como más peligrosos que otras personas disminuyó un 14 por ciento.¹⁰¹

El programa ha utilizado varios métodos, como:

- Campañas de publicidad en radio y televisión a nivel nacional
- Conferencias impartidas por personas que viven con una enfermedad mental que comparten sus experiencias
- Actividades y programas locales, como exhibiciones de arte y fotografía, marchas y protestas públicas y eventos culturales maoríes

- Asesoría a los medios para difundir historias personales positivas, lineamientos para periodistas, capacitación para estudiantes de periodismo y otros esfuerzos para alentar el reportaje sin discriminación
- Promoción de políticas de prevención de discriminación y acceso equitativo a vivienda, educación y trabajo

El programa es un esfuerzo de colaboración que incluye a un amplio número de agencias, como a los proveedores del servicio de salud mental, organizaciones y redes operadas por los consumidores y organizaciones no gubernamentales.¹⁰² Incluye esfuerzos de relaciones públicas nacionales y actividades de capacitación y promoción regional. Con el paso del tiempo se ha ido adaptando; ahora incorpora un esquema de planeación basado en los resultados y está trabajando para reforzar el papel que las personas que viven con enfermedades mentales juegan en el liderazgo, la administración y la operación del programa. El programa evalúa sus esfuerzos por medio de encuestas nacionales y sesiones de grupo. Durante sus primeros cinco años, tenía un financiamiento de casi \$1.5 millones anuales de dólares estadounidenses. Como comparación, la población de Nueva Zelanda es alrededor del 12 por ciento de la población de California.

Salud Mental. Un grupo sin fines de lucro, *No Kidding, Me Too!*, utiliza su junta de asesoría de celebridades (entre los miembros están Ed Bagley Jr., Jeff Bridges, Matt Dillon y Edie Falco) para promover mensajes de empoderamiento y aceptación.

Otro tipo de educación pública incluye sesiones informativas comunitarias, materiales educativos para lugares de empleo, presentaciones, clases y talleres.

Educación dirigida

Algunas investigaciones han demostrado los beneficios de la información y del contenido hecho a la medida de

grupos específicos para mejorar la efectividad de un mensaje.¹⁰³

Las campañas dirigidas se pueden enfocar en grupos de una edad en

particular, como niños, adolescentes, jóvenes en edad de transición o adultos mayores.

Las campañas dirigidas a los niños se consideran particularmente importantes para influir las actitudes de estigmatización y los comportamientos discriminatorios antes de que estas actitudes se desarrollen o se establezcan firmemente. Entre estas campañas está BEST (vea la página 23).

Algunos estudios han mostrado que las actitudes de los niños hacia las enfermedades mentales se establecen firmemente entre el sexto grado y el octavo grado. Al mismo tiempo, los antecedentes del estigma y de la discriminación se manifiestan en edades muy tempranas, en forma de exclusión de sus compañeros y aislamiento social. Esta manifestación sugiere que los esfuerzos de prevención y educación tempranas podrían ayudar a evitar el desarrollo de actitudes

estigmatizantes.¹⁰⁴ Las escuelas no sólo tienen la posibilidad de llegar a muchos niños, sino que también es más probable que los niños acepten las lecciones relacionadas con el entendimiento de otros a una edad más joven.¹⁰⁵ Algunos investigadores han insistido en la importancia del desarrollo y de la implementación de programas educativos en contra del estigma basados en la escuela.¹³

La *Campaña Nacional de Concientización de la Salud Mental* fue una campaña nacional de educación pública, la cual no pertenecía a ningún partido, lanzada como parte de la Conferencia sobre Salud Mental de la Casa

Blanca en 1999, organizada por Tipper Gore, esposa del vicepresidente Al Gore. La campaña transmitió anuncios de servicio público dirigido

a adolescentes en MTV y otros medios populares entre los jóvenes. El resultado fue impresionante, pues se reportaron más de 12 millones de visitas a su sitio web, www.whatadifference.samhsa.gov, en los primeros cinco meses del programa, lo cual indicó la existencia de una discusión e investigación sobre la salud mental mucho mayor.⁸²

Las campañas también pueden estar dirigidas a grupos de inmigrantes, étnicos o raciales o a otro tipo de comunidades, como organizaciones de fe. Por ejemplo, la SAMHSA desarrolló materiales educativos antiestigma en español.⁸³ De 2004 a 2008, Inglaterra condujo su campaña antiestigma, *Shift*, la cual se dirigió específicamente a afroamericanos y a otras comunidades étnicas.¹⁰⁶ Los Ministerios de la Salud Mental en San Diego produjeron videos y DVD para reducir el estigma relacionado con la salud mental en comunidades de fe.¹⁰⁷

La educación y prevención tempranas pueden ayudar a evitar el desarrollo de actitudes estigmatizantes.

Reino Unido: *Changing Minds*

Changing Minds, un programa antiestigma conducido por el Colegio Real de Psiquiatras de 1998 a 2003, incluyó varios niveles de educación pública para reducir el estigma, con un enfoque especial en la educación familiar. Dentro de la población a la que estaba dirigido el programa se incluyen médicos, niños y jóvenes, empleados, los medios de comunicación y el público en general. Se desarrolló una importante serie de herramientas. Estas herramientas, las cuales generalmente siguen disponibles, incluyen artículos, libros, folletos, hojas informativas, DVD, discos compactos para maestros, separadores de libros con el lema y libros de historietas. Los libros de historietas, para niños de cuatro a siete años, tratan el tema de cómo es ser diferente. En "Peaches", los niños aprenden que Peaches es diferente y ella no tiene la culpa de esto. Otros cachorros la molestan, pero ella aprende que, con el apoyo de su familia y amigos, puede usar su ladrido para ayudar a los demás. En "Quackeline", los niños aprenden sobre un pato que quería ser un cisne, pero descubrió la importancia de ser él mismo.

Algunas campañas se dirigieron a amigos, padres, familiares y otras personas que están en contacto con los individuos que viven con una enfermedad mental. La campaña de medios *What a Difference* de la SAMHSA se dirigió a los jóvenes en edad de transición, y los animaba a mantener sus contactos sociales con amigos que que vivieran con una enfermedad mental.¹⁰⁸ Otras campañas se dirigieron a grupos que podrían tener un poder particular de estigmatizar o discriminar, como empleadores, administradores de las escuelas, propietarios, profesionales de la salud mental o de la salud en general, miembros de los medios de comunicación y personas encargadas de la toma de decisiones. La Fundación Personas con

Discapacidades, de San Francisco, produjo un video educativo para empleadores. El programa *Open the Doors* en el Condado de Boulder, Colorado, lanzó esfuerzos para educar y cambiar actitudes dentro del sistema de justicia criminal. El programa ofrece capacitación para policías, asistentes sociales, correccionales, abogados y jueces.¹⁰⁹

Otros ejemplos de esfuerzos educativos dirigidos son: capacitaciones, plan de estudios educativo y programas educativos. La Asociación de Agencias de Rehabilitación Social de California desarrolló un plan de estudios antiestigma para los programas educativos de trabajo social. En Maryland, el proyecto antiestigma *On Our Own* está dirigido al estigma en los servicios de salud mental, por medio de talleres diseñados para romper las barreras entre los consumidores, los familiares, los proveedores y el personal administrativo.¹¹⁰ Al utilizar a los consumidores como capacitadores, los talleres han permitido que los participantes de todos lados vean las situaciones desde puntos de vista diferentes y han reducido interacciones polarizadas entre los consumidores y el personal.¹¹¹ Igualmente, la NAMI patrocinó un *curso educativo a proveedores* con duración de 10 semanas, dado por los consumidores y sus familiares.

Defensa, construcción de una coalición y apoyo

Los investigadores, junto con el departamento de salud nacional de Escocia, han señalado que cualquier esfuerzo realizado para combatir la discriminación, el estigma y la exclusión social necesita reconocer las diferencias de poder importantes que existen entre la gente que vive con una enfermedad mental y quienes los discriminan. Reducir la discriminación requiere una reducción de desequilibrios en el poder político, económico y social.¹¹²

La defensa en contra del estigma se ha enfocado de manera primordial en los medios y en el trabajo en los campos legal y político.

La defensa también puede tomar forma de esfuerzos comunitarios dirigidos a normas comunitarias o institucionales, como boicots, mítines y campañas de envío de cartas.

Defensa en los medios

Los programas de defensa en los medios han sido una forma popular y efectiva de influir y alterar el contenido relacionado con la salud mental en las películas, la televisión, los programas y los medios impresos. La defensa en los medios es un área importante para llevar a cabo acciones, ya que se cree que la cobertura en noticias y las representaciones en las películas son uno de los factores principales que contribuyen en la deformación de las actitudes públicas acerca de los individuos que viven con una enfermedad mental.^{13,113}

El esfuerzo más grande en los Estados Unidos es el *StigmaBusters* de la NAMI. *StigmaBusters* y su red, de casi 20,000 defensores monitorea y protesta en contra de representaciones estigmatizantes o imprecisas sobre las enfermedades mentales en TV, películas, medios impresos y otros tipos de medios. *StigmaBusters* logró en el año 2000 que se sacara del aire el programa de televisión de ABC *Wonderland*, el cual se enfocaba en un hospital psiquiátrico. *StigmaBusters* no sólo se quejó con productores y administradores de ABC, sino también con los directores ejecutivos de los patrocinadores.^{82,114} Entre otras organizaciones de los Estados Unidos involucradas en la eliminación del estigma está el Centro de Información Nacional de Estigma, en Nueva York. Se han utilizado otros esfuerzos similares enfocados en los medios en Inglaterra, Escocia y Australia.

