

10 | Programas y
Servicios de Salud
Mental en
Comunidades
Indígenas
16-18 de julio de 1997

Septiembre de 1998
Washington, D.C.



DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Introducción	
1. Sesión inaugural	1
2. Documentos de trabajo	3
2.1 Iniciativa de Naciones en Pro de la Salud Mental	3
2.2 Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas	4
2.3 Introducción al tema de salud mental en la población indígena	5
2.4 Salud mental y población indígena en América Latina.....	6
3. Población indígena y salud mental	9
4. Transformación social de la población indígena	11
5. Migración de la población indígena	13
6. Estrategias institucionales de atención en salud mental	15
7. Estrategias comunitarias de salud mental	17
8. La salud mental en los esfuerzos del desarrollo comunitario.....	21
9. Bibliografía	23
Anexos	27
A. Informes de país	27
B. Comentarios a los informes de país	39
C. Grupos de trabajo	43
D. Conclusiones y recomendaciones	53
E. Lista de participantes	59
F. Agenda	61

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la Iniciativa Naciones en Pro de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en cooperación con el Gobierno de Bolivia, convocó un grupo de trabajo enfocado a sentar las bases para la introducción de programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas de acuerdo con la Resolución V de la 37th Reunión del Consejo Ejecutivo, aprobada en septiembre de 1993.

El grupo de trabajo operó bajo la forma de taller, se reunió en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 16 al 18 de julio y contó con la asistencia de 30 participantes de Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Nicaragua y Perú, y de nueve miembros del Secretariado.

El planteamiento de atención a la salud mental de los pueblos indígenas es una deuda contraída con esas poblaciones, cuyo cumplimiento se hace perentorio en virtud del rezago en la ejecución de las acciones pertinentes. Cabe reconocer la falta de conocimiento que tienen los técnicos y la sociedad en general sobre la situación de la salud mental de esos pueblos, y la necesidad existente de recibir orientación y contar con políticas y programas operativos mediante contribuciones de todos los pueblos involucrados.

Entre los participantes se encontraban profesionales de la salud mental, de las ciencias sociales y líderes de pueblos indígenas, los que asumieron el compromiso de contribuir con sus conocimientos y experiencia al alcance de las metas mencionadas. A estos efectos presentaron los programas nacionales de sus respectivos países y se reunieron en sub-grupos para desarrollar propuestas para la atención de la salud mental de las poblaciones indígenas.

1. SESIÓN INAUGURAL

Las sesiones de trabajo se iniciaron con una presentación a cargo del Dr. Juan Ignacio Pita, del Centro Iberoamericano de Formación de Santa Cruz, en la que desatacó la disposición de esa institución para apoyar la cooperación regional y la atención a la problemática de los pueblos indígenas.

El representante de la OPS/OMS en Bolivia, Dr. Carlos Linger, señaló que el taller da cumplimiento al mandato del XXXVII Consejo Directivo de la OPS, plasmado en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Señaló que su realización en Santa Cruz, Bolivia refleja la importancia de esta ciudad como cuna de iniciativas para los pueblos indígenas de América. También subrayó que se cuenta con una participación regional con criterio amplio, congruente con la definición dada por los países a la función de la OPS, orientada a la oferta de opciones alternativas para la solución de los problemas que afectan a la Región. Indicó que en el curso del taller debe verse a la salud mental como reflejo de la calidad y estilo de vida de la población, del respeto a sus derechos humanos y de la preservación de su cultura propia. Hizo notar que la salud mental plantea también la necesidad de un acercamiento entre la medicina occidental y las medicinas tradicionales, el reconocimiento de la indigencia y postergación de los grupos indígenas en la Región y la responsabilidad de los Estados y la comunidad internacional de elevar los niveles de vida de estas poblaciones. El taller deberá de generar aportes a través de sugerencias, ideas y propuestas para la implementación regional de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

El Prefecto del Departamento Santa Cruz, en esa fecha Dr. Alfredo Romero, señaló la importancia de los pueblos indígenas en el departamento de Santa Cruz como parte fundamental de la historia de la región. Estas poblaciones enfrentan condiciones de pobreza y marginación, ligadas a una escasa atención a sus problemas más apremiantes. En este contexto, remarcó que se debe ver a la salud mental como síntesis de salud, cultura y desarrollo de la población. Por último, señaló la necesidad de contar con recomendaciones viables y factibles en las condiciones de restricción financiera que enfrentan los países de América Latina, y acentuó la importancia de la interacción regional para impulsar nuevas políticas de atención a la población indígena.

El Secretario Nacional de Salud de Bolivia, en esa fecha, Dr. Oscar Sandoval Morón, destacó que a la salud mental no se le ha brindado la atención que merece, pese a estar ligada a la problemática de abandono, olvido, opresión y discriminación social y racial de los pueblos indígenas. De ahí la importancia de la participación de líderes indígenas de la región en esta reunión. Destacó que se debe considerar también la limitación que tienen en el acceso a los servicios de salud, señalando que sus orígenes no se restringen a los problemas de financiamiento, sino que también están condicionados por factores culturales que han llevado al abandono de su atención. Planteó la pregunta de cómo incorporar la medicina tradicional dentro del aparato estatal, más allá del discurso y la burocracia. Indicó que para esto se requieren cambios substanciales en el reconocimiento de los derechos étnicos y territoriales de los pueblos indígenas. De ahí la importancia de la Ley de Participación Popular en Bolivia para la redistribución de la riqueza y la toma de decisiones en gobiernos municipales. Esta ley busca rescatar los derechos olvidados de los pueblos indígenas y apoyar la participación popular en la

creación de nuevos modelos de salud, basados en la formación de directorios locales de salud para hospitales y servicios clínicos. No obstante la bondad de la iniciativa, existe el riesgo de que se convierta en un modelo urbano sin influencia en zonas rurales e indígenas. A pesar de los avances hechos en el proceso de integración general de la planeación participativa, aún persiste la duda de la representación comunitaria, por lo que se requieren nuevos modelos que garanticen la participación plena de la comunidad. La salud mental se debe relacionar con el reconocimiento de derechos, no sólo en el plano nominal sino como obligación de toda la sociedad de promover la dignidad y respeto a las culturas indígenas como parte y origen de la sociedad nacional.

2. DOCUMENTOS DE TRABAJO

2.1 Iniciativa Naciones en Pro de la Salud Mental

Dr. Benedetto Saraceno, OMS

La Iniciativa de la OMS Naciones en Pro de la Salud Mental tiene como antecedentes la publicación del Informe Mundial de Salud Mental y del Informe sobre Salud del Banco Mundial, los que establecen la importancia de esta problemática en el marco del desarrollo de los países pobres. Estos informes han significado el reconocimiento de la falta de atención a la salud mental, a la luz de una visión enfocada en la morbilidad y su impacto en la discapacidad, evaluada como pérdida de años de vida saludable. Desde esta perspectiva resalta la importancia de las enfermedades mentales, que a nivel mundial representan un total de 856 millones de personas que sufren, entre otros trastornos, retraso mental, epilepsia, pánico, demencia, problemas de somatización y depresión. Estos trastornos se encuentran entre las principales causas de discapacidad, correspondiendo a la depresión el primer lugar, al retraso mental el cuarto puesto, a la epilepsia el sexto, a la demencia el séptimo y a la esquizofrenia el noveno. En conjunto, las enfermedades mentales representan el 8.1% de la pérdida de años de vida saludable por discapacidad.

Desde otro ángulo, se ha señalado la importancia de considerar las condiciones de poblaciones en particular riesgo, como los refugiados, niños de la calle, mujeres abusadas y pueblos indígenas, que enfrentan situaciones que significan un perjuicio para la salud mental. Estos grupos enfrentan violaciones de sus derechos humanos al tiempo que su acceso al tratamiento es limitado.

En este contexto, la Iniciativa de la OMS Naciones en Pro de la Salud Mental ha establecido programas de demostración en Argentina, Belice y Bolivia, ha desarrollado un programa para poner a la salud mental en la agenda internacional, y ha apoyado proyectos demostrativos que prueban la viabilidad de las intervenciones en salud mental y la racionalidad de sus costos.

Las poblaciones indígenas afectadas por problemas psicológicos se encuentran en la singular situación de tener que enfrentar el doble estigma que aflige a las minorías étnicas y a los enfermos mentales. De ahí la importancia de las acciones emprendidas por la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, que impulsan el respeto a la identidad cultural en la atención a la salud de las poblaciones indígenas. Cabe recalcar que es menester reconocer la necesidad de ampliar los conocimientos en relación con la problemática de los pueblos indígenas. Lo anterior implica adoptar una actitud en la que se disminuya la arrogancia y se procure lograr la participación de los pueblos afectados y de la sociedad como un todo en el análisis de estos problemas y el diseño de nuevos programas. Esto requiere impulsar iniciativas en las que se promueva la interacción entre grupos y sectores comprometidos con la salud y el desarrollo social y humano.

2.2 **Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas**

Dra. Sandra Land, OPS

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas se origina en una recomendación del XXXVII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, plasmada en la Resolución V del Consejo.

Sus prioridades incluyen el fortalecimiento de los programas de salud para la población indígena, el desarrollo de un marco de colaboración con estas poblaciones y la determinación de alternativas para lograr un desarrollo de los servicios de salud culturalmente apropiados. La Resolución V enfatiza el desarrollo de alternativas realistas y sostenibles, que establezcan la colaboración con la población en la atención y promoción de la salud. En este marco, la OPS opera como promotor de acciones y coordinador de las interacciones entre los países participantes.

La Iniciativa parte de una evaluación inicial de los indicadores generales de las condiciones de los pueblos indígenas que demuestra la inequidad en su estado de salud, cuyos indicadores reflejan marcadas desventajas en el crecimiento (retardo), morbilidad, mortalidad y esperanza de vida. La Iniciativa persigue promover la elaboración de informes de país sobre las condiciones de su población indígena, con el fin de integrar los correspondientes indicadores en el informe regional que la OPS publica periódicamente. A la vez, procura identificar programas modelo en la Región, a fin de darles difusión y utilizarlos como base para el desarrollo de nuevos programas.

La Iniciativa se fundamenta en los siguientes principios básicos:

- Enfoque integral
- Autodeterminación
- Participación sistemática
- Respeto y revalorización
- Reciprocidad en las relaciones

Se considera fundamental la relación con otros ámbitos sociales, en particular con las acciones orientadas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural en la Región, a la conservación de la biodiversidad y a la preservación de los recursos naturales. El Plan de Acción de la Iniciativa, que incluye el diseño de planes nacionales de salud indígena, prescribe la incorporación de los países por fases, con el fin de facilitar su participación y estimular la promoción regional de nuevas actividades de atención. Dentro de las acciones se han definido como prioritarias las orientadas al abastecimiento de agua y el saneamiento comunitario y las relacionadas con la salud reproductiva. También se han planteado como estrategias la búsqueda del fortalecimiento de los sistemas tradicionales de salud indígena; la generación de una base de información científica que sirva de fuente para la publicación de una serie de informes técnicos y para la divulgación de información en el público; y el establecer alianzas con las organizaciones indígenas, el sistema de Naciones Unidas, grupos académicos y proveedores de servicios de salud alternativos. Por último, la Iniciativa establece un compromiso de continuidad en sus acciones, a

fin de lograr una ampliación de los servicios para la población indígena, basados en las alianzas establecidas y en su presencia comprometida con el mejoramiento de la salud en los pueblos indígenas.