Los programas de recompensa son otro medio de influencia en los medios. Varios esfuerzos antiestigma de los Estados Unidos han incluido programas de recompensa. Los *Voice Awards*, patrocinados por la SAMHSA y algunos otros socios, es una ceremonia anual que se lleva a cabo en Los Ángeles, en la cual se reconoce a los productores y escritores del mundo del

entretenimiento por sus representaciones respetuosas, dignas y precisas de la gente que vive con una enfermedad mental.¹¹⁵ El Centro de Salud Mental Comunitario DiDi Hirsch lleva a cabo un evento anual llamado *Erasing the Stigma Leadership Award* para honrar a quienes trabajan para reducir el estigma en Hollywood.¹¹⁶ Otros esfuerzos relacionados con los medios son:

- El reconocimiento al periodismo *Rosalynn Carter Fellowships for Mental Health Journalism*, un programa del Centro Carter, fundado por el expresidente de Estados Unidos, Jimmy Carter, y la ex primera dama Rosalynn Carter¹¹⁷
- La *Mental Health Media Partnership*, un programa de la Campaña Nacional de Concientización de la Salud Mental, que sirve como un puente de información entre los expertos de la salud mental y la industria del entretenimiento¹¹⁸

Defensa legal

Los Estados Unidos cuenta con varias leyes poderosas contra la discriminación, incluyendo la Ley de la Vivienda Justa y la Ley de los Estadounidenses con Discapacidades, considerada por muchos la ley contra la discriminación de discapacidades más completa en el mundo, la cual cubre las discapacidades psiquiátricas.¹¹⁹ Aún así, los esfuerzos contra la discriminación se siguen enfocando en la mejora de las políticas públicas y las regulaciones para proteger contra la discriminación o para hacer cumplir o buscar la compensación por medio de los tribunales bajo la legislación existente. Otros métodos sistemáticos bajo esta categoría incluyen investigaciones, evaluaciones o revisiones diseñadas para determinar si las leyes, las políticas o los procedimientos existentes se cumplen y se hacen valer. Algunos observadores señalan que el cumplimiento de las leyes y el avance en las políticas son componentes esenciales para tener éxito en la lucha contra el estigma y la discriminación.

“Las iniciativas para reducir la discriminación deben usar los puños de hierro de la ley dentro del guante de terciopelo de la persuasión.”

– Liz Sayce, exdirector de la Comisión de Derechos de la Discapacidad de las Políticas y Comunicación de Inglaterra

Varios esfuerzos antiestigma han incorporado nuevas leyes o cambios en las políticas. Por ejemplo, la campaña antiestigma *Time to Change* recientemente lanzada en Inglaterra incluye un componente llamado Time to Challenge, el cual presentaba juicios de discriminación de los discapacitados en problemas importantes públicamente.¹²⁰ Organizaciones como el Centro Bazelon para las Leyes de Salud Mental y el Fondo de Defensa y Educación sobre los Derechos de la Discapacidad proporcionan servicios de defensa legal para los individuos que viven con una enfermedad mental.

Construcción de la coalición

Un componente importante de las campañas contra la discriminación y el estigma es la construcción de la coalición de diferentes individuos, organizaciones y sectores para trabajar juntos hacia una meta en común. Un grupo de organizaciones ha lanzado varias campañas, en vez de que una sola entidad lo haga. Por ejemplo, en Escocia, el gobierno federal financió la campaña *see me...*, pero una alianza de cinco organizaciones de la salud mental de Escocia fue quien la operó. El reciente esfuerzo de Inglaterra, *Time to Change*, es financiado por medio de un fondo de lotería y lo operan tres organizaciones no gubernamentales: Mental Health Media, Mind y Rethink.

Apoyo

El apoyo y las actividades de guía pueden tomar la forma de grupos de apoyo, esfuerzos

Salud mental en la atención médica primaria

La atención médica primaria de la comunidad es muchas veces el primer lugar en donde se detectan y tratan los problemas de salud mental. También es a menudo el primer punto de contacto para identificar y tratar a los individuos que de otra manera podrían enfrentar barreras culturales, de estigma o de otra naturaleza para acceder a los servicios de salud mental tradicionales. Los centros de salud pueden jugar un papel único para proporcionar acceso a servicios de salud mental para individuos que tal vez nunca han buscado servicios de salud mental tradicionales. Si la gente está físicamente enferma o no lo está, o qué tan enferma está, no es uno de los factores más determinantes para tomar la decisión de visitar a un médico. Algunos estudios sugieren que sólo del 12 al 25 por ciento del uso de la atención médica se le puede atribuir a la discapacidad o morbosidad. Casi el 70 por ciento de todas las visitas de atención médica tienen una base psicosocial. De las diez quejas más comunes dentro de la atención primaria, menos del 10 por ciento tienen una etiología física diagnosticable. Las razones psicosociales más frecuentes para la utilización médica son desórdenes de conducta, adicción a drogas o alcohol, apoyo social deficiente, falta de habilidades para sobrellevar las cosas y un ambiente de trabajo o en casa estresante.¹²¹

de asesoría, ayuda técnica y estrategias de empoderamiento. La NAMI tiene un programa, *Connection Recovery Support Group*, el cual ofrece grupos de apoyo para los consumidores, en donde los adultos que viven con una enfermedad mental pueden intercambiar estrategias para sobrellevar las cosas e historias exitosas de recuperación.¹²²

El Centro ADS de la SAMHSA, también conocido como “Resource Center to Promote Acceptance, Dignity and Social Inclusion Associated with Mental Health”, ofrece una amplia variedad de servicios de apoyo, incluyendo un sitio web, recursos, capacitación, asistencia técnica para ayudar a crear iniciativas de inclusión social, así como herramientas para ayudar a quienes viven con una enfermedad mental a obtener información sobre sus derechos legales. El Centro Nacional de Información de Autoayuda para los Consumidores de la Salud Mental de Filadelfia conecta a la gente con los recursos de defensa y

Programas para los clientes de salud mental de la red del Condado de Alameda

La red del Condado de Alameda de clientes de salud mental proporciona el *Centro de Visitas de Berkeley*, el cual ofrece servicios directos guiados por iguales (grupos de apoyo, defensa de casos, defensa general, información y referencias, grupos de instrucción, comida gratis, teléfono, libros, revistas, ayuda con el transporte y ropa) y actividades recreativas (socialización y actividades artísticas).

En otro programa, *Reaching Across*, las personas con problemas y enfermedades emocionales se ayudan entre ellos al ofrecer apoyo mutuo y al escuchar a los oradores. Todos los que son parte del programa deben compartir la responsabilidad y tomar parte activa en él.

autoayuda, y ofrece capacitación, programas de capacitación y asistencia técnica.

Muchas de las maneras de empoderamiento están alineadas con los métodos descritos con anterioridad sobre la defensa, incluyendo la participación en acciones legales y de políticas y en protestas. Dentro de otras estrategias de empoderamiento están los proyectos de desarrollo económico, los cuales ofrecen capacitación laboral y empleo.

Los estudios preliminares de dos centros de investigación federal y muchos investigadores independientes han encontrado que, a nivel individual, dentro de los beneficios de la participación en autoayuda impartida por iguales, está el aumento de la independencia y de la confianza en sí mismo, una autoestima más alta, mejores habilidades para sobrellevar situaciones y sentimientos de poder personal; así como un mayor conocimiento de los servicios, los derechos, la vivienda, el empleo y otros elementos de especial preocupación para quienes experimentan un problema de salud mental.

Un ejemplo de un enfoque de empoderamiento es el desfile *Orgullo Loco (Mad Pride)*, patrocinado por MindFreedom International en todo el mundo, desde Eugene, Oregon, hasta Cape Town, Sudáfrica. Estos desfiles celebran la cultura y los derechos humanos de los consumidores de la salud mental.¹²⁴ Los activistas y artistas que utilizan el término “loco” en estos esfuerzos ven este enfoque como un acto de reclamo de poder sobre los estereotipos negativos históricos.¹²⁵ También son comunes las actividades artísticas e incluyen *Nada que esconder: enfermedad mental en la familia (Nothing to Hide: Mental Illness in the Family)*. Esta galardonada exhibición fotográfica, desarrollada por el Proyecto de Diversidad Familiar sin fines de lucro, cuenta historias conmovedoras sobre individuos valientes y sus familias, cuyas vidas se ven afectadas por una enfermedad mental.^{126,127}

Investigación

Existe una escasez de descubrimientos de evaluación e investigación para establecer claramente qué métodos o combinación de métodos ayudará más a reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con un problema de salud mental.^{112,128} Muchos estudios no se han controlado, les ha faltado tiempo para estudiar los resultados o han sido pequeños. Se han utilizado medidas de informe personal, que pueden ser inconsistentes con los estándares para recolectar información. Debido a estas dudas en la información sobre la efectividad de varios enfoques contra la discriminación y el estigma, se deben construir evaluaciones diseñadas de manera cuidadosa en los programas antiestigma para que el aprendizaje se pueda compartir.¹³ Se aconseja fuertemente las evaluaciones que utilizan la metodología participativa de la comunidad (en las que la comunidad está involucrada tanto en la conducción como en la evaluación de estudios dentro de su comunidad).