2.3 Introducción al tema de salud mental en la población indígena

Alta Hooker en nombre de Myrna Cunningham, Nicaragua

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas parte de la evaluación de la situación de estos pueblos en la Región. Ese examen pone de manifiesto los problemas de integración de los sistemas médicos institucionales e indígenas, la adopción en la mayoría de las acciones de salud de un modelo extraño a la población indígena y su implementación, sin que ésta participe en el diseño y en la toma de decisiones. A las condiciones citadas se agregan la situación de pobreza rural y urbana de la población indígena y las marcadas diferencias en sus indicadores de desarrollo. La discusión inicial de la Iniciativa, realizada en una primera reunión celebrada en Winnipeg, Canadá, puso de manifiesto la relación de la salud con las condiciones de pobreza y marginación de la población indígena, así como el impacto en la salud de estas poblaciones de los crecientes problemas de alcoholismo y abuso de sustancias. También se ha señalado la relación de los problemas de salud mental con las condiciones de guerra, desempleo, discriminación racial, desintegración social y falta de acceso a los servicios de salud.

El desarrollo de acciones de la Iniciativa ha evidenciado la necesidad de abordar los problemas de salud con un enfoque integral, basado en la participación de los grupos indígenas e íntimamente ligado a sus procesos de revitalización cultural. Por otra parte, se ha subrayado que los pueblos indígenas tienen la responsabilidad de trabajar en la solución de sus propios problemas, evitando la dependencia en acciones y recursos externos. En el caso concreto de la salud mental es necesario considerar, en relación con su fomento y recuperación y con la prevención de su deterioro, su relación con las problemáticas de violencia, alcoholismo y abuso de sustancias, y con los procesos de cambio social determinados por acciones de desarrollo de las agencias internacionales.

La Iniciativa busca establecer un proceso regional, para lo cual se plantea la organización de grupos de trabajo en cada país. El desarrollo del proceso regional debe iniciarse a partir de un diálogo entre las comunidades indígenas y los Estados, en el que los problemas de salud mental y los factores que los condicionan sean identificados por las propias comunidades. Estas estarán en capacidad de evaluar los daños causados por las condiciones de guerra en que algunas de ellas viven o han vivido, y de justipreciar el impacto de los procesos de transculturación. El desarrollo de estos procesos deberá estimular la participación comunitaria y propiciar un enfoque intersectorial en el que se considere el contexto socio-político del desarrollo de los pueblos indígenas y las problemáticas que enfrentan en la tenencia de la tierra, la producción primaria y la conservación de sus recursos naturales. Por último, los programas deberán buscar generar un aumento de la autoestima con base en la valorización de las culturas autóctonas, de las acciones emprendidas bajo el liderazgo propio y el monitoreo de los cambios generados.

2.4 Salud mental y población indígena en América Latina

Dr. Pablo J. Farías, México

2.4.1 Introducción

Desde el origen de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, estos pueblos han planteado la importancia de sus problemas de salud mental y la relación de ésta con los procesos de cambio ligados a la pobreza (OPS, 1993). En efecto, la salud mental de esos pueblos está íntimamente ligada a la compleja problemática de pobreza y marginación que padece la mayoría de ellos. Por otra parte, la salud mental está estrechamente ligada a la preservación de la identidad étnica, a la viabilidad de las formas tradicionales de organización social, y a la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales, de los que dependen los sistemas de vida rural campesina. Estas dimensiones de la vida comunitaria son determinantes de los recursos personales, familiares y comunitarios con que cuentan los pueblos indígenas para la prevención y atención en salud mental (Brabeck, 1991). Al mismo tiempo, conforman la base de la identidad personal, las redes sociales de apoyo, las prácticas rituales tradicionales y los recursos curativos de sus sistemas médicos.

La atención a la salud mental de los pueblos indígenas está condicionada por la carencia de recursos suficientes de salud mental en América Latina (Alarcón, 1986), y por el escaso conocimiento de sus prácticas de salud y de las formas en que se expresan sus padecimientos emocionales dentro de sus sistemas culturales (Gaines, 1992). En los sistemas de salud, los escasos servicios de salud mental disponibles están dominados por conceptos occidentales y formas de atención orientados a la población urbana. Los recursos disponibles para las poblaciones indígenas en los sistemas comunitarios y tradicionales de salud han sido escasamente apoyados, careciéndose en la mayoría de los países de políticas de salud orientadas a fortalecer las estrategias y recursos de base comunitaria en estos pueblos.

2.4.2 Población indígena de América Latina

La mayoría de los países de América Latina no cuenta con datos específicos sobre las condiciones de su población indígena y solamente en nueve de ellos se incluye una definición de la misma en los censos nacionales (CELADE, 1992). La definición de etnicidad varía también entre los países de la Región, considerándose en algunos de ellos solamente la lengua, y en otros, la percepción de su etnicidad propia. Las estimaciones censales varían de 14,6 a 34 millones de indígenas, según las fuentes (González, 1994). Los países con mayor población indígena son México, con 5,2 millones, que representan 9% de su población total; Perú, con 3,6 millones (25% de la población total), Bolivia, con 2,8 millones (54%) y Guatemala, con 2,5 millones (42%).

Un estudio del Banco Mundial (Psacharopoulos, 1994) concluye que la pobreza en la población indígena de América Latina es generalizada y severa, mostrando una marcada desproporción al compararse con la población en general. El siguiente cuadro muestra esa desproporción en cuatro países de la Región:

Cuadro 1: Porcentajes de la población en condiciones de pobreza

País	Población indígena	Población no indígena
Bolivia	64,3	48,1
Guatemala	86,6	53,9
México	80,6	17,9
Perú	79,0	49,7

Fuente: Psacharopulos y Patrinos, 1994

El caso de México ilustra la relación entre las condiciones de pobreza y las desventajas en el acceso a los servicios básicos (cuadro 2). El escaso acceso a la educación, la predominancia de actividades productivas agrícolas orientadas al auto-consumo, sin posibilidades de generar un ingreso monetario suficiente para cubrir las necesidades familiares y las altas tasas de mortalidad infantil y de fecundidad, son condiciones que se asocian de manera clara a la marginación de los pueblos indígenas.

Estas condiciones se expresan de manera singular en el Estado de Chiapas (INEGI, 1996), cuyas tasas de morbilidad y mortalidad infantiles están muy por encima de la media nacional.

Las altas tasas de mortalidad infantil en la población indígena, la persistencia de altas tasas de fecundidad, y las desventajas en el acceso al trabajo y a los servicios generan grandes dificultades emocionales, afectan los sistemas sociales de apoyo familiar y comunitario, y al mismo tiempo, perpetúan las condiciones de marginación y pobreza. Estas condiciones están ligadas también a la pérdida de viabilidad de las formas de vida tradicional, a la pérdida de recursos culturales, al deterioro ambiental, a la migración y a los conflictos violentos, factores todos que determina una espiral de deterioro de la calidad de vida de los grupos afectados (UNICEF, 1995).

Cuadro 2: Condiciones de la población indígena de México (en porcentajes)

	Analfabetas	Sin escolaridad	Educación post primaria	Agricultores	Sin ingresos	Ingreso menor al salario mínimo	Uso de leña como combustible
Indígenas	40,7	37	12,3	59,9	21,0	38,6	69,8
No indígenas	12,4	13,4	42,5	22,1	7,3	19,2	21,1

3. POBLACIÓN INDÍGENA Y SALUD MENTAL

Son muy pocos los estudios que han enfocado la problemática emocional de las poblaciones indígenas. Casi no se han considerado los sistemas médicos indígenas ni se han relacionado los trastornos emocionales con las prácticas curativas rituales. Algunos estudios han señalado que en estas poblaciones las categorías específicas de trastorno emocional se enfocan desde la perspectiva de la pérdida de la función, definiendo más que categorías basadas en la experiencia psíquica, categorías fundamentadas en el nivel de pérdida funcional. Los estudios de Rubel (1964) sobre *susto* y el análisis de Fábrega (1970) sobre *jowel* y *chawaj* en la población maya de los Altos de Chiapas ilustran este punto. Pero se carece de estudios sistemáticos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población indígena o la relación de las categorías de estos trastornos en los sistemas tradicionales y su correspondencia con la clasificación psiquiátrica occidental.

La existencia de sistemas médicos en los pueblos indígenas que tienen escasa relación con los conceptos biomédicos o psicodinámicos de la medicina cosmopolita es un aspecto que se debe analizar. Las diferencias entre ambos sistemas han sido consideradas en publicaciones sobre salud mental, en particular, en relación con las teorías y prácticas psiquiátricas de diferentes pueblos, campo de estudio de la etnopsiquiatría o etnomedicina. El análisis del contexto social y cultural de los trastornos psiquiátricos ha sido el terreno de la psiquiatría transcultural (Gaines, 1992). Se ha analizado la construcción social de trastornos específicos de determinadas culturas, los denominados "síndromes vinculados a la cultura" (Helman, 1990), como el *susto* en la población indígena de Mesoamérica (Rubel, 1994) y los *nervios* (Guarnaccia, 1988). También se han analizado los sistemas de clasificación de las enfermedades en distintas etnias, como los mayas de los Altos de Chiapas y los guajiros de Venezuela y Colombia (Perrin, 1986). Estos estudios apuntan a la gran diversidad existente entre los pueblos indígenas en las formas de clasificar los trastornos mentales, definir sus causas y establecer medidas terapéuticas. Esta diversidad no sólo refleja distintas formas de manifestación de los trastornos psíquicos, sino que expresa condiciones y sistemas socio-culturales particulares. No basta, por tanto, plantear formas de traducción de categoría indígenas en categorías psiquiátricas; en efecto, estas últimas carecen de relevancia sociocultural para movilizar los recursos personales, familiares y comunitarios necesarios para la restitución de la salud.

Los sistemas médicos tradicionales de las comunidades indígenas de América Latina, enfatizan una visión integral de la salud que considera conjuntamente los componentes físico, mental y social, y plantea una estrecha relación de la salud con la vida espiritual (Aguirre Beltrán, 1963). Fábrega y Silver (1973) caracterizan el pensamiento sobre la enfermedad entre los mayas de los Altos de Chiapas como "el reflejo y expresión del estado de las relaciones entre la persona consigo misma, su grupo social y sus deidades". Las transgresiones de los códigos espirituales o sociales se cree son castigadas por enfermedades de origen divino. Los individuos, sus contemporáneos y las deidades se encuentran ligados en una triple red de relaciones y una expresión frecuente de la desarticulación de esta red es la "enfermedad". Para los mayas las enfermedades mentales se manifiestan con pérdida de función, alteraciones del comportamiento, convulsiones y pérdida de las capacidades intelectuales (Berlín, 1996; Holland, 1963; Castille, 1996).