Documentos como *El proyecto del bienestar: clientes de salud mental hablan por sí mismos* (*The Well-Being Project: Mental Health Clients Speak for Themselves*), y *La gente normal no quiere conocernos: perspectivas y experiencias de primera mano sobre el estigma y la discriminación* (*Normal People Don't Want to Know Us: First-Hand Experiences and Perspectives on Stigma and Discrimination*), son ejemplos de los esfuerzos previos de la comunidad de la salud mental para poner atención en los problemas de la discriminación y del estigma de la salud mental.^{129,130} Sin embargo, los programas contra la discriminación y el estigma no han tenido el tipo de investigación y evaluación que otros programas a largo plazo, más establecidos, han tenido, como el Programa de Control de Tabaco de California.

Clínica Nhan Hoa

La Clínica Nhan Hoa en el Condado de Orange, California, ha trabajado junto con Servicios comunitarios de Korea y la Alianza comunitaria de los isleños asiáticos del Condado de Orange para establecer el Programa de compromiso y alcance de los asiáticos e isleños del Pacífico. Esta sociedad colaborativa proporciona un enfoque completo de los servicios de salud mental a las comunidades de asiáticos e isleños del Pacífico. Juntos, la clínica tiene habilidades lingüísticas en coreano, tagalo, chino, samoano, vietnamita y otros idiomas de los asiáticos e isleños del Pacífico. La Agencia del Cuidado de la Salud del Condado de Orange financia estos programas con fondos proporcionados por la propuesta 63 de la Ley de Servicios de Salud Mental.¹²³

Creación del futuro en California

La siguiente sección del plan se enfoca en cómo los californianos pueden relegar la discriminación y el estigma de la salud mental al pasado. La sección es una llamada a las comunidades, al gobierno local y estatal, al sector privado, a los negocios, a las organizaciones no gubernamentales y a todos y cada uno de los californianos a que actúen. Las estrategias y los pasos discutidos en la Parte 3 requerirán creatividad, una cuidadosa planificación y determinación y coordinación tanto a nivel local como estatal para hacer la diferencia.



El *Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental* sirve como un programa diseñado para que una amplia gama de personas, organizaciones y sistemas tomen ciertas medidas. La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental recomienda revisar este plan cada tres años. El plan está organizado en tres niveles de atención para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental: líneas estratégicas, acciones recomendadas y pasos siguientes.

El plan ofrece una gama integral de estrategias que van desde el cambio de las actitudes, creencias y prácticas, hasta la promoción de la conciencia y la responsabilidad, la aplicación de las leyes y ampliar la información disponible mediante la investigación y la evaluación. Los programas y servicios generados a partir de este plan deben ir más allá de los enfoques tradicionales. Un enfoque adaptado a la comunidad es esencial y requerirá estrategias

aplicables a toda la comunidad, así como políticas y prácticas ambientales y organizativas pertinentes. Los socios estatales y locales que abarcan múltiples disciplinas y ámbitos deben trabajar en conjunto para crear el enfoque integral de múltiples niveles necesario para marcar la diferencia en California.

Las cuatro líneas estratégicas son niveles amplios de enfoque que sirven como objetivo central para adoptar acciones recomendadas más específicas. Estas 26 acciones no constituyen una lista exhaustiva, pero en este momento han surgido como prioridades para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental y su impacto en las personas, familias y comunidades en toda California. Estas recomendaciones se basan en los datos y en la evidencia presentados en los dos capítulos anteriores, y se perfeccionaron durante numerosos y enriquecedores debates del Comité Asesor contra el estigma y la discriminación asociados con la salud mental y a través de talleres públicos.

Los pasos siguientes, que se muestran con viñetas, son maneras específicas en las que estas acciones recomendadas pueden ponerse en marcha, ya sea a nivel estatal, regional o local. Estas líneas estratégicas, acciones recomendadas y pasos siguientes establecen la base para un enfoque integral destinado a reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental. Todos los aspectos de este trabajo deben incorporar los seis principios centrales desarrollados por el Comité Asesor:

Principio central 1: Poner en marcha estrategias y programas competentes a nivel cultural y lingüístico, que sirvan para reducir las diferencias y para reflejar los valores y las creencias de poblaciones diversas.

Principio central 2: Emplear un enfoque de por vida que sirva para satisfacer de forma efectiva las necesidades de los diferentes grupos de edad.

Principio central 3: Involucrar a una amplia gama del público, incluidos los consumidores de servicios de salud mental, familiares, amigos, cuidadores, profesionales del cuidado de la salud mental y profesionales asociados, defensores y agencias que interactúen con niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Principio central 4: Abordar todos los tipos de estigma y leyes contra la discriminación.

Principio central 5: Basarse en prácticas prometedoras y modelos probados.

Principio central 6: Reconocer que las personas que viven con una enfermedad mental son resistentes y tienen la capacidad de recuperarse, y que los mejores resultados en el tratamiento esas personas se obtienen con los programas voluntarios que ofrecen alternativas y opciones.

Ejemplo:

El siguiente ejemplo ilustra cómo se organizan las recomendaciones en líneas estratégicas, acciones recomendadas y pasos siguientes.

Línea estratégica 1: *Crear un ambiente de apoyo para todos los consumidores y para aquellos que están en riesgo de sufrir trastornos de salud mental, para sus familiares y para la comunidad en general, mediante el establecimiento de normas sociales que reconozcan que la salud mental es parte integral del bienestar de todos.*

Acción recomendada:

1.5 Reconocer los programas administrados y conducidos por compañeros como medios importantes para reducir el estigma.

Paso siguiente:

- Aumentar las habilidades de los compañeros para que sean capacitadores más eficaces del personal que se ocupa de la salud mental, a fin de abordar mejor la cultura de los clientes y de sus familiares en los servicios de recuperación y bienestar, y otros temas relevantes.

Línea estratégica 1: Crear un ambiente de apoyo para todos los consumidores y para aquellos que están en riesgo de sufrir problemas de salud mental, para sus familiares y para la comunidad en general, mediante el establecimiento de normas sociales que reconozcan que la salud mental es parte integral del bienestar de todos.

1.1 Crear un entendimiento y reconocimiento extendidos, dentro del público en general y en todos los sistemas, de que la gente experimenta, en diferentes momentos de su vida, diferentes grados de salud mental desde el bienestar hasta la crisis, y de que las personas que viven con una enfermedad mental tienen resistencia y la capacidad para recuperarse.

- Formar un grupo local de diversos representantes, incluidas aquellas personas que viven con una enfermedad mental, para lanzar un plan de acción en la comunidad a fin de educar al público sobre los problemas de salud mental y los modelos de bienestar y recuperación.
- Desarrollar mensajes y material relevantes para el público con el propósito de explicar los trastornos de salud mental y promover la inclusión social.
- Cambiar la información que llega al consumidor, los planes de estudio de medicina actuales y la práctica del diagnóstico y tratamiento de la salud mental, a fin de reflejar y reforzar la recuperación, la resiliencia y el bienestar.
- Evaluar el material impreso y electrónico respecto a los problemas de salud mental y los trastornos emocionales, y conseguir que refleje los aspectos de recuperación, resiliencia y bienestar.
- Simplificar y promover recursos confiables disponibles en la web donde se promueva información que no fomente los estigmas relacionados con la salud mental.
- Apoyarse en los consumidores de servicios de salud mental y en sus familiares a fin de aumentar la conciencia sobre la importancia de la salud mental.
- Identificar la manera en que el lenguaje cotidiano refuerza el estigma y la

discriminación hacia las personas que viven con una enfermedad mental, y reemplazar esas palabras por un lenguaje que no estigmatice ni discrimine.

- Confrontar los mensajes estigmatizantes de personas, grupos, organizaciones y medios de comunicación.

1.2 Evitar el desarrollo del estigma, de los estereotipos y de la discriminación a causa de problemas de salud mental.

- Desarrollar y emprender un esfuerzo en toda la comunidad para promover el desarrollo social y emocional saludable de los niños.
- Utilizar las organizaciones para niños y jóvenes existentes, a fin de evaluar y mejorar los programas educativos sobre el desarrollo social y emocional de los niños ofrecidos a padres, educadores de la primera infancia y cuidadores.

1.3 Crear oportunidades y foros para reforzar las relaciones y la comprensión entre consumidores, familiares y el resto de la comunidad.