Las marcadas diferencias entre los sistemas indígenas y occidentales de conceptualización y clasificación de los trastornos mentales hacen evidente la necesidad de definir equivalencias entre ambos sistemas. Igualmente, estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de apoyar estrategias de intervención basadas en los sistemas socioculturales indígenas, que permitan apoyar los recursos comunitarios para la salud mental y establecer una relación entre los sistemas comunitarios e institucionales de salud, en los casos que requieran intervención externa.

4. TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

Las transformaciones de los sistemas sociales indígenas tienen un importante efecto en la salud mental en cuanto introducen nuevas normas de conducta, demandas funcionales y nuevas formas de relación social. Al mismo tiempo, estas transformaciones afectan la operación de los sistemas de apoyo social y los recursos comunitarios de salud. A manera de ejemplo se presenta a continuación una síntesis de la transformación social en las poblaciones indígenas de Chiapas y su relación con la salud mental y psicosocial.

El Estado de Chiapas representa una de las áreas más pobres de México. Ha llamado la atención internacional con el surgimiento de una rebelión armada de los indígenas que demandan condiciones que permitan la viabilidad de sus sistemas de vida tradicional y el reconocimiento de sus derechos culturales y étnicos. Las condiciones de las comunidades indígenas en otras partes de México y América Latina son similares, y han llevado a un movimiento amplio de apoyo a las demandas de modificación al entorno económico y político de marginación que enfrentan. Dentro del proceso de transformación social de los pueblos indígenas destaca el abandono de las prácticas productivas agrícolas orientadas al autoconsumo y la economía local, y la migración tanto hacia otras zonas rurales como urbanas. El abandono de la agricultura tradicional es resultado de cambios en el contexto económico de los países de la Región y de procesos locales que incluyen el deterioro ambiental, la utilización de tierras en actividades de ganadería tropical, la introducción de insumos químicos para la agricultura, el crecimiento poblacional, la migración forzada y los conflictos en la tenencia de la tierra. En el caso de Chiapas, el proceso de transformación productiva y social se inicia en el decenio de 1970 con la apertura de tierras para la colonización de las selvas tropicales, ligada a cambios en la demanda de mano de obra en la agricultura de las plantaciones. Los créditos internacionales indujeron su transformación hacia la producción ganadera y un aumento en la demanda de mano de obra no calificada para la construcción de grandes obras de infraestructura energética en la región (Collier, 1994).

Las comunidades indígenas de los altos de Chiapas fueron descritas hasta los años sesenta como sistemas corporativos cerrados. En ellos la vida comunitaria se definía alrededor de la producción y los mercados locales. La participación social se circunscribía a la estructura de responsabilidades comunitarias en un sistema jerárquico de "cargos" ceremoniales que vinculaba a los parajes rurales con el centro y cabecera política de la comunidad (Pozas, 1977). El sistema de cargos reforzaba la formación de redes de apoyo para el trabajo agrícola en el que se sustentaba la acumulación de la riqueza. El cambio hacia el trabajo asalariado en la construcción, en contraste, introdujo una fuente de riqueza no ligada a las redes comunitarias de trabajo y permitió a los involucrados modificar sus prácticas agrícolas al introducir el uso de agroquímicos que permitieron ampliar las tierras en cultivo y disminuir la dependencia en el trabajo para la producción. Collier (1994) describe ese cambio como la transición entre "trabajar para generar comida" y "trabajar para ganar dinero". Estos cambios determinaron una pérdida de legitimidad de las autoridades tradicionales, incluidos los curanderos, que proporcionaban una importante mediación en los conflictos familiares y mantenían mecanismos de redistribución de la riqueza en las comunidades. A lo anterior se agrega el cambio religioso, con la aparición de grupos evangélicos ajenos a la Región (Farías, 1996).

A los cambios mencionados se agrega un proceso de abandono de los sistemas de participación y cohesión comunitaria (Cancian, 1992) y una fragmentación que acentúa los conflictos internos y la violencia (CNDH, 1992; Collier, 1996). La población indígena enfrenta una mayor exposición a la violencia en los procesos de guerra que han ocurrido en la Región. La población maya de Guatemala y, más recientemente, la de Chiapas, México, se ha visto involucrada de manera directa en conflictos armados que han llevado al desplazamiento de grupos importantes de la población. De igual forma, los conflictos armados en Perú han afectado en particular a la población indígena (Bosco, 1994). Otras poblaciones indígenas en la Región se ven particularmente expuestas a la violencia ligada al narcotráfico. Este conjunto de condiciones de violencia es un factor claro de origen para una amplia gama de trastornos emocionales, en particular los ligados al estrés post-traumático.

5. MIGRACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

La migración de poblaciones rurales en América Latina se ha convertido en las últimas décadas, por efecto de los conflictos violentos, en un problema de magnitud. En el conjunto de países, la población urbana pasó de representar el 57% del total en 1970 al 72% en 1971 (Bank, 1993). En este proceso, la población indígena migrante enfrenta situaciones que agravan su marginación y pobreza, dependientes de su inserción en los estratos más bajos de la población urbana, de la carencia de las habilidades que demanda el empleo urbano, de la discriminación étnica de que es objeto, y de las limitaciones en la lengua dominante. Sus redes sociales de apoyo se fragmentan con frecuencia y las estructuras familiares cambian, en detrimento de la familia extendida, lo que determina la pérdida de recursos para el cuidado y educación infantil y para la mediación en conflictos familiares. Esta situación conlleva riesgos para la salud mental y psicosocial, entre ellos los relacionados con el aumento del consumo de alcohol y drogas, la exposición a condiciones de violencia y criminalidad, la falta de vivienda y el hacinamiento. De esta manera, la población migrante, en particular los niños de la calle y las madres y menores abandonados, sufren desproporcionadamente los efectos más severos de la marginación.

Las poblaciones de refugiados y desplazados enfrentan condiciones adicionales que comprometen su salud mental. No sólo enfrentan las dificultades del cambio social rápido sino también numerosas experiencias traumáticas. En el decenio de 1980 se desplazó hasta 29% de la población indígena de El Salvador y 7,5% de la de Guatemala (Aguayo, 1988). El número de refugiados que huyeron de su país durante ese período se estima en cerca de los dos millones y el de los desplazados internos sobrepasó los ochocientos cincuenta mil. En Guatemala, los conflictos militares produjeron un desplazamiento masivo de la población indígena. La política subsiguiente de reubicación interna, mediante la creación de "pueblos modelo" desplazó a la población dentro de las áreas de conflicto. Durante estos años, un importante número de poblados indígenas fueron víctimas de la violencia militar (IWGIA, 1978; Fallas, 1988), estimándose en más de 25.000 las personas que fallecieron en los conflictos. Como resultado de lo anterior, grandes grupos de desplazados permanecieron aislados en las regiones montañosas de Guatemala y la mayoría de los esfuerzos de desarrollo comunitario se vieron paralizados. El efecto de estas experiencias en la salud mental ha sido documentado en numerosas poblaciones de refugiados (Melville, 1992; Boothby, 1994; Farías, 1994; Mollica, 1994).

Las situaciones de vida de los refugiados indígenas varían considerablemente y tienen un efecto importante en su salud mental. Las condiciones de los refugiados en zonas de asentamientos urbanos norteamericanas se caracterizan por la alta marginación y la falta de acceso a los servicios de salud y asistencia social (O'Dogherty, 1989; Burns, 1993). Estas condiciones se vinculan al desempleo, al aislamiento social y a la imposibilidad de reconstruir los patrones de vida comunitaria y de apoyo social (Farías, 1991). Las condiciones de los refugiados en los campamentos rurales se caracterizan por la pobreza extrema, aun cuando son mayores las posibilidades de restablecer los vínculos comunitarios y los mecanismos de apoyo social que fortalecen la salud mental.

Las condiciones de las mujeres refugiadas guatemaltecas demuestran las dificultades que enfrentan las familias en los campamentos. El principal sitio donde pueden ejercer alguna clase

de control es en el espacio privado del hogar: allí cuidan a sus hijos, vigilan los pocos animales que les pertenecen, hacen las tortillas para las comidas de la familia y, con frecuencia, se reúnen con otras mujeres. La carencia absoluta de recursos y diversiones dentro de los campamentos hace que la labor básica de la vida cotidiana sea tenaz y absorbente; el agua se transporta a mano desde pozos o arroyos, que en ocasiones, están a considerable distancia; las tortillas de maíz se hacen con frecuencia a fuego abierto, dentro de la casa, y el resto del tiempo se emplea en atender a los niños. Pocas mujeres ganan dinero fuera del hogar y la mayoría de las familias dependen para su subsistencia de los exiguos sueldos que ganan esposos e hijos. En estas condiciones, la violencia contra estas mujeres es un factor importante que moldea su experiencia de vida y que limita su acceso y control sobre los recursos comunitarios. La violencia marital es causa del aislamiento de las mujeres y constituye una barrera para su participación en las actividades comunitarias y para su acceso a los servicios de salud.

Una encuesta comunitaria llevada a cabo en un grupo de mujeres indígenas refugiadas en Chiapas (Maquin, 1991) muestra la prevalencia de la violencia contra las mujeres y su relación con el abuso del alcohol:

Cuadro 3: Violencia marital y abuso del alcohol en la población refugiada, por grupos de edad de la mujer

Edad de la mujer	Presencia de abuso de alcohol	Ausencia de abuso de alcohol
12 a 19 años	22%	10%
20 a 34 años	19%	6%
Mayor de 35 años	15%	6%

Fuente: Mamá Maquin, 1991

Queda claro que la violencia marital es una experiencia común para las mujeres indígenas y forma parte de un complejo de condiciones que afectan la salud psicosocial en el ámbito familiar de los refugiados.

6. ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Los servicios de atención de la salud mental en los países de América Latina están en un estado de subdesarrollo (Alarcón, 1986) si bien en desarrollo creciente. Tal situación se refleja en la asistencia que reciben las comunidades indígenas, precisamente las afectadas más severamente por la pobreza y la marginación, el desplazamiento y los retos de la transformación sociocultural.

Hasta ahora, los esfuerzos hechos para confrontar los retos que plantea la situación mencionada han enfatizado las estrategias de desinstitucionalización y de integración de los servicios psiquiátricos en la atención primaria de la salud (González Uzcátegui y Levav, 1991; Levav, 1993). No obstante los esfuerzos en curso, en la mayoría de los casos la atención psiquiátrica continúa aislada de la salud mental comunitaria. La atención psiquiátrica no sólo ha permanecido aislada en las instituciones asilares y en la práctica privada en algunos países, sino que frecuentemente se ha visto ligada a condiciones de abuso y negligencia que han merecido la crítica de asociaciones comunitarias y de defensores de los derechos humanos. Es notorio que en los nuevos programas de salud mental en América Latina el papel de la psiquiatría es limitado (Lykes, 1994; Martín-Baró, 1994).

Las limitaciones de las estrategias de desinstitucionalización son evidentes en la población indígena: la redistribución de recursos que este enfoque postula no se ha reflejado en la creación de nuevos servicios para las poblaciones más necesitadas de ellos, como son los pueblos indígenas, que siguen careciendo de acceso a los servicios de salud mental. El caso de México es ilustrativo: disponiendo sólo de 0,8 psiquiatras por 100.000 habitantes (de la Fuente, 1988), éstos están concentrados en el área metropolitana de la ciudad de México (Resnikoff, 1991), donde igualmente se encuentra el 62% de las camas psiquiátricas del país. En contraste, las regiones marginadas, como el Estado de Chiapas cuentan tan sólo con 0,1 psiquiatras por 100.000 habitantes. La escasez de recursos se refleja en las asignaciones presupuestarias para las instituciones psiquiátricas de la Secretaría de Salud (De Gortari, 1992) según las cuales el costo de la cama día en las tres principales instituciones psiquiátricas del país oscila entre 9 y 13 dólares diarios. En estas condiciones, la desinstitucionalización resulta insuficiente como estrategia para mejorar los cuidados en salud mental. Más aún, con esta estrategia se corre el riesgo de reducir los pocos servicios disponibles para las poblaciones indígenas al limitar su acceso a los servicios psiquiátricos.

La estrategia complementaria de integración de la salud mental en los programas de atención primaria busca aumentar la cobertura y subsanar la falta de recursos humanos especializados. Su meta es atender los problemas de salud mental mediante intervenciones tempranas utilizando personal general de salud. Su eficacia ha sido ampliamente demostrada, lo mismo que la factibilidad de su adaptación para las zonas indígenas de América Latina (Bosco, 1994; Sáenz Romero, 1994). En la actualidad se cuenta con un acervo de instrumentos de capacitación en salud mental para trabajadores primarios y promotores comunitarios de salud (Saraceno, 1992; Miller, 1994; OMS, 1996). Las estrategias propuestas destacan la detección temprana de los trastornos mentales y el tratamiento de las personas con trastornos leves, particularmente los ligados al estrés. También propician el apoyo a grupos vulnerables, la interacción con los curanderos tradicionales y la formación de grupos de auto-ayuda en la

comunidad. Desafortunadamente, existen muchas barreras para implementar las estrategias, en particular la capacitación limitada en salud mental de los profesionales de la salud y la falta de integración de esta problemática en los planes de desarrollo para las zonas marginadas (Desjarlais, 1995).

7. ESTRATEGIAS COMUNITARIAS DE SALUD MENTAL

Existe amplia evidencia del desarrollo de alternativas exitosas de atención de la salud mental en la comunidad. Los recursos comunitarios para la salud mental son particularmente relevantes para la población indígena y comprenden tanto recursos tradicionales, ligados a sus culturas de origen, como nuevas estrategias surgidas de la solidaridad comunitaria. Las prácticas tradicionales en las comunidades indígenas de América Latina pueden dividirse, en general, en las de carácter personalista, orientadas a la relación social de la persona y al mantenimiento de las normas culturales, tales como las prácticas rituales y de oración, y las de carácter naturalista, orientadas a restablecer el balance humoral del organismo, basadas en la herbolaria medicinal y en técnicas de manipulación corporal (Foster, 1978; Berlín, 1996).

Las intervenciones terapéuticas tradicionales, en el campo mental, se orientan a restablecer el orden espiritual y social mediante la modificación del estado emocional, las actitudes y el comportamiento del enfermo con ayuda de fuerzas espirituales. En la curación interviene la familia y miembros del grupo social, que participan en rituales realizados en el hogar, los lugares sagrados de la comunidad y los sitios de culto religioso. Las intervenciones pueden incluir la oración, la ingestión de alimentos rituales y las ofrendas a las deidades con el fin de restablecer la integridad espiritual. También comprenden la manipulación física del enfermo, dirigida a extraer de su cuerpo objetos que corporalizan influencias malignas; el sangrado de la cabeza, para extraer el exceso de sangre o la sangre contaminada por el mal; y el uso de plantas medicinales, especialmente en presencia de trastornos leves, acompañados de insomnio o ansiedad (Holland, 1964; Farías, 1990). Estas intervenciones son ejecutadas por especialistas tradicionales, capaces de celebrar ritos complejos, recitar oraciones difíciles y de movilizar los recursos individuales, familiares, y comunitarios con el fin de restituir la conducta normal del enfermo. Eber (1995) ilustra la importancia de las intervenciones sociales del terapeuta indígena en el tratamiento de problemas relacionados con el abuso del alcohol. Su intervención hace posible manejar integralmente el problema y movilizar los recursos familiares y comunitarios para limitar las consecuencias del hábito, particularmente la violencia doméstica contra la mujer.

Tanto las prácticas personalistas como las naturalistas se ven afectadas por los rápidos procesos de transformación social de las poblaciones indígenas. Las prácticas personalistas se orientan a restituir un orden social perturbado y a movilizar los recursos individuales y sociales, para restablecer la capacidad funcional del individuo, apoyándose en las normas sociales validadas por el grupo. Su efectividad depende de la persistencia de este marco social y de los recursos necesarios en la familia y la comunidad. Entre los procesos que minan la base de operación de estos sistemas está el cambio religioso, la transformación de la producción agrícola, el cambio de estructuras familiares y la migración.

Las prácticas naturalistas también se ven afectadas por los procesos de transformación social. La inserción en el mercado de las poblaciones indígenas se asocia a patrones de consumo que favorecen el uso de medicamentos comerciales y que las exponen a sistemas de valores que asocian lo tradicional indígena con un bajo prestigio social. Por otro lado, la migración y la transformación productiva se asocian a la pérdida de relevancia del conocimiento sobre los

recursos naturales y las prácticas de recolección que requiere la herbolaria medicinal. A lo anterior se agrega que la transmisión del conocimiento mediante los sistemas tradicionales de comunicación oral se debilita, lo que incrementa el abandono de estas prácticas.

En algunos pueblos indígenas, con frecuencia con el apoyo de grupos externos, se han desarrollado, más allá de los sistemas basados en las culturas autóctonas, importantes recursos para enfrentar los problemas de salud mental. Se han elaborado técnicas creativas de expresión emocional en los sistemas educativos para niños, dirigidas al manejo de los conflictos interpersonales, y se ha promovido el uso de narrativas y cuentos para elaborar experiencias traumáticas; la utilización de técnicas de relajamiento para el manejo del estrés y la ansiedad; la formación de grupos de auto-ayuda, y la estructuración de sistemas de apoyo social para asistir a grupos vulnerables en la comunidad (Metraux, 1990; Saraceno, 1992; Bosco, 1994; Lykes, 1994; Miller, 1994; Sáenz Romero, 1994). La mayoría de estas estrategias se basan en la capacitación de promotores comunitarios de salud, lo que ha permitido reforzar las prácticas tradicionales, tales como el uso de parteras comunitarias en la asistencia obstétrica. También han permitido desarrollar intervenciones de prevención, por ejemplo, la capacitación de madres para evitar las infecciones intestinales y la desnutrición, y la educación en salud reproductiva y en la prevención de hábitos malsanos, como el tabaquismo y el alcoholismo.

En América Latina se han desarrollado estrategias comunitarias de promoción y prevención en salud mental, basadas en el desarrollo de una importante base conceptual y práctica en las que se integran la problemática de la pobreza y la marginación (Martin-Baró, 1994). Dentro de esas estrategias se encuentran las que favorecen el apoyo de los recursos tradicionales de la medicina indígena y las orientadas al desarrollo de nuevas capacidades dentro del desarrollo comunitario. La estrategia más común, basada en los sistemas locales de salud, procura, mediante la capacitación en el trabajo, la integración de los recursos comunitarios e institucionales. En algunos casos se busca generar capacidades complementarias en los promotores comunitarios, subordinados con frecuencia a los proveedores externos. En otros casos se promueve la generación de capacidades autónomas en la comunidad, dada la escasez de instituciones de salud en el medio rural. En estas áreas se procura con frecuencia la generación de capacidades derivadas de una visión cosmopolita de la salud, que incluye, entre otros procedimientos, las intervenciones psicoterapéuticas, el uso de las técnicas de relajación y acupuntura, y la promoción de grupos de apoyo. Estas estrategias son respaldadas con frecuencia por organismos no gubernamentales y agencias sociales vinculadas al desarrollo comunitario (Metraux, 1990; Bosco, 1994).

Las estrategias orientadas a las prácticas tradicionales de salud de las comunidades indígenas carecen, en la mayoría de los casos, de mecanismos que favorezcan su fortalecimiento, y con frecuencia, enfrentan un mayor rechazo por parte de las instituciones de salud y agencias de desarrollo, lo que limita su acceso a los recursos. No obstante, algunas experiencias en comunidades indígenas de la Región son de gran valor. Se destaca en particular el desarrollo de organizaciones de terapeutas indígenas que promueven acciones para la atención de la salud a partir de la propia visión indígena. Estas organizaciones buscan consolidar su práctica mediante la generación de capacidades propias y el establecimiento de parámetros independientes para la relación con las instituciones de salud (OMIECH, 1990).

Cabe notar, sin embargo, que las prácticas tradicionales dependen en gran medida de la continuidad de los sistemas socioculturales que forman su base de poder y legitimidad para movilizar la acción individual, familiar y comunitaria. La fortaleza de estos sistemas reside en su capacidad de incidir en el entorno comunitario en la búsqueda de la solución de los problemas del individuo enfermo. Esta misma fortaleza constituye un limitante al enfrentar condiciones sociales rápidamente cambiantes, como ocurre en los procesos de migración, transformación productiva y reorganización comunitaria.

8. LA SALUD MENTAL EN LOS ESFUERZOS DEL DESARROLLO COMUNITARIO

Además de la formulación de estrategias, se debe considerar la promoción de políticas y programas de desarrollo comunitario que fortalezcan la disponibilidad de recursos para la salud mental y psicosocial. Estas políticas y programas, íntimamente vinculados a los programas de desarrollo y modernización económica de la Región, son de importancia particular para las comunidades indígenas. Estas se ven afectadas de manera particular por el énfasis puesto en la economía de mercado, la integración de los recursos naturales en la competitividad internacional, y el interés en mantener insumos de bajo costo para la producción industrial, con frecuencia ligado a la mano de obra accesible y barata. Si bien estas alternativas son necesarias ante el crecimiento de la población y la carencia de tierras para el cultivo extensivo que requiere la milpa tradicional, el impacto de esta transición varía de acuerdo a las políticas de desarrollo imperantes. En este sentido cabe mencionar el impacto de las políticas de apoyo a la producción ganadera, caracterizada en las zonas tropicales por un uso extensivo de la tierra, una baja demanda de mano de obra y la presencia de intermediarios que hacen imposible la participación de las comunidades rurales en las actividades de mayor rendimiento. Lo anterior contrasta con las políticas de apoyo al desarrollo de cultivos de alto valor comercial en las zonas indígenas. Un claro ejemplo del impacto positivo de estas políticas es la promoción de la caficultura en Chiapas. Este cultivo, de intensa demanda de mano de obra, ha sido manejado exitosamente por organizaciones de pequeños productores, lo que ha permitido mantener los beneficios del mercado en las propias comunidades. Dentro del proceso de apropiación de la producción por las comunidades podemos observar el fortalecimiento de las estructuras sociales y el apoyo a sus capacidades, lo que rebasa el ámbito productivo y genera mecanismos de fortalecimiento de recursos sanitarios y del bienestar psicosocial (Unión de Ejidos de la Selva, ISMAM).