- Utilizar las redes establecidas de la comunidad para facilitar el diálogo entre consumidores, familiares y el público en general sobre temas de salud mental.
- Aumentar el contacto directo y el diálogo entre consumidores, familiares y representantes de sistemas, instituciones y organizaciones que influyen en las vidas de las personas que viven con una enfermedad mental.
- Crear foros con organizaciones específicas para promover cambios; por ejemplo, con los proveedores de servicios de salud mental, el personal del sistema educativo y los profesionales médicos, los medios de comunicación, los empleadores y los propietarios.

- Crear foros comunitarios en las comunidades locales para centrar los esfuerzos en poblaciones específicas como los adultos mayores, los niños en adopción temporal o los veteranos de guerra, o en temas específicos como la vivienda, los empleadores o el personal de las fuerzas de seguridad.

1.4 Reducir la autoestigmatización de las personas que viven con una enfermedad mental y el estigma de sus familiares por asociación.

- Evaluar, desarrollar cuando sea necesario y difundir ampliamente materiales educativos y de capacitación sobre cómo luchar contra la autoestigmatización ocasionada por trastornos de salud mental.
- Adaptar los materiales educativos y de capacitación a las necesidades de la comunidad local.
- Alentar a los proveedores de servicios de salud mental a evaluar sus procedimientos para identificar y eliminar cualquier acción que contribuya a la autoestigmatización de los consumidores.
- Apoyar la educación y capacitación de los veteranos de guerra y sus familias para lograr una reintegración social eficaz y saludable al regresar a la comunidad tras estar en servicio activo.

1.5 Reconocer los programas administrados y conducidos por iguales como medios importantes para reducir el estigma.

- Evaluar, desarrollar y difundir información sobre programas administrados y conducidos por iguales, y sobre modelos de apoyo social.
- Trabajar con las organizaciones locales y estatales para establecer lazos de apoyo entre iguales como un componente vital del tratamiento de la salud mental.
- Desarrollar paneles de oradores, presentaciones y foros para presentar a compañeros que manejan con éxito los problemas de salud mental.

- Promover la educación y la capacitación en función de las habilidades, a fin de facultar al consumidor y a su familia para tratar temas tales como la competencia cultural, la comunicación y el apoyo.
- Usar la tecnología y otros avances para apoyar a los grupos y a las personas que estén aislados geográfica o emocionalmente.
- Aumentar las habilidades de personas con los mismos problemas para que sean capacitadores más eficaces del personal que se ocupa de la salud mental, a fin de abordar mejor la cultura de los clientes y de sus familiares en los servicios de recuperación y bienestar y otros temas relevantes.
- Crear oportunidades de capacitación y progreso para permitir que las personas puedan poner en marcha programas administrados y conducidos por iguales.
- Desarrollar una red de apoyo entre iguales para los veteranos de guerra en la educación superior y dentro de las comunidades.

1.6 Tratar los múltiples estigmas de las personas que viven con una enfermedad mental que también enfrentan discriminación ya sea por su raza, origen étnico, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad física u otros prejuicios sociales.

- Difundir modelos exitosos que han sido identificados por diferentes comunidades culturales.
- Educar a los proveedores de servicios de atención por abuso de sustancias y a los proveedores de servicios de salud mental, para reducir los efectos del estigma en las personas que experimentan problemas relacionados.
- Trabajar con los grupos raciales y étnicos de la comunidad para garantizar que los modelos y los programas sean competentes a nivel cultural y lingüístico, y para eliminar las barreras estigmatizantes.

1.7 Proporcionar cada vez más apoyo para las personas directamente involucradas con las vidas de los individuos que viven con una enfermedad mental.

- Aplicar tecnologías innovadoras de información innovadoras para que los padres y los cuidadores puedan obtener fácilmente información precisa, orientación y referencias a fin de obtener los servicios necesarios.
- Identificar locales no tradicionales en la comunidad (iglesias, programas para jóvenes y centros comunitarios) para distribuir información sobre los recursos de salud mental disponibles.

1.8 Reducir los efectos del estigma con un enfoque basado en las fortalezas, para la evaluación, el diagnóstico, la planeación del tratamiento y las intervenciones.

- Capacitar a los proveedores para evaluar y desarrollar planes de salud mental individualizados y basados en las fortalezas.

- Educar a las familias, los jóvenes, los compañeros y los adultos respecto a los conceptos de resiliencia, recuperación, esperanza y sanación.
- Proporcionar capacitación sobre el enfoque basado en las fortalezas para los sistemas de servicios de protección infantil, los sistemas de justicia para menores y adultos, la seguridad pública y la educación.
- Promover oportunidades para la autoexpresión a través de las artes y otros medios.
- Tratar el estigma que surge por vivir en una institución para personas que viven con una enfermedad mental, brindando cada vez más apoyo, educación, capacitación y orientación a los residentes y al personal de dichas instituciones, a los trabajadores del condado, a los familiares, a los cuidadores y a las demás personas estrechamente involucradas en las vidas de los individuos que viven en dichas instituciones.

Línea estratégica 2: Promover la conciencia, la responsabilidad y el cambio de valores, prácticas, políticas y procedimientos de sistemas y organizaciones que alienten el respeto y los derechos de las personas que viven con una enfermedad mental.

2.1 Iniciar revisiones sistemáticas para identificar y tratar el lenguaje, los comportamientos, las prácticas y las políticas estigmatizantes y discriminatorios.

- Explorar, comprender y tratar la manera en que las políticas y los procedimientos afectan a las personas que viven con una enfermedad mental.
- Poner en marcha una revisión de uno o más de los siguientes sistemas y programas estatales o locales, para identificar las áreas por mejorar en cuanto a comportamientos, políticas y prácticas: educación desde el nivel anterior al jardín de niños hasta el 12vo. grado, instituciones de nivel

técnico superior y universidades, sistema médico, sistema de salud mental, medios y seguridad pública. La comunidad local difundiría sus resultados.

- Apoyar la diversidad étnica y la capacitación en competencias culturales entre proveedores de servicios de salud mental y grupos de apoyo.
- Capacitar al personal que presta servicios de salud mental respecto a la reducción del estigma y de la discriminación.
- Apoyar la capacitación del personal de salud mental para educar a sus miembros respecto a los aspectos culturales únicos relacionados con el trabajo con veteranos de guerra.

2.2 Establecer programas de prevención, recuperación y bienestar adecuados para el desarrollo de los participantes.

- Trabajar con los departamentos de salud mental del condado y con otros proveedores de servicios de salud mental para garantizar que se provean programas e instalaciones adecuados para personas de diferentes edades.

2.3 Garantizar que se ofrezcan servicios de salud mental en locales no tradicionales ni estigmatizantes como escuelas y centros comunitarios.

- Desarrollar y difundir prácticas de tratamiento eficaces para las personas con múltiples estigmas, para que dichas prácticas estén ampliamente disponibles a través de los sistemas médicos y de salud mental.
- Tratar la distribución de recursos públicos a los servicios de salud mental para satisfacer mejor las necesidades de las poblaciones que experimentan múltiples estigmas.
- Reunir en un solo lugar los servicios de atención primaria y los de salud mental, así como a su personal, para satisfacer mejor las necesidades de las personas que viven con una enfermedad mental mediante un enfoque integrado.
- Usar tecnologías innovadoras, incluidos los medios de comunicación masivos e Internet, para llegar a las personas y las comunidades.
- Aumentar el uso de tratamientos culturales no tradicionales.

2.4 Crear un enfoque más holístico e integrado de la salud física y el bienestar mental, mediante la promoción de modelos integradores de prestación de servicios de salud mental, de atención médica primaria y de servicios sociales; mediante el logro de igualdad entre servicios médicos y de salud mental en términos de cobertura y financiamiento, y mediante el uso de prácticas basadas en la espiritualidad y la fe como herramientas para el bienestar y la recuperación.

- Auspiciar programas locales y estatales a fin de apoyar a los profesionales médicos para evaluar los factores de riesgo y las condiciones de salud mental de las personas como parte de la atención de rutina y hacer referencias adecuadas.
- Ayudar a los profesionales de la atención médica en la detección y el tratamiento adecuados de problemas comunes como la depresión, la ansiedad, el abuso del alcohol y de sustancias, al igual que los problemas sociales, emocionales y de desarrollo infantil.
- Evaluar y tratar las necesidades mentales y médicas de las personas que ingresan a una institución de salud mental.
- Reunir a un panel de expertos para debatir estrategias financieras destinadas a reducir el estigma asociado con la salud mental y los sistemas de atención de la salud. Entre otros temas, se podría discutir La Ley de Paridad de Salud Mental, el reembolso en el mismo día por la visita a los centros de salud comunitarios y a los centros de salud calificados a nivel federal, los criterios de necesidad médica basados en el Cuidado Administrado de la Salud Mental para la Atención de la Salud Mental en el Condado, los requisitos de autorización previa para los servicios de salud mental, y el reembolso de MediCal por los servicios de los profesionales de la salud que realizan evaluaciones de la salud mental.
- Capacitar a los proveedores de servicios sobre el valor de la espiritualidad en el proceso de recuperación, y sobre las contribuciones positivas que brindan los proveedores de servicios basados en la fe y otros proveedores de servicios no tradicionales.
- Establecer y/o mejorar las redes regionales interreligiosas a lo largo de California a fin de que sirvan como recurso para médicos y consumidores durante el uso de los procedimientos y las metodologías basados en la fe.