Al considerar la atención de la salud mental y psicosocial se deben considerar también las ventajas de las políticas orientadas al fortalecimiento de los recursos comunitarios y las desventajas de los programas que promueven la migración masiva de poblaciones rurales hacia los centros urbanos, con la consecuente pérdida de recursos para la salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

Aguayo, S. y P.W.F. (1988) *Central Americans in Mexico and the United States*.

Aguirre Beltrán, G. (1963). *Medicina y Magia*. México, Instituto Nacional Indigenista.

Alarcón, R.D. (1986). *La salud mental en América Latina, 1970-1985*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 101(6)567-592.

Berlín, B.B. (1996). *Maya Ethnomedicine as Science*. En: Medical Ethnobiology of the Highland Maya of Chiapas, Mexico. B.B. Berlín, ed., Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

Boothby, N. (1994). *Trauma and violence among refugee children*. En: Amidst Peril and Pain. A.J. Marsella, ed., Washington, D.C. American Psychological Association.

Bosco, G. (1994). *Abuso a la infancia*. En: Experiencias del refugio centroamericano. P.J. y R.M. Farías, ed., San Cristóbal, Chiapas, El Colegio de la Frontera Sur: 89-94.

Brabeck, M. (1991). *Violence and human values in Guatemalan youth*. World Mental Health Congress, Mexico, World Federation for Mental Health.

Burns, A. (1993). *Maya in Exile: Guatemalan refugees in Florida*. Philadelphia, Temple University Press.

Cancian, F. (1965). *Economics and prestige in a Maya community: the religious cargo system in Zinacantan*. Stanford, Stanford University Press.

Cancian, F. (1965). *The decline of community of Zinacantan*. Stanford, Stanford University Press.

Castille, D. (1996). *Mental health among the Highland Maya*. Department of Anthropology. Berkeley, University of California.

CELADE (1992). *Censos de población en América Latina*.

CNDH (1992). *Informe sobre el problema de las expulsiones en las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas y los derechos humanos*. México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Collier, G. (1994). *Basta!: Land and the Zapatista rebellion in Chiapas*. Oakland, California, Institute for Food and Development Policy.

Collier, G. (1996). *Reaction and retrenchment in the wake of the Zapatista rebellion*. Annual Meeting of the American Anthropological Association, San Francisco, California, American Anthropological Association.

- Desjerlais, R (1995), Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York, Oxford University Press.
- Eber, C. (1995). *Women and alcohol in a Highland Maya town*. Austin, University of Texas Press.
- Fabrega Jr. H., Metzger, D. y Williams, G. (1970). *Psychiatric implications and illness in a Maya Indian group: a preliminary statement*. *Social Science and Medicine* 3:609-625.
- Fabrega, H. (1973). *Illnes and shamanistic curing in Zinacatan, an ethnomedical analysis*. Stanford, California, Stanford University Press.
- Falla, R. (1988). *Struggle for survival in the mountains*. En: *Harvest of Violence, the Maya indians and the Guatemalan Crisis*. R.M. Carmack, ed., Oklahoma, University of Oklahoma Press: 233-255.
- Farías, P.J. (1990). *El modelo biomédico frente a la tradición indígena Maya. El caso de los refugiados Guatemaltecos en Chiapas*. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* XIII(71-74):60-72.
- Farías, P.J. (1991). *Economic differentiation, social change and health status among Mayan communities in the Chiapas Highlands*. American Anthropological Association Meeting, San Francisco, American Anthropological Association.
- Farías, P.J. (1991). *Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15:167-192.
- Farías, P.J. (1994). *Central and South American refugees: some mental health challenges*. En: *American Peril and Pain: the situation of refugees in the world*. A.J. Marsella, ed. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Foster, G.M. (1978). *Medical Anthropology*. New York, John Wiley and Sons.
- Gaines, A.D. (1992). *Ethnopsychiatry: the cultural construction of psychiatres*. En: *Etnopsychiatry*, A.D. Gaines, ed., Albany, New York, State University of New York Press.
- González, M.L. *How many indigenous people?.* En: *Indigenous People and Poverty in Latin America*. G. y H.A.P. Psacharapoulos, ed. Washington, D.C., The World Bank: 21-39.
- González Uzcátegui, R. y Levav, I. (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Guarnaccia, P. a. F. Pablo (1988). *The social meanings of "nervios"*. *Social Science and Medicine* 26(12):1223-1231.

- Helman, C.G. (1990). *Culture, Health and Illness*. London, Wright.
- Holland, W.F.T. y Roland, G. (1964). *Highland Maya psychotherapy*. *American Anthropologist*. 66(1):41-52.
- Holland, W.R. (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México, Instituto Nacional Indigenista.
- INEGI (1993). *La población hablante de lengua indígena en México*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (1996). *La mortalidad infantil en México*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- IWGIA (1978). *Guatemala 1978: the massacre at Panzos*. Copenhagen, Denmark, International Work Group for Indigenous Affairs.
- Levay, I., Restrepo, H. y Guerra de Macedo, C. (1993). *Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (39)4:285-293.
- Lykes, M.B. (1994). *Terror, silencing and children: international multidisciplinary collaboration with Guatemalan Mayan communities*. *Social Science and Medicine* 38(4):543-552.
- Maquin, M. (1991). *La situación de la mujer refugiada en los campamentos de Chiapas, México, D.F., Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*.
- Martin-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Cambridge, Harvard University Press.
- Melville, M.B.L. (1992). *Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of governmental sponsored terrorism*. *Social Science and Medicine* 34(5):533-548.
- Metraux, J.C. (1990). *El niño, la familia y la comunidad. Manual de atención psicosocial para promotores*. Managua, Nicaragua, Editorial Ciencias Sociales.
- Miller, K.E. (1966). *The effects of state terrorism and exile on Indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives*. *Child Development* (67):89-106.
- Miller, K.E.B., Deborah, L. *Playing to grow: a primary mental health intervention with Guatemalan refugee children*. *American Journal of Orthopsychiatry* 64(3):346-356.

Mollica, R. (1994). *Southeast Asian Refugees: migration history and mental health issues*. En: *Amidst Peril and Pain*. A.J. Marsella, ed., Washington, D.C., American Psychological Association.

O'Dogherty, L. (1989). *Central Americans in Mexico: uprooted and silenced*. Washington, D.C., Center for Immigration Policy and Refugee Assistance.

OMS (1996). *Mental health of refugees*. Geneva, Organización Mundial de la Salud.

OPS (1993). *Resolution V of the Directing Council. Health of the Indigenous Peoples*. Pan American Health Organization, Washington, DC.

Perrin, M. (1986). *Etnólogos y Médicos frente al arte Guajiro de curar*. Estudios de Antropología Médica IV:139-268.

Pozas, R. (1977). *Chamula*. México, Instituto Nacional Indigenista.

Psacharopoulos, y H.A.P., Ed. (1994). *Indigenous people and poverty in Latin America: an empirical analysis*. Washington, D.C., The International Bank for Reconstruction and Development.

Rubel, A.J. (1964). *The epidemiology of folk illness: Susto in Hispanic America*. *Ethnology* 3(3):268-283.

Sáenz Romero, I. (1994). *Un modelo para el apoyo de la salud mental de los refugiados guatemaltecos en el sureste de México, a través de la capacitación de los promotores de la comunidad*. Facultad de Psicología. México, Universidad Nacional Autónoma de México, pag. 154.

Saraceno, B., Cecchetto, G., Escalante, C.A. (1992). *El promotor de salud frente a los trastornos mentales*. San Salvador, Universidad de El Salvador.

UNICEF (1995). *The state of the world's children*. New York, UNICEF.

World Bank (1994). Washington, D.C. The World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*.

Bolivia - Adela M. Casal R.

Presencia indígena

En Bolivia la población indígena representa entre 65% y 70% del total. Quechua y aymará son los pueblos mayoritarios. Existen además, otros pueblos pequeños, todos poseedores de un gran acervo cultural y étnico.

Modelo de atención a la salud mental

La situación de la salud mental de la población indígena del país guarda una estrecha relación con las condiciones de pobreza, marginación y violencia que sufren estos pueblos. Tales condiciones interfieren con la posibilidad de definir las bases para el establecimiento de un plan nacional de salud mental que integre estos sectores de la población en situación de mayor vulnerabilidad.

El desarrollo de un programa de salud mental debe asentarse en bases conceptuales que integren en su objetivo principal el mejoramiento de la calidad de la vida de los pobladores en su triple dimensión física, psicológica y cultural. Lo anterior implica un equilibrio entre los aspectos somáticos y psicológicos de la persona, el logro de relaciones armónicas dentro del contexto social, familiar y comunitario y la reafirmación de la propia identidad de los pueblos, dentro de la diversidad que les es peculiar.

Los principales factores que lesionan la salud mental son la pobreza, ligada al ajuste estructural y neoliberalismo, la invasión de los territorios, el desarraigo, la violencia étnica, los conflictos de intereses privados, y la exposición a condiciones estresantes, resultado de las alteraciones sociales. Caben destacar los problemas especiales que enfrentan los migrantes, en particular los relacionados con los procesos de adaptación al nuevo medio, que conllevan muchas veces cambios en la escala de valores, creencias, costumbres y aspectos singulares de la cultura, en desmedro de las creencias, tradiciones y prácticas tradicionales.

Las líneas estratégicas de un plan nacional de salud mental deben incluir:

- programas de investigación científica y creación de indicadores propios de salud mental;
- respeto e integración activa de la medicina tradicional, incluyendo a los practicantes tradicionales, cuya práctica se orienta al manejo de fuerzas de la naturaleza y la armonía hombre-naturaleza;
- programas educativos en salud mental, dirigidos específicamente a los diferentes grupos de edad;
- regionalización y priorización de áreas y grupos con base en diagnósticos regionales;

- aplicación de enfoque intercultural e histórico-cultural para avanzar en la construcción de conocimientos integrados;
- búsqueda de mecanismos de acción comunitaria intersectorial;
- promoción de la conciencia social para identificar problemas, plantear soluciones y tomar decisiones contextualizadas;
- formación de recursos humanos, y
- rescate y sistematización de experiencias.

Brasil - *Fundación Nacional del Indígena, Sergio Silva*

Presencia indígena

En Brasil existe una población indígena de cerca de 350 mil personas, pertenecientes a 215 etnias. Estos pueblos son muy diversos y varios de ellos viven en el aislamiento. El 10% del territorio nacional es de su propiedad, pero se encuentra sujeto a la explotación y al saqueo de sus recursos. Hay además territorios indígenas compartidos entre países. Existe una explotación laboral ligada a los procesos de integración del indígena en la sociedad mestiza. La tutela del Estado se ha establecido hasta en los textos constitucionales.

Asimismo hay evidencias de discriminación en la asignación de recursos. La problemática de la salud mental está definida en las poblaciones indígenas en función de sus prácticas religioso-espirituales tradicionales.