- Crear una categoría de sitios de recursos existentes o futuros para encaminar las mejores prácticas y los modelos basados en la fe que abarquen la prevención a través de los servicios de recuperación.
- Utilizar las redes regionales interreligiosas para proporcionar conocimientos sobre diferentes creencias y valores que puedan brindar información relacionada con enfoques y metodologías de tratamiento.

2.5 Promover la dignidad y la seguridad de los consumidores de servicios de salud mental y de sus familiares, mediante la capacitación y la educación del personal de seguridad pública, de los equipos de respuesta inicial y demás personal médico, así como de la comunidad en general, para reducir las actitudes estigmatizantes y el comportamiento discriminatorio. Educar a la población sobre los recursos comunitarios disponibles para apoyar en crisis relacionadas con la salud mental; usar el consentimiento informado para garantizar la elección voluntaria; preparar y equipar al personal de la seguridad pública para responder mejor a las necesidades de las personas que se encuentran en crisis relacionadas con la salud mental; y eliminar la necesidad que se percibe de usar la fuerza y el cumplimiento obligatorio, mediante estas y otras alternativas sistemáticas ya mencionadas en este plan.

- Apoyar la expansión de programas de respuesta locales para satisfacer mejor las necesidades de las personas que viven con una enfermedad mental (programas residenciales de crisis, directivas anticipadas y equipos de servicios comunitarios integrados).
- Apoyar y ofrecer capacitación en intervención en crisis, la cual proporcione información a los equipos de respuesta inicial sobre los lugares alternativos y los métodos de transporte para las personas que experimentan una crisis de salud mental, a fin de minimizar el uso de la sección 5150 y el encarcelamiento penal.

- Desarrollar y difundir ampliamente información sobre enfoques y técnicas de apaciguamiento (como la participación de iguales) para el personal de salas de urgencias, de seguridad pública (incluidos el personal municipal, el del condado, el estatal y el federal), de refugios para desamparados y para los proveedores de servicios de salud mental.
- Brindar cada vez más apoyo, educación, capacitación y orientación para el personal del cuidado de la salud de los pacientes hospitalizados a fin de evitar recurrir al aislamiento y a la restricción física o farmacéutica.
- Proveer educación y recursos contra la estigmatización a individuos de comunidades rurales (clérigos, farmacéuticos, carteros, bomberos y policías, maestros de escuela y todas las personas que entregan comida a domicilio) que tienen contacto regular con una gran gama de personas.
- Aumentar el número de alianzas entre consumidores, familiares y personal de seguridad pública.
- Establecer una capacitación continua obligatoria en temas de salud mental para las profesiones relacionadas con la justicia penal que puedan tener contacto estrecho con niños y adultos que viven con una enfermedad mental.

2.6 Educar a los empleadores sobre la importancia del bienestar mental de todos los empleados.

- Desarrollar un plan de estudios, capacitación, sitios web y guías para educar a los empleadores sobre el desarrollo y los conocimientos relacionados con la salud mental y la alfabetización, el valor de la inclusión social, el bienestar, la recuperación y la resiliencia, los recursos de la comunidad en cuanto a la salud mental y otros temas relacionados con la reducción del estigma y de la discriminación. Involucrar a los consumidores de servicios de salud mental en el desarrollo

y la impartición de capacitaciones y de otras formas de difusión educativa.

- Desarrollar una campaña de educación dirigida a empleadores que se enfoque en los beneficios financieros de una mano de obra saludable, tanto a nivel físico como mental.
- Proporcionar una lista integral de recursos y de referencias de la comunidad que los empleadores puedan poner a disposición de los empleados con estrés emocional.
- Educar a los empleadores sobre sus responsabilidades para crear ambientes laborales sin estigmas ni discriminación.

2.7 Expandir las oportunidades de empleo, desarrollo profesional, avances profesionales, retención y éxito de los consumidores de servicios de salud mental en los lugares de trabajo de los sectores público y privado y de asociaciones civiles, aplicando las leyes actuales y cuestionando los prejuicios relacionados con la contratación.

- Identificar y difundir estrategias para promover las habilidades para encontrar trabajo y promover el empleo de individuos que viven con una enfermedad mental.
- Crear oportunidades locales para establecer contactos y crear relaciones entre los consumidores, los familiares, los líderes comerciales regionales y otros empleadores.
- Poner en marcha estrategias exitosas para aumentar el empleo, la retención y el progreso de los consumidores y de sus familiares en todos los niveles de prestación de servicios de salud mental públicos y de la comunidad.
- Alentar a los empleadores a seleccionar planes de salud que ofrezcan cobertura de salud mental para sus empleados.
- Alentar a los grandes empleadores a ofrecer programas de asistencia y asesoramiento a los empleados como parte de su paquete de beneficios.
- Revisar las prácticas de empleo existentes para identificar y tratar cualquier deficiencia que pudiera existir.

2.8 Eliminar las barreras discriminatorias para satisfacer mejor las necesidades de los consumidores de servicios de salud mental mediante las siguientes medidas: educar al público en general, a propietarios y a funcionarios locales sobre los derechos y las necesidades de vivienda de los consumidores de servicios de salud mental y sus familiares y cuidadores; garantizar que la oferta de vivienda, tanto privada como subsidiada, cumpla con los requisitos de no discriminación de la Ley de Vivienda Justa, y que sus procedimientos de admisión y prácticas administrativas garanticen que todos los solicitantes e inquilinos tengan iguales oportunidades para beneficiarse de la vivienda; alentar la vivienda de apoyo y otros tipos de vivienda para que las personas con discapacidades se integren bien en toda la comunidad, adaptándose a todos los niveles de atención; promover el suministro de vivienda primero como un medio para eliminar las barreras discriminatorias y promover la accesibilidad a los servicios de vivienda.

- Fomentar las oportunidades para que los consumidores conozcan, eduquen, interactúen y creen relaciones con los desarrolladores de viviendas, los grupos de vecinos, las comisiones de planificación y los funcionarios elegidos.
- Promover la vivienda accesible para las personas que viven con una enfermedad mental.
- Promover la accesibilidad a los servicios de viviendas con apoyo para las personas con trastornos de salud mental (manejo de casos, salud, salud mental, servicios vocacionales y de transporte).
- Crear modelos de reintegración social para las personas que son dadas de alta de instituciones como hospitales, prisiones/cárceles/reformatorios, instituciones de adopción temporal y de desintoxicación y están en riesgo de quedarse sin hogar.

- Identificar y alentar la aplicación de las leyes de vivienda actuales.
- Reunir grupos locales que reflejan la diversidad de la comunidad e incluir a los constructores de viviendas, las agencias inmobiliarias, las organizaciones de la comunidad, los proveedores de servicios de salud mental y los consumidores y sus familiares, para desarrollar estrategias y recomendaciones a fin de mejorar las opciones de vivienda para las personas que viven con una enfermedad mental.

2.9 Involucrar y educar a los medios comerciales, étnicos, públicos/comunitarios e interactivos, así como a la industria del entretenimiento sobre los estándares y lineamientos para promover representaciones equilibradas e informadas de las personas que viven con una enfermedad mental; y formas de servir como recurso para comunicar al público información precisa y no estigmatizante sobre los problemas de salud mental y recursos comunitarios.

- Crear una campaña contra el estigma que destaque que todas las personas, en diferentes momentos de sus vidas, pueden experimentar algún grado de impacto en su salud mental, desde el bienestar hasta la crisis.
- Desarrollar herramientas para dar seguimiento y reconocer las fuentes de comunicación por escrito y electrónicas, a fin de que realicen descripciones positivas y equilibradas de las personas con trastornos de salud mental.
- Desarrollar estrategias para premiar las descripciones equilibradas.
- Desarrollar y difundir lineamientos y materiales de informe a los medios de comunicación que proporcionan materiales de apoyo sobre una gran gama de temas de salud mental, incluidos los recursos de la comunidad y la información de referencia útil para el público.
- Colaborar con los sistemas de educación superior para brindar

información, recursos y referencias sobre temas relativos a la salud mental.

- Trabajar con los medios de comunicación a nivel local y/o estatal para desarrollar programas de salud mental como parte del programa “Mayo es el mes de la salud mental” (“May is Mental Health Month”).
- Capacitar a los consumidores y a sus familiares para que sirvan como portavoces sobre temas de salud mental.

2.10 Promover y mejorar las iniciativas, los programas y los planes de estudio para cambiar la cultura en las escuelas y aumentar la inclusión y la aceptación social.

- Integrar temas de salud mental a los programas obligatorios de educación sobre la salud y de bienestar, así como a otros programas de prevención escolar pertinentes, como los programas de prevención de la violencia y contra el acoso escolar.
- Alentar a las unidades de salud mental locales a trabajar con las instituciones educativas para desarrollar técnicas de prevención y de intervención temprana como alternativas a las iniciativas posteriores al fracaso para los niños y los jóvenes que viven con una enfermedad mental.
- Incluir la reducción del estigma y de la discriminación de las personas con trastornos de salud mental en el plan de seguridad escolar integral anual, para proporcionar un alto nivel de seguridad escolar.
- Promover que en las juntas de revisión de asistencia escolar se incluya a un representante de los servicios de salud mental cuando la junta se reúna con estudiantes que hayan agotado los recursos de su escuela.
- Desarrollar grupos y sistemas de apoyo para los niños y los hermanos de los consumidores que viven con una enfermedad mental.
- Trabajar con estudiantes, padres, maestros, administradores, miembros

de la junta escolar y directores escolares para poner en marcha programas y políticas escolares que promuevan la inclusión social.