Modelo de atención a la salud mental

El Estado brasileño no se ha comprometido en la atención a los enfermos mentales en la población indígena. Por otra parte, cabe señalar que los terapeutas indígenas conciben de diferente manera las dolencias, que a los ojos del Estado, requieren de “reclusión” como remedio, ya que siempre la atención que aquellos prestan está más ligada a métodos espirituales. A pesar de que existe alcoholismo en la mayoría de comunidades indígenas, éste, ni el robo, ni el homicidio, son problemas principales. El hambre, el desamparo y la invasión de sus tierras son sus principales problemas, los cuales son el resultado de un proceso de desestructuración social y explotación económica acompañada de violencia, hacen necesario establecer programas de capacitación para fomentar sistemas estables de trabajo y continuidad cultural.

Si revisamos el problema del alcoholismo, podemos afirmar que anteriormente las bebidas alcohólicas eran preparadas en las propias comunidades para celebraciones específicas, en ambiente comunitario y con control social. El consumo del alcohol era una ocasión para reiterar el respeto al consejo que daban los ancianos. Ahora existen influencias externas, particularmente la propaganda, que promueve fuertemente el consumo, lo que ha ocasionado la

pérdida del orden y el respeto en las celebraciones tradicionales. No se han puesto en marcha programas educativos, ni se ha promovido la investigación científica orientados a solucionar el problema del alcoholismo. Por otra parte, los legisladores no han prestado atención al problema ni se han ocupado de dar seguimiento a la problemática asociada al consumo de alcohol.

Existe en las comunidades un fuerte problema de violencia relacionado con la explotación externa de recursos naturales y el proceso de cambio y destrucción cultural, factores fuertemente asociados con el abuso de alcohol y la desmoralización, particularmente en jóvenes.

Otro problema de salud mental de importancia singular es el del suicidio, cuyas tasas son muy altas en los grupos indígenas. Este es un problema que ha cobrado especial relevancia en la población juvenil, vinculado a la desorganización por contacto cultural y explotación.

Conviene señalar que los procesos de cambio no influyen igualmente en todos los grupos, y que el suicidio y la anomía no es un resultado obligado en todos ellos. De acuerdo a la visión guaraní de la enfermedad, ésta es fundamentalmente un proceso grupal y no individual, por ende, es necesario explicitar otros factores para profundizar la relación entre contacto y cambio social en los procesos de aculturación. Por otra parte, la relación con la mitología o visión cosmológica en cuanto al destino del hombre, provee un marco importante de interpretación del suicidio y sus condicionantes.

Se proponen cuatro enfoques fundamentales para enfrentar esta problemática:

1. Promover un programa escolar educativo -patrocinado por el estado y la iglesia- para combatir la propaganda y prevenir el alcoholismo,
2. combatir la propaganda de bebidas alcohólicas en los medios de comunicación masivos, mediante acciones emprendidas por las Naciones Unidas a instancias de la Organización Mundial de la Salud,
3. desarrollar un programa integral de salud, educación y trabajo, adecuado a las diversas culturas y con autonomía de gestión, y
4. rescatar y revalorizar las prácticas tradicionales.

Chile

Población Indígena

Existen ocho pueblos en zonas limítrofes del norte y sur del país. Según el Censo de 1992 las etnias están compuestas por 1 millón de personas mayores de 14 años, correspondientes al 10% del total del país, quienes viven en condiciones de pobreza.

Modelo de Atención a la Salud Mental

La población indígena es víctima del empobrecimiento, del deterioro ambiental y de la falta de tierras, factores de riesgo para su salud y particularmente su salud mental. Otro problema que influye sobre la salud mental del indígena es la migración, que trae consigo desarticulación social y comunitaria.

La población indígena tiene sus conceptos propios de salud-enfermedad. El desconocimiento de estos conceptos, dificulta la gestión de los equipos oficiales de salud que, formados mayoritariamente bajo el enfoque biomédico, carecen de metodologías para trabajar en contextos de diversidad cultural. De esta manera, la prestación de servicios por estos equipos requiere el apoyo de nuevas estrategias de corte intercultural, basadas en el cultivo de relaciones recíprocas de prácticas y conocimientos.

Las directrices orientadoras para un trabajo en salud mental adecuado y adaptado al contexto en que se brinda la atención son:

1. Contribuir al mejoramiento de condiciones de vida en general, considerando la cosmovisión propia de los pueblos indígenas y su organización social como fundamento para la elaboración de los planes;
2. impulsar trabajos coordinados, en el que participen todos los involucrados, favoreciéndose así los enfoques interculturales, y
3. adoptar modelos articulados, basados en el respeto al conocimiento y capacidades de los indígenas y en la participación de éstos.

Se plantean como estrategias:

- a. Desarrollo de actividades dirigidas específicamente a los pueblos indígenas;
- b. apoyo a procesos de autogestión;
- c. cambios en la formación de los profesionales;
- d. establecimiento de sistemas de información desagregada;
- e. participación de la propia población indígena en todas las fases del proceso, y
- f. definición conjunta de los contenidos.

El planteamiento de la interculturalidad en salud requiere partir de un concepto de relaciones respetuosas orientadas a la equidad, donde el paradigma de acción se genere a partir del encuentro y del respeto a las diferencias. El desafío, en consecuencia, es lograr la mejoría de salud de todos los pobladores del país mediante la integración de esfuerzos.

La visión mapuche del mundo es de una totalidad, con fuerzas protectoras y dañinas. A este panorama se han incorporado nuevos conceptos por influencia europea, tales como el de agentes agresores infecciosos. La diferencia presente en el campo conceptual requiere que se cuente con una visión comunitaria. Para ello, es necesaria la interacción de profesionales que trabajan en las comunidades en las diferentes áreas. El objetivo inicial de su gestión sería lograr

un diagnóstico situacional y a partir de él, establecer prioridades, elaborar programas y practicar evaluaciones.

Ecuador - Dr. Nelson Samaniego, Dr. Ménthor Sánchez y Sr. Francisco Licuy

Presencia indígena

Existen tres millones de indígenas que viven tanto en el área rural (dos millones) como en la urbana (un millón). Representan el 26% de los doce millones de habitantes que tiene el país. La tasa de analfabetismo en el medio rural es de 10% y la de deserción escolar, 34%. Los problemas de salud que afectan a la población se han intensificado con el rebrote de enfermedades infecciosas: cólera, dengue, malaria, tuberculosis. Entre las principales causas de mortalidad en las zonas indígenas están las enfermedades infectocontagiosas, especialmente neumonía, bronquitis, tuberculosis y sarampión. Estas condiciones son agravadas por los efectos de los programas de ajuste y la fuerte transferencia de recursos que inciden sobre los de niveles de vida y la prevalencia de la violencia.

La población indígena enfrenta importantes problemas asociados con los procesos de migración y cambio social ligados a la pobreza y la discriminación. En este sector de la población, las condiciones de vida se ven agravadas por la alta mortalidad y la desnutrición generalizada que la aflige. La atención a la problemática de salud de la población indígena enfrenta problemas derivados de la discrepancia entre las prácticas médicas tradicionales y las occidentales, y sus diferencias en lo concerniente a sus relaciones con la comunidad, su costo, prestigio y legalidad. Vale notar, que en tanto que la medicina occidental orienta sus acciones hacia los problemas individuales, las prácticas tradicionales mantienen una orientación preventiva grupal. Por otra parte, es de señalar que los problemas que se suscitan en las relaciones entre las comunidades indígenas y el Estado, afectan la relación de la medicina oficial con la medicina tradicional.

Atención a la salud mental

La incorporación de los problemas mentales en el formulario de denuncia de morbilidad atendida por los servicios médicos, ha permitido establecer la importancia de los trastornos depresivos, suicidio, alcoholismo, violencia y psicosis en la población en general. Actualmente se dispone de las tasas de morbilidad atendida por 100,000 habitantes para los años 1994, 1995 y 1996, basada en los informes de los servicios de salud (sin incluir los hospitales psiquiátricos), que demuestran la importancia de esta problemática.

Guatemala - Lic. Elba Villatoro, Sra. Sonia Morales y Sr. Constantino Zapeta

Presencia indígena

Guatemala cuenta con una población de 9.2 millones, de los cuales el 62% vive en áreas rurales (98% en comunidades de menos de dos mil habitantes). Entre el 60% y el 65% de la población es indígena o pertenece a uno de los veinte pueblos indígenas existentes, la mayoría de origen maya. La población indígena se caracteriza por la pobreza, el analfabetismo y las altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil y enfermedades transmisibles.

Atención de la salud mental

Los problemas de salud de la población indígena se relacionan con el modelo histórico de desarrollo económico basado en la explotación laboral y vinculado con el etnocidio, la discriminación y la guerra interna. Dentro de Guatemala, estas situaciones han afectado fundamentalmente a los pueblos indígenas. Con una guerra que duró casi 40 años y que alcanzó en momentos la represión masiva, la población vio violados sus derechos humanos, entre ellos los derechos a la vida y a la identidad cultural. El fin de la guerra y la firma de los Acuerdos de Paz, en particular el Acuerdo Sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, abren un espacio para la recuperación y el respeto de los derechos humanos y la identidad indígena.

Entre las iniciativas más salientes está la que promueve el desarrollo de acciones dirigidas al tratamiento y recuperación de la población infantil y de adultos indígenas. Por otra parte, el proceso de integración de combatientes plantea la necesidad de establecer programas de salud integral, en los que la promoción y recuperación de la salud mental sea un componente primordial. Tal estrategia forma parte del proceso de reconciliación, basado en el reconocimiento de la legitimidad del conflicto ante la falta de alternativas para la resolución de su problemática de origen. En el proceso de tránsito de la lucha armada a la lucha política se sugiere desarrollar talleres de reflexión en grupo sobre el cambio de estilo de vida y la integración de las experiencias individuales. Además, se están buscando alternativas para reestructurar el tejido social y cultural en donde prevalezca el bienestar comunitario. A la vez, se necesita generar nuevas alternativas de organización comunitaria para la vida civil.

La consideración de la problemática de salud mental debe partir del análisis de las condiciones de alta mortalidad, conflicto comunal y nacional, falta de recursos y marginación de los pueblos indígenas. Dentro de los problemas de mayor importancia está la falta de apoyo a la preservación de las bases de conocimientos tradicionales de la medicina indígena, los problemas de educación de esta población, y la carencia de capacidades propias para preservar sus prácticas. Dentro de estas prácticas se destacan: el conocimiento del rezador o sacerdote maya, de los 20 días del calendario maya y sus reglamentos, así como el conocimiento de las comadronas, encargadas de controlar el embarazo y el parto, el uso del calendario para los baños y la administración de plantas medicinales.

Las carencias en salud se relacionan con los problemas de cumplimiento de los Acuerdos de Paz en los rubros de identidad y cultura indígena, reflejados en la falta de uso de los idiomas

mayas en las escuelas, la falta de apoyo para los sistemas tradicionales de cultivo basados en el maíz, la discriminación de mujeres y niños en la atención en salud, la elección de autoridades sin capacidad para comprender problemas o movilizar recursos de las comunidades, y la promoción del cambio de religión, a menudo apoyada con amenazas e incluso con violencia frente a las prácticas tradicionales.