- Establecer programas de capacitación para los maestros (desde la educación preescolar hasta la educación superior), para abordar de forma más eficaz los asuntos relacionados con la salud mental de los estudiantes.
- Ofrecer una mayor flexibilidad a las personas que viven con una

enfermedad de salud mental, pero no califican según los lineamientos educativos establecidos para las dificultades de aprendizaje.

- Determinar enfoques y métodos exitosos para educar a los estudiantes de profesiones relacionadas con el cuidado de la salud respecto al estigma y a la discriminación; por ejemplo: capacitación para la sensibilización y conciencia sobre el estigma y la discriminación.

Línea estratégica 3: Apoyar y promover las leyes federales y estatales para identificar y eliminar las políticas y las prácticas discriminatorias.

3.1 Aumentar la conciencia y la comprensión de las leyes y las reglamentaciones existentes que protegen a las personas con trastornos de salud mental y a sus familiares contra la discriminación.

- Desarrollar y dar amplia difusión a hojas informativas de fácil comprensión con información de contacto con fines educativos y de capacitación sobre las leyes estatales y federales aplicables, las reglamentaciones para el personal escolar y para los estudiantes, la industria de la vivienda, los empleadores públicos y privados y los sistemas de salud y de salud mental.
- Asegurar que los reglamentos federales y estatales sean adecuados para apoyar el financiamiento de los servicios de salud mental en ámbitos no tradicionales a fin de reducir el estigma.

3.2 Promover el cumplimiento y la aplicación de las leyes y las reglamentaciones actuales contra la discriminación.

- Establecer reuniones periódicas con las agencias gubernamentales y sin fines de lucro que protegen los derechos civiles para debatir la adopción de campañas de cumplimiento e imposición.
- Desarrollar grupos de trabajo locales o, cuando sea posible, basarse en las estructuras existentes, como los asesores

legales de la ciudad y del condado y diversos miembros de la comunidad, para desarrollar estrategias a fin de maximizar el cumplimiento y la imposición de las leyes, reglamentaciones y ordenanzas que protegen a las personas con trastornos de salud mental en áreas tales como el empleo y los lugares públicos.

- Crear oportunidades para que los grupos de tareas locales comuniquen y coordinen estrategias a fin de promover el cumplimiento y la aplicación de las actuales leyes y reglamentaciones contra la discriminación.
- Capacitar al personal de las instituciones de educación superior, de las prisiones y de los establecimientos de salud públicos y privados, para garantizar el entendimiento y la adecuada puesta en marcha de la protección de la privacidad y las disposiciones de confidencialidad.
- Trabajar con las agencias del estado con la autoridad adecuada para elaborar declaraciones conjuntas en las que se proporcionen opiniones legales sobre áreas de discriminación que deben enfrentar las personas que viven con una enfermedad mental en las áreas de vivienda, empleo y lugares públicos.
- Crear y difundir materiales de educación contra el estigma para los equipos

de tratamiento, el personal que realiza la planificación del alta en los establecimientos de salud mental y el personal en las oficinas de los defensores públicos, y difundirlos entre ellos.

3.3 Trabajar para mejorar y/o reformar los estatutos y las reglamentaciones actuales para brindar mayor protección contra la discriminación a las personas y a sus familiares.

- Desarrollar un comité a nivel estatal con expertos en leyes y diversos miembros de la comunidad; basarse en las estructuras existentes, cuando sea posible, para evaluar las leyes y las reglamentaciones existentes e identificar cualquier disposición o vacío discriminatorio que formen parte de ellas; y desarrollar estrategias de corrección para tratar estos problemas.
- Dar a conocer ampliamente los resultados sobre vacíos legales en las leyes y reglamentaciones actuales, así como en el lenguaje discriminatorio que forma parte de estas leyes y reglamentaciones, junto con las estrategias de corrección recomendadas.

3.4 Desarrollar políticas y mecanismos en el sistema de justicia penal para satisfacer de manera más adecuada las necesidades de las personas que viven con una enfermedad mental, incluidas aquellas que estén hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos.

- Promover los tribunales de salud mental y otras alternativas distintas al encarcelamiento.
- Difundir cualquier política y norma legal, desarrollado por el Consejo Judicial de California y la Oficina Administrativa de los Tribunales, que haya sido diseñado para mejorar los resultados en cuanto a las personas con trastornos de salud mental y para reducir su reincidencia en el sistema de justicia penal.
- Desarrollar estándares de capacitación sobre leyes y reglamentaciones contra la discriminación.
- Capacitar a los funcionarios de seguridad pública y de justicia penal para que sean capaces de reconocer e iniciar un proceso penal por discriminación relacionada con la salud mental.

Línea estratégica 4: Aumentar el conocimiento de los programas y de las prácticas eficaces y prometedoras que reduzcan el estigma y la discriminación mediante métodos que incluyan métodos dirigidos por la comunidad.

4.1 Desarrollar e implementar un plan para tratar la falta de información sobre cómo reducir el estigma y la discriminación, a fin de construir programas eficaces y prometedores contra el estigma y la discriminación.

- Reunir y dar a conocer datos sobre las fortalezas de la comunidad y sobre cómo usar mejor esta información en el diseño, el desarrollo y la evaluación del programa.
- Desarrollar incentivos para crear alianzas entre la investigación académica y la investigación basada en la comunidad.
- Proporcionar asistencia a los condados para desarrollar programas contra el estigma y la discriminación, y las herramientas necesarias para identificar los vacíos y trabajar en colaboración con la comunidad académica.
- Usar técnicas de investigación multidisciplinarias de las áreas antropológica, médica y de recuperación y bienestar para guiar la investigación sobre las formas en que se presentan el estigma y la discriminación por trastornos de salud mental.

- Identificar las técnicas de investigación para la evaluación de los programas contra el estigma para su uso a nivel local.

4.2 Aumentar el talento y habilidades de los participantes de la comunidad para evaluar programas.

- Identificar las vías de financiamiento para que la comunidad pueda mejorar sus habilidades de investigación y evaluación.
- Promover la metodología que fomente la participación de la comunidad.

4.3 Asegurar que los proyectos de investigación y evaluación se adapten y respondan a las necesidades de la comunidad.

- Diseñar proyectos de investigación con contribuciones de la comunidad para tratar los elementos de los datos, la metodología, el tamaño de la muestra, la representación excesiva de poblaciones diversas y otros aspectos, según sea necesario.

- Asegurar que las comunidades participen de manera activa en la investigación y que los resultados se compartan con ellas para que den su opinión.

- Usar y difundir las investigaciones existentes sobre las campañas de comportamiento social dirigidas a comunidades y grupos étnicos.
- Desarrollar recursos y herramientas de investigación y evaluación interculturales.

4.4 Difundir las lecciones aprendidas, las prácticas prometedoras y otros resultados.

- Asegurar que los resultados, las herramientas de investigación y de evaluación, y la investigación de mercado sean de fácil acceso y se difundan ampliamente, en la medida en que estén disponibles; asimismo, alentar a los investigadores y a los líderes de la comunidad a ofrecer información.

- ¹ Pescosolido, B. A., Martin, J. K., et al. (2000). *Americans' views of mental health and illness at century's end: continuity and change*. Public Report on the MacArthur Mental Health Module, 1996 General Social Survey. Bloomington: Indiana Consortium for Mental Health Services Research and Joseph P. Mailman School of Public Health, Columbia University.
- ² Rossen, E. (2009). *Bullying: A guide for parents*. Retrieved April 22, 2009 from website: <http://www.chesapeakeadd.com/ChesapeakeADHDCenterofMaryland-Bullying-KathleenNadeauPh.D.Director.html>
- ³ National Institute of Mental Health. (2009). *Statistics*. Retrieved January 12, 2009 from website: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/index.shtml>
- ⁴ Cooper, A. E., Corrigan, P. W., et al. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 339-41.
- ⁵ Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- ⁶ Perlick, D., Rosenheck, R., et al. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.
- ⁷ Sirey, J., Bruce, M., et al. (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615-1620.
- ⁸ National Institute of Mental Health. (2003). *In harm's way: Suicide in America* (NIH Publication No. 03-4594). Bethesda, Maryland. Printed in January 2001; revised April 2003.
- ⁹ Palmer, B. A., Pankratz, V. S., et al. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- ¹⁰ Raymont, V. (2001). Suicide in schizophrenia – how can research influence training and clinical practice? *Psychiatric Bulletin*, 25, 46-50.
- ¹¹ Mental Health Services Oversight and Accountability Commission Client and Family Leadership Committee. (January 8, 2009). Meeting Minutes.
- ¹² Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. (2007). *Eliminating the stigma and discrimination against persons with mental health disabilities: a project of the California Mental Health Services Act*. Retrieved January 13, 2009 from website: <http://www.dmh.ca.gov/MHSOAC/docs/StigmaAndDiscriminationReport07Jun12.pdf>
- ¹³ Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame, stigma of mental illness and an agenda for change*. New York, New York: Oxford University Press, Inc.
- ¹⁴ Rice, T. (2009). Parent/professional thoughts about the use of the term "seriously emotionally disturbed." *Focal Point*, 23(1), 7.
- ¹⁵ Corrigan, P. W. (Ed.). (2001). On the stigma of mental illness. *Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- ¹⁶ Phelan, J., Link, B., et al. (1997). *Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: Has sophistication increased? Has stigma declined?* Paper presented at the meeting of the American Sociological Association, Toronto, Ontario.
- ¹⁷ State of California, Department of Finance. (2009). *California current population survey report: March 2007*. Retrieved January 12, 2009 from website: http://www.dof.ca.gov/research/demographic/reports/census-surveys/documents/CPS07_final.pdf
- ¹⁸ Sue, S. & Morishima, J. K. (1982). *The mental health of Asian Americans*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- ¹⁹ Whaley, A. L. (1997). Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 1328-1330.
- ²⁰ Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Behavioral risk factor surveillance system survey data*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- ²¹ Angermeyer, M. C., Schulze, B., et al. (2003). Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 593-602.

- ²² National Institute of Mental Health. (2005). *Mental illness exacts heavy toll, beginning in youth*. Retrieved January 12, 2009 from website: <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2005/mental-illness-exacts-heavy-toll-beginning-in-youth.shtml>
- ²³ United States Government Accountability Office. (2006). *Young Adults with Serious Mental Illness* (U.S. GAO Publication No. GAO-08-678). Washington, D.C. Retrieved January 20, 2009 from website: <http://www.gao.gov/new.items/d08678.pdf>
- ²⁴ Whitt, S. (2007). *Student Mental Health Initiative proposal*. California Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved January 12, 2009 from website: http://www.dmh.ca.gov/MHSOAC/docs/StudentMentalHealth%20Initiative_091807.pdf
- ²⁵ University of California, Office of the President. (2006). *Student Mental Health Committee Final Report*. Oakland, California.
- ²⁶ Little Hoover Commission. (1999). *Now in our hands: Caring for California's abused & neglected children*. Sacramento, California.
- ²⁷ Little Hoover Commission. (2003). *Still in our hands: A review of efforts to reform foster care in California*. Sacramento, California.
- ²⁸ New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America, final report*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- ²⁹ United States Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity—A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland.
- ³⁰ Sue, D. W. (2009). *One Vietnamese-American man's journey with bipolar disorder*. Light Fish Arts.
- ³¹ Snowden, L. R. & Cheung, F. K. (1990). Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups. *American Psychologist*, 45, 347-355.
- ³² United States Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland.
- ³³ Alegria, M., Kessler, R. C., et al. (2000). Comparing mental health service use data across countries. In G. Andrews (Ed.), *Unmet need in mental health service delivery* (pp. 97– 118). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- ³⁴ National Council of La Raza, Institute for Hispanic Health. (2005). *Critical Disparities in Latino Mental Health: Transforming Research into Action*. Retrieved January 22, 2009 from website: http://www.depressionisreal.com/pdfs/file_WP_Latino_Mental_Health_FNL.pdf
- ³⁵ Rosenberg, S., Rosenberg, J., et al. (2005). No need to hide: Out of the closet and mentally ill. *Best Practices and Mental Health*, 1.
- ³⁶ Cochran, S. (2001). Emerging issues in research on lesbian's and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, 56, 932-947.
- ³⁷ Cahill, S., South, K., et al. (2006). *Outing age: Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual, and transgender elders*. National Gay and Lesbian Task Force Foundation.
- ³⁸ Bahm, A. & Forchuk, C. (2009). Interlocking oppressions: The effect of a comorbid physical disability on perceived stigma and discrimination among mental health consumers in Canada. *Health & Social Care in the Community*, 17, 63-70.
- ³⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2002). *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Bethesda, Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- ⁴⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Mentally healthy aging: A report on overcoming stigma for older americans*. Retrieved January 12, 2009 from website: http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/SMA05-3988/aging_stigma.pdf
- ⁴¹ California Mental Health Planning Council. (2003). *California mental health master plan: A vision for California*. Sacramento, California.
- ⁴² Smith, A. J. (2003). Rural mental health counseling: One example of practicing what the research preaches. *Journal of Rural Community Psychology*. E6, 2.

- ⁴³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1997). *Mental health providers in rural and isolated areas: Final report of the ad hoc rural mental health provider work group*. Retrieved January 9, 2009 from website: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA98-3166/>
- ⁴⁴ Carr, J. R., Hoge, C. W., et al. (2004). Suicide surveillance in the U.S. military – reporting and classification biases in rate calculations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 233-241.
- ⁴⁵ United States Department of Veterans Affairs. (2007). Retrieved January 20, 2009 from website: <http://www1.va.gov/homeless/page.cfm?pg=1>
- ⁴⁶ Garrity, C. & Baris, M. A. (1996). Bullies and victims: A guide for pediatricians. *Contemporary Pediatrics*, 13, 90-114.
- ⁴⁷ Robertson, M., Harris, N., et al. (2007). *Rural homelessness*. 2007 National Symposium on Homeless Research. Retrieved January 21, 2009 from website: <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/robertson/index.htm>
- ⁴⁸ De Giere, G. (2004). *Protecting Californians from hate crimes: A progress report*. Sacramento, California: California Senate Office of Research.
- ⁴⁹ Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experiences of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 567-478.
- ⁵⁰ Wahl, O. F. (1999). *Telling is risky business*. Piscataway, New Jersey: Rutgers University Press.
- ⁵¹ Little Hoover Commission. (2000). *Being there: Making a commitment to mental health*. Sacramento, California.
- ⁵² Schriener, K. & Ochs, L. (2000). "No right is more precious": Voting rights and people with intellectual and developmental disabilities. Policy Research Brief. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration. College of Education and Human Development, University of Minnesota.
- ⁵³ Regier, D. A., Farmer, M. E., et al. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The epidemiologic catchment area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 35-47.
- ⁵⁴ Public Broadcasting System. (2007). *Historic trauma may be causing today's health crisis*. Indian Country Diaries. Retrieved June 1, 2009 from website: <http://www.pbs.org/indiancountry/challenges/trauma.html>
- ⁵⁵ Hanson, K. W. (1998). Public opinion and the mental health parity debate: Lessons from the survey literature. *Psychiatric Services*, 49, 1059-1066.
- ⁵⁶ Page, S. (1995). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. *Journal of Health and Social Policy*, 7, 61-68.
- ⁵⁷ Mallory, P. (2002). *Special report to the Legislature on Senate Resolution 18: Crimes committed against homeless persons*. Sacramento, California: California Department of Justice.
- ⁵⁸ California Psychiatric Association. (2009). *Homelessness and mental health*. Retrieved July 15, 2009 from website: <http://www.calpsych.org/publications/access/homelessness.html>
- ⁵⁹ California Association of Social Rehabilitation Agencies. (2008). *Stigma and discrimination: A curriculum for the CalSWEC mental health initiative*. Instructor's Manual.
- ⁶⁰ Manning, C. & White, P. D. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatry Bulletin*, 19, 541-543.
- ⁶¹ California Services for Technical Assistance and Training. (2009). *About Building Effective Schools Together*. Retrieved September 8, 2009 from website: <http://www.calstat.org/cacadre.html>
- ⁶² Cooper, S., Resnick, J., et al. (2008). College counseling and mental health services: A 20 year perspective of issues and challenges. In W. Bruce (Ed.), *Biennial Review of Counseling Psychology* (pp. 209-228). New York, New York: Taylor and Francis.
- ⁶³ American College Health Association. (2009). *Fall 2009 national college health assessment*. Retrieved January 20, 2009 from website: http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA_Reference_Group_Report_Fall2008.pdf
- ⁶⁴ Epstein. (2009.) Personal correspondence.