Dentro del sistema tradicional indígena se reconocen las enfermedades mentales y trastornos como las alteraciones de la memoria, insomnio y epilepsia, entre otras. Estos trastornos se han visto exacerbados por los problemas psicosociales vinculados a la invasión de los territorios indígenas, el conflicto armado y la desvalorización de la cultura propia. La prevalencia de estas condiciones se relaciona también con los problemas de la atención de la salud durante el conflicto. En ese período, los centros de salud se identificaron como un recurso ligado a la represión del Estado hacia las comunidades, por lo que su utilización se vio limitada. Cabe notar que las malas condiciones de salud y la incomunicación de las comunidades indígenas, ligadas a la situación de conflicto, causaron una pérdida de conocimientos y capacidades autónomas y promovieron el consumo de alcohol y drogas. Ante estos procesos, es necesario recuperar los recursos curativos tradicionales, como el uso de las plantas medicinales, la práctica de ceremonias religiosas, el *temascal* y los productos animales, basados en el conocimiento de los sitios y recursos sagrados de los pueblos indígenas. A la vez, es necesario asegurar la viabilidad y las bases económicas de los sistemas productivos tradicionales de los pueblos indígenas.

Recientemente se han hecho esfuerzos para desarrollar un programa nacional de salud mental, destacándose la organización de un comité interinstitucional de salud mental. Este comité promueve la integración de esfuerzos de instituciones de salud, organismos no-gubernamentales, grupos académicos y representantes comunitarios.

México - Dr. Gustavo Baz, Dr. Gonzalo Solís y Sr. Marcelino Chan Evan

Presencia indígena

La nación mexicana está conformada por poco más de 91 millones de personas, de los cuales 10 millones (alrededor de 11%) son considerados indígenas, pertenecientes a 62 grupos étnicos, que viven en más de dos mil comunidades. Más del 30% de esta población es analfabeta (tres veces más que el promedio nacional). Las diez principales causas de morbilidad en estos grupos son de origen infeccioso, con fuerte impacto en la mortalidad. Entre los factores que inciden sobre la situación mencionada está la falta de servicios públicos, en particular los de salud, la falta de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y el fuerte consumo de alcohol.

Atención a la salud mental

El planteamiento de desarrollo de un programa de salud mental para la población indígena requiere la definición de estrategias claras, animadas de humanitarismo y sensibilizadas culturalmente frente a las necesidades de esa población. Al elaborar las estrategias citadas, se deberá tener en cuenta que la salud mental de la población indígena está ligada a la preservación de la identidad étnica, la viabilidad de las formas tradicionales de organización social y la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales. Al mismo tiempo, se debe tener conciencia que estas dimensiones se están transformando de manera rápida en la población indígena.

El desarrollo de un programa nacional de salud mental se enfrenta a los problemas derivados del tipo de vinculación existente entre las comunidades indígenas y al sistema institucional de salud. También es necesario superar la falta de interés en el estudio de los conceptos, creencias y prácticas de los terapeutas tradicionales, situación ligada a la hegemonía médica occidental en los sistemas de salud.

Se debe de considerar el proceso organizativo de la práctica médica indígena y su participación en los niveles local, regional y nacional. En el caso de México, la ley y reglamentos de salud reconocen la presencia de la medicina tradicional, lo que ha permitido establecer espacios para la presencia e interacción entre la medicina tradicional y los recursos institucionales de salud.

En resumen, el desarrollo de una iniciativa en colaboración con los pueblos indígenas, requiere de un marco conceptual de la salud mental adecuado a sus sistemas culturales. A la vez, se debe propiciar el análisis de los procesos de cambio social para definir factores de riesgo y estrategias de atención. Dentro de las acciones a desarrollar se debe incluir el fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales y la formulación de políticas que garanticen libertad de elección y respeto cultural.

Nicaragua - Sra. Alta Hooker

Presencia indígena

La Región Atlántica nicaragüense -lugar en que residen la mayoría de los pueblos indígenas- abarca el 56% del territorio nacional. Ahí los indígenas (miskitos y sumu-mayagna), que representan un 4.7% de la población total del país, viven al amparo de un modelo autónomo legal.

Atención de la salud mental

El desarrollo de un modelo de atención de la salud mental de las poblaciones indígenas, debe tener en cuenta la dominación que ejercen las instituciones médicas sobre los recursos tradicionales de salud, principal recurso de esas poblaciones. Su desarrollo requiere de una clara definición del proceso de descentralización de la toma de decisiones, a fin de establecer un

proceso viable de identificación de necesidades y problemas a nivel comunitario. A estos fines cabe señalar que el estado de salud es un reflejo del grado de desarrollo social y espiritual de la población, y de que la salud mental es un resultado de la coherencia entre las expectativas de la población y su realidad social.

El desarrollo de un modelo de atención de la salud mental propio de las comunidades indígenas, debe asumir desde un principio un enfoque integral, basado en los principios de participación social sistemática, rehabilitación cultural, interacción gobierno-actores sociales y acceso de grupos marginados. Su objetivo primordial debe ser elevar a niveles óptimos el estado de salud de la población mediante el fortalecimiento de la atención, dirigida específicamente a satisfacer las diversas necesidades de salud de estos grupos humanos. A tales efectos, se hace evidente la necesidad de priorizar los grupos vulnerables, atender los problemas sanitarios más perentorios y reforzar la atención de la salud en el seno de las comunidades.

Dentro de las estrategias de implementación es necesario que se incluya el fortalecimiento de la atención primaria, respaldado por una mayor atención hospitalaria en el nivel secundario, y la promoción de nuevas modalidades de gestión basada en la participación comunitaria, y la relación con las políticas de protección del medio ambiente, particularmente importantes para los grupos indígenas.

En el caso de Nicaragua se destaca el establecimiento de un Centro modelo orientado a la atención de jóvenes con problemas de drogas y SIDA. Este Centro sigue un modelo de autoayuda e integra los recursos comunitarios.

Por último, se debe de considerar el papel de la información orientada a la autonomía y autogestión para fortalecer la identidad y autoestima, como componentes fundamentales de la salud mental, y la necesidad de evaluar la operación de los programas.

Perú - Dr. Jorge Castro Morales

Presencia indígena

Perú es un país mayoritariamente amazónico, ya que la selva alta y baja ocupan el 73% del territorio nacional. Además de los pueblos indígenas de la sierra y el altiplano peruano, los sesenta pueblos indígenas selváticos que viven en el país abarcan más de 500 mil habitantes, organizados en 1400 comunidades. Los indígenas amazónicos (300 mil habitantes) ocupan el 37% del territorio nacional. En la selva central viven los asháninka y los matsiguenga.

Modelo de atención a la salud mental

Hay tres ejes centrales en los que se pueden inscribir los principales problemas de salud mental que afectan a la población indígena:

- La autoestima agredida por una sociedad aún “colonizadora”;

- el rendimiento escolar muy bajo, condicionado por la baja autoestima y un sistema educativo marginante, y
- la violencia política, militar y social de que es víctima.

Estos aspectos se ven incrementados por las políticas de privatización de las tierras comunales indígenas y sus recursos, por la marginación educativa y de la atención de salud y por la deplorable situación de los refugiados indígenas amazónicos, agravada por la expropiación de sus tierras abandonadas. En el desarrollo de un modelo de atención en salud mental se plantean cinco aspectos problemáticos que es preciso abordar:

- la modernidad excluyente y privatizadora a que se ven expuestos, que no respeta la pluralidad;
- el carácter dinámico de la organización de los indígenas,
- la naturaleza de los programas educativos que se ofrecen; es menester promover que la educación intercultural no “castellanice”, sino que apoye en la recuperación de las identidades, la creatividad y el razonamiento intelectual en términos lingüísticos y culturales propios, y
- el estado precario de la salud de la población indígena, en particular de la niñez, afectada en un 70% por desnutrición crónica. La situación de la atención de la salud se ve agravada por la discriminación que se hace de los sistemas tradicionales de atención. En este orden de ideas, es necesario que el Estado, y particularmente el ministerio de salud, valore la organización propia de los indígenas.

Para atender esta problemática es necesario instrumentalizar el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, particularmente en los aspectos que atañen directamente a la salud mental. Estos incluyen la preservación de la conciencia de la identidad propia y la conservación de sus instituciones y servicios de educación y salud, de forma tal que los ofrecidos oficialmente estén acordes con la cultura local, faciliten la preservación de la lengua, y estén en manos de los propios indígenas.

Dentro de los esfuerzos realizados en resguardo de la salud de las comunidades indígenas se destaca el trabajo del Consejo Aguaruna y Huambiza. Basándose en el diagnóstico realizado por el grupo, éste afirma que los principales problemas de salud que afectan a la población son la desnutrición y la anemia, seguidas de las infecciones respiratorias y diarreas, las parasitosis, tuberculosis y enfermedades de alta frecuencia en la población, como la malaria, meningitis, hepatitis, fiebre amarilla y rabia. Desde 1995 el Consejo ha emprendido labores de capacitación con el apoyo de UNICEF, y ha reforzado las áreas de inmunización, educación y suministro de medicinas, así como la organización comunitaria. Con base en su experiencia, el Consejo se ha propuesto:

- complementar las medicinas occidental e indígena mediante la capacitación en el uso de plantas medicinales;
- seguir en la capacitación de los “sanitarios” (promotores locales) a partir de su propia acción;
- desarrollar la participación comunitaria;
- mejorar la vacunación con el apoyo de un programa de educación de la población;
- priorizar la distribución de vitamina A, antiparasitarios y aceite yodado, y
- facilitar el acceso a las medicinas, promoviendo la mayor eficiencia y mejor dotación de los botiquines.

Otra área de particular importancia es la violencia contra la mujer. La problemática de salud ligada a la violencia se acentúa por los obstáculos y circunstancias adversas asociados con la búsqueda de ayuda y la denuncia legal. Esta problemática se caracteriza por la falta de eficiencia en las intervenciones y un efecto nocivo de las autoridades en su atención.

En el campo de la atención a la salud mental en la población indígena, destaca el modelo alternativo del Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino (PSCTA). Este programa ha buscado generar cambios en los agentes occidentales de salud y desarrollar nuevas estrategias de intervención comunitaria. Estas estrategias han puesto énfasis en la atención primaria integral, en contraste con las estrategias tradicionales de atención; en el desarrollo de una visión propia de la salud mental orientada a fortalecer el poder local, en contraste con el poder del sistema médico hegemónico; en la prevención y el uso de metodologías de educación popular con impacto en los contenidos y estructura del problema. Los temas prioritarios en el campo de la salud mental han sido el consumo de alcohol, la violencia intrafamiliar infantil y de la mujer, el deficiente rendimiento escolar, la desesperanza, baja autoestima y desmoralización.