- ⁶⁵ Schwartz, A. (2006). College student suicide in the United States 1990-1991 through 2003. *Journal of American College Health*, 54(6), 341-352.
- ⁶⁶ American College Health Association. (2009.) Fall 2009 National College Health Assessment. Retrieved August 12, 2009 from website: http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA_Reference_Group_Report_Fall2008.pdf
- ⁶⁷ Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- ⁶⁸ Moldovan, V. (2007). Attitudes of mental health workers toward community integration of the persons with serious and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10, 19-30.
- ⁶⁹ National Institute of Mental Health. (2003). *Depression and suicide facts for older adults*. Retrieved January 19, 2009 from website: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/olderadults-depression-and-suicide-facts-fact-sheet/index.shtml>
- ⁷⁰ Moran, M. (2007). Those with serious mental illness suffer from lack of integrated care. *Psychiatric News*, 42(1), 5.
- ⁷¹ Council of State Governments. (2002). *Criminal justice/mental health consensus project*. New York, New York.
- ⁷² California Association of Psychiatric Technicians. (2008). Retrieved January 21, 2009 from website: <http://psychtechs.net/pages/indexes.cgi?idxcatid=60&idxid=9195>
- ⁷³ Abram, S. (2008). More mentally ill end up in jails. *L.A. Daily News*. Retrieved January 19, 2009 from website: http://www.justicepolicy.org/newsitem_show-item=146.htm
- ⁷⁴ Youth Law Center. (2009). Retrieved January 18, 2009 from website: <http://www.ylc.org/>
- ⁷⁵ Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794-803.
- ⁷⁶ Steadman, H. J., Vulvey, E., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- ⁷⁷ Little Hoover Commission. (2000). *Being there: Making a commitment to mental health*. Sacramento, California: Little Hoover Commission.
- ⁷⁸ Edney, D. R. (2004). Mass media and mental illness: A literature review. *Canadian Mental Health Association, Ontario*. Retrieved January 14, 2009 from website: http://www.ontario.cmha.ca/docs/about/mass_media.pdf
- ⁷⁹ Corrigan, P. W., Watson, A. C., et al. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 56, 551-6.
- ⁸⁰ Lawson, A. (2004). Mental illness in Disney animated films. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 310-4.
- ⁸¹ Sayce, L. (2003). Beyond good intentions. Making anti-discrimination strategies work. *Disability and Society*, 18, 625-642.
- ⁸² Corrigan, P. W. (2004). Target-specific stigma change: A strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 113-121.
- ⁸³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *Developing a stigma reduction initiative* (SAMHSA Pub. No. SMA-4176). Rockville, Maryland: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- ⁸⁴ National Institute for Mental Health in England. (2004). *Scoping review on mental health anti-stigma and discrimination: Current activities and what works*. Leeds, United Kingdom.
- ⁸⁵ Sartorius, N. (2006). Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 383-388.
- ⁸⁶ Dahlberg L. L. & Krug, E. G. (2002). Violence-A global public health problem. In E. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 1-56). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁸⁷ Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. New York: Addison-Wesley.
- ⁸⁸ Desforges, D. M., Lord, C. G., et al. (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 531-544.

- ⁸⁹ National Mental Health Awareness Campaign. Retrieved January 25, 2009 from website: <http://www.nostigma.org/speakers.php>
- ⁹⁰ Stamp Out Stigma. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: www.stampoutstigma.org
- ⁹¹ In Our Own Voice. (2009). Retrieved January 26, 2009 from website: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=In_Our_Own_Voice&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=48516
- ⁹² Rusch L., Kanter, J., et al. (2008). The impact of *In Our Own Voice* on stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 373-389.
- ⁹³ Spagnolo, A. B., Murphy, A. A., et al. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186-93.
- ⁹⁴ Corrigan, P. W., Larson, J., et al. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal*, 43(2), 171-81.
- ⁹⁵ Altindag, A., Yanik, M., et al. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 60(3), 283-8.
- ⁹⁶ Couture, S. M. & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.
- ⁹⁷ Brown, R. (1995). *Prejudice: Its social psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- ⁹⁸ Case Consulting, Ltd. (2005). *The power of contact*. Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness. Retrieved January 21, 2009 from website: <http://www.likeminds.net.nz/file/downloads/pdf/1power-of-contact.pdf>
- ⁹⁹ Myers, F., Woodhouse, A., et al. (2009). *Evaluation of "see me" – The national scottish campaign against stigma and discrimination associated with mental ill-health*. Scottish Government Social Research. Retrieved January 20, 2009 from website: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/257385/0076396.pdf>
- ¹⁰⁰ Ministry of Health. (2007). *Like minds, like mine national plan 2007-2013: Programme to counter stigma and discrimination associated with mental illness*. Wellington Ministry of Health. Retrieved January 20, 2009 from website: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/like-minds-like-mine-national-plan-200713>
- ¹⁰¹ Wyllie, A., Cameron, A. et al. (2008). *Impacts of national media campaign to counter stigma and discrimination associated with mental illness. Survey nine results for campaign 4*. Phoenix Research: Research Report for Ministry of Health.
- ¹⁰² Like Minds, Like Mine. (2009). Retrieved January 21, 2009 from website: <http://www.likeminds.org.nz/page/24-About-Us>
- ¹⁰³ Alcalay, R. & Bell, R. A. (2000). *Promoting nutrition and physical activity through social marketing: current practices and recommendations*. Center for Advanced Studies and Nutrition and Social Marketing: University of California, Davis.
- ¹⁰⁴ Pitre, N., Stewart, S., et al. (2007). The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(3), 415-429.
- ¹⁰⁵ Levesque, P. & Schachter, H. (2006). *Sticks and stones: Breaking the stigma of child and youth mental health difficulties through our schools*. The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health.
- ¹⁰⁶ About Shift. (2009). Retrieved January 24, 2009 from website: <http://www.shift.org.uk/aboutus/index.html>
- ¹⁰⁷ Mental Health Ministries. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: <http://www.MentalHealthMinistries.net>
- ¹⁰⁸ What a Difference. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: <http://www.whatadifference.samhsa.gov>
- ¹⁰⁹ Open the Doors. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: http://www.open-the-doors.com/english/01_05.html
- ¹¹⁰ On Our Own. (2009). Retrieved January 23, 2009 from website: <http://www.onourownmd.org/asp.html>

- ¹¹¹ See me. (2009). Retrieved April 8, 2009 from website: <http://www.seemescotland.org.uk/howarewedoing/external-tools/>
- ¹¹² Health Scotland. (2008). *Stigma: An international briefing paper*. Edinburgh.
- ¹¹³ Edney, D. (2004). *Mass media and mental illness: A literature review*. Canadian Mental Health Association, Ontario.
- ¹¹⁴ National Alliance on Mental Illness. (2000). *Wonderland premiere brings call on White House to fight stigma in entertainment industry*. Retrieved April 7, 2009 from website: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Press_Release_Archive&template=/contentmanagement/contentdisplay.cfm&ContentID=5770&title=Wonderland%20Premiere%20Brings%20Call%20On%20White%20House%20To%20Fight%20Stigma%20In%20Entertainment%20Industry
- ¹¹⁵ The Voice Awards. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: <http://whatadifference.samhsa.gov/voiceawards/>
- ¹¹⁶ Pillen, M., Colangelo, A., et al. (2005). *Final evaluation case study report of California's implementation of the elimination of barriers initiative*. Submitted to the United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Arlington, VA: James Bell Associates, Inc.
- ¹¹⁷ The Carter Center. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: http://www.cartercenter.org/health/mental_health/fellowships/index.html
- ¹¹⁸ National Mental Health Awareness Campaign. (2009). Retrieved March 30, 2009 from website: www.nostigma.org/programs.php
- ¹¹⁹ Sayce, L. (2000). *From psychiatric patient to citizen: Overcoming discrimination and social exclusion*. London: Palgrave Macmillan.
- ¹²⁰ Time to Change. Retrieved January 25, 2009 from website: <http://www.time-to-change.org.uk/whatwere-doing/time-challenge>
- ¹²¹ Strosahl, K. (2002). Identifying and capitalizing on the economic benefits of integrated primary behavioral health care. In Cummings, O'Donohoe & Ferguson (Eds.) *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you*. Reno, Nevada: Context Press.
- ¹²² National Alliance on Mental Illness. (2009). *NAMI connection recovery support group*. Retrieved January 26, 2009 from website: http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Find_Support/Education_and_Training/Education_Training_and_Peer_Support_Center/NAMI_Connection/NAMI_Connection.htm
- ¹²³ Nhan Hòa Comprehensive Health Care Clinic. (2009). Retrieved May 11, 2009 from website: <http://www.nhanhoa.org/en/sec/psychology/index.do>
- ¹²⁴ MindFreedom International. (2009). Retrieved January 26, 2009 website: <http://www.mindfreedom.org>
- ¹²⁵ Altered States of the Arts. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: <http://www.alteredstatesofthearts.com/>
- ¹²⁶ Everett, B. (2006). *Stigma: The hidden killer*. Mood Disorders Society of Canada.
- ¹²⁷ Family Diversity Project. (2009). Retrieved March 29, 2009 from website: www.familydiv.org
- ¹²⁸ Rethink. (2003). A presentation by Graham Thornicroft in: *Reducing Stigma and Discrimination: What Works?* Conference Report from Rethink/Institute of Psychiatry conference on June 26, 2003 in England, 6.
- ¹²⁹ Campbell, J. & Schraiber, R. (1989). *The well-being project*. California Network of Mental Health Clients.
- ¹³⁰ Brody, D. (2009). *Normal people don't want to know us*. California Network of Mental Health Clients.

Las copias del *Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental* y un Resumen del plan se pueden descargar de la página de Internet del Departamento de Salud Mental de California: **www.dmh.ca.gov**. Las copias en papel se pueden solicitar contactando a la Oficina de Programas Estatales (State Level Programs Branch) por correo convencional, correo electrónico o por teléfono.

State Level Programs Branch
California Department of Mental Health
1600 9th Street, Room 150
Sacramento, CA 95814
PEI@dmh.ca.gov
(916) 651-1178



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health