ANEXO B: COMENTARIOS A LOS INFORMES DE PAÍS

Se señaló la necesidad de brindar atención particular a las poblaciones que viven en áreas afectadas por la guerra, incluyendo la atención y rehabilitación de combatientes y heridos y la asignación de prioridad a la asistencia en las zonas directamente afectadas por los conflictos. Se recalcó la importancia de considerar el impacto que tienen en la población indígena los procesos de pacificación, indicándose que éstos deben incluir acuerdos sobre la preservación de la identidad e integridad culturales, como medida de establecimiento explícito de los derechos indígenas.

Se comentaron también los problemas con que se enfrenta la atención a la salud por parte del Estado, cuyas deficiencias limitan su acción. A lo anterior se suma el desprecio o ignorancia de los conocimientos y prácticas de los terapeutas indígenas, que no son utilizados como una alternativa para la atención de las necesidades de la población. En este sentido se comentó la experiencia de hospitales mixtos en México, donde la atención es prestada tanto por los terapeutas tradicionales como por médicos practicantes de la medicina occidental.

En estas experiencias se han presentado problemas derivados de la singular relación entre la institución y los practicantes de medicina tradicional. Por ejemplo, han surgido dificultades para enfrentar las opciones de tratamiento, habiéndose observado una preferencia institucional ligada a su mayor poder cultural. Estas experiencias han puesto de manifiesto la necesidad de establecer una buena interacción en el nivel primario de atención y no necesariamente entre especialistas. La integración en el nivel primario se puede favorecer mediante la ejecución de actividades conjuntas dirigidas a dar respuesta a las necesidades comunitarias a cuyo fin se recomienda la capacitación conjunta de promotores de salud. En estos esfuerzos se debe hacer hincapié en el destierro de prácticas de discriminación de la población indígena, ligadas a estereotipos basados en su condición de pobreza y marginación.

Otros factores psicosociales que inciden directamente en la salud mental de la población indígena son los procesos de migración y cambio en sus sistemas de vida. Igualmente importantes son los procesos de sincretismo cultural, que es preciso estudiar con detenimiento e identificar sus aspectos positivos para la integración de las distintas etnias.

En la atención de las necesidades de la población indígena se debe considerar la presencia de recursos autóctonos; ésto realza la importancia de considerar la situación de legalidad de las prácticas tradicionales. En el apoyo y reconocimiento de estas prácticas se deben evitar los trámites burocráticos excesivos, a menudo sujetos a criterios arbitrarios.

Se señaló la necesidad de una definición de salud mental que trascienda las dimensiones de pobreza y marginación; su conceptualización debe incorporar a la población indígena como instancia relevante y su operacionalización debe apoyarse en equipos multidisciplinarios, capaces de abordar a la salud mental desde una perspectiva propia. A estos fines es necesario clarificar la relación entre carencias de servicios y la necesidad emergente de autonomía para mantener capacidades propias.

Se señaló también la necesidad de adaptar un enfoque intercultural en salud mental como base del respeto y la reciprocidad entre los distintos sectores de la población. En este aspecto, se hizo el cuestionamiento de quiénes son los que establecen los criterios referentes a los factores de desorganización social que afectan la salud mental. Un ejemplo demostrativo de este cuestionamiento se basa en la explicación que dan los medios de comunicación social sobre las causas de suicidio entre los guaraníes, que ni siquiera es aceptada por ellos. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de tomar en cuenta la cosmovisión en la vida actual de los pueblos indígenas. Al mismo tiempo, pone de relieve la necesidad del intercambio entre pueblos de la Región para que así fortalezcan la visión del mundo indígena, donde los terapeutas tradicionales y los ancianos son base de los recursos espirituales comunitarios.

La mejoría de la calidad de vida debe de ser uno de los objetivos primordiales de la promoción de salud mental. Ello pone de relieve la necesidad de integrar la salud mental en el fomento del desarrollo humano, como base para la atención de los problemas sociales. A tal fin, se ha de partir de formas de organización legitimadas que impulsen las prácticas tradicionales. Las acciones de atención de la salud mental también deben destacar la preservación de la identidad y la cultura, y la satisfacción en el trabajo entre sus elementos fundamentales. Se plantea que las alternativas deben estar basadas en la comunidad y sus procesos como garantía de integración y base para su eficiencia.

Para el logro de cualquier objetivo relacionado a la salud mental es necesario considerar los conflictos y agresores internos y no sólo los externos. No obstante, se insiste en la predominancia de factores externos, particularmente en conflictos por la tierra. De la misma manera no se debe olvidar el derecho a un sueldo justo para la familia y precios justos a los productos de la actividad campesina.

Terapeutas indígenas de Bolivia. SOBOMETRA. *Dr. Alvarez*

SOBOMETRA es una agrupación que incluye a 6.240 practicantes de la medicina indígena, principalmente parteras. En 1982 se creó el Hospital Aymará. Su experiencia ha puesto de manifiesto la factibilidad de integrar medicinas indígenas andinas y occidental. No obstante, el grupo no cuenta con apoyo gubernamental y es víctima de discriminación racial y cultural. Los terapeutas indígenas poseen una visión naturalista de la relación entre el individuo y su entorno (animales y la tierra); explican que todas las enfermedades tienen un componente psicológico y afectan a toda la familia y la comunidad, así como también tienen relación con la alimentación y sostienen que todas las plantas sirven como medicamentos.

SOBOMETRA considera que los siguientes puntos tienen incidencia en las alteraciones de la salud mental:

- a. Falta de respeto y de preservación de las lenguas locales;
- b. invasión de territorios y depredación del medio ambiente;
- c. falta de respeto al territorio y cultura;
- d. ingerencia en el tratamiento de enfermedades e introducción de costumbres nocivas por parte de los “civilizados”;

- e. falta de comprensión y apoyo al concepto de salud de los indígenas, basada en una visión de “conjunto de familia”, e
- f. incoherencia en los programas oficiales que no están acordes con la idiosincrasia de cada cultura.

1. Introducción

Las personas participantes en el Taller sobre Programas y Servicios de Salud Mental en las Poblaciones Indígenas se constituyeron en cuatro grupos de trabajo, cuyas discusiones se orientaron al análisis de los siguientes temas con base a las cuales formularon un conjunto de recomendaciones:

- Generación de recomendaciones operativas en los siguientes tópicos:
 - modelos de organización de la atención en salud mental, con incorporación del sistema tradicional de salud, y
 - definición de políticas públicas de salud para ejecución, por los países, la OPS y la OMS.
- Recomendaciones en cuanto a la formación de personal competente para los programas de salud mental:
 - papel de las instituciones formadoras de recursos humanos;
 - acciones de colaboración intra e inter país;
 - generación de información para la capacitación, definición de información relevante y necesaria para la formación, y
 - formas de coordinación en la capacitación entre sectores tradicionales e institucionales de salud.
- Definición de contenido, estrategias y responsables para un plan mínimo de acción en 1997-1998
 - papel de los ministerios de salud;
 - papel de las comunidades indígenas;
 - papel de los profesionales de la salud mental, y
 - papel de las universidades e institutos de investigación.
- Actividades necesarias para dar visibilidad al tema de salud mental en las poblaciones indígenas e inclusión en la agenda pública y profesional de estas comunidades.

Al final de las discusiones en grupo se redactaron los informes respectivos que fueron presentados en sesión plenaria y sirvieron de base para las recomendaciones del taller.

2. Modelos de organización de la atención en salud mental incorporando el sistema tradicional

2.1 *Características del modelo*

Hubo consenso en que el modelo de atención de la salud mental de las poblaciones indígenas debe estar provisto de cualidades que aseguren su flexibilidad, permitiendo su

adaptación a los diferentes pueblos. Al mismo tiempo, deberá estar orientado hacia la acción, de tal forma que se facilite su aplicación inmediata en distintos sistemas locales. El modelo de salud mental, en tanto es parte del modelo global de salud, tiene como objetivo final la salud integral de la población, y deberá distinguirse por su enfoque comunitario y participativo, en el que se integren la medicina occidental y la medicina tradicional, evitando la contraposición de ambos sistemas.

El modelo que se adapte debe tener una base realista, y en consecuencia, debe tener en consideración las situaciones imperantes de América Latina, poniendo énfasis en la adecuación a las situaciones locales, y asignando prioridad a las acciones de prevención dirigidas a combatir riesgos específicos existentes.

El modelo que se proponga deberá tener en consideración la relación existente entre salud mental y desarrollo, especialmente desarrollo local, y deberá tener siempre presente la viabilidad social de las acciones que proponga. Con este fin se deberá asignar importancia singular a los programas de capacitación, basados en la evaluación de necesidades.

Asímismo, el modelo debe considerar las barreras que se oponen a la medicina tradicional y favorecer una mayor comprensión y utilización de la misma por los programas de formación académica que están dominados por una visión predominantemente biomédica. También habrá de tomarse en cuenta, al elaborar el modelo, la existencia de algunos conflictos entre algunas etnias y entre terapeutas indígenas, en ocasiones basados en diferentes concepciones de la salud en general y de la salud mental.

Otro factor que deberá tenerse presente, es el impacto que tiene en la población el proceso de desarrollo imperante en la Región, que incide sobre la salud mental. Los movimientos migratorios hacia los medios urbanos que el desarrollo induce, y sumado a éstos, la problemática de la población desplazada, afectan la esencia de las identidades colectivas, deterioran sus recursos y favorecen la exposición a riesgos nuevos, entre ellos los asociados con la violencia y la discriminación.

Es evidente la inequidad existente en la prestación de los servicios públicos de salud. Igualmente se puede constatar la naturaleza de las relaciones existentes entre el sistema oficial de salud y el tradicional, y la incapacidad de la medicina académica para satisfacer las necesidades de salud de la población. Ante esta situación se hace evidente la necesidad de plantear la articulación y coordinación de los dos sistemas. No obstante, cabe señalar que no se trata de una mera incorporación del sistema tradicional al oficial. Se trata más bien de una labor conjunta que permita brindar atención, de la que salud mental será un componente importante, en forma equitativa, dentro de un clima de respeto a los derechos humanos de los pacientes, sus familias y la comunidad. A estos fines, es preciso que las definiciones estatales de la atención de la salud se modifiquen, de manera que incluyan tanto los sistemas institucionales como los tradicionales.

El proceso de integración podría facilitarse adoptando ciertas medidas, entre otras, la asignación de médicos tradicionales a instituciones de salud, el uso de plantas medicinales en el sistema de atención, y la incorporación de síndromes culturales en las nosologías.

El modelo deberá considerar la ejecución de acciones integrales de salud comunitaria, particularmente en los ámbitos educativo y laboral, enfocadas dentro de un contexto político y económico. Este planteamiento también debe ser considerado por iglesias y grupos religiosos, así como por las organizaciones sociales de ingerencia regional.

2.2 *Estrategias*

El modelo debe adoptar estrategias dirigidas a la regionalización de la atención, favoreciendo la descentralización de los servicios. Debe promover la participación de la comunidad en la planificación, gestión y evaluación de los programas, y debe tener un importante componente de capacitación de recursos humanos tanto institucionales como comunitarios. La atención se brindará por niveles: el primero estará basado en los recursos comunitarios y tradicionales, que por su naturaleza tendrán un cierto grado de dispersión, y el segundo, más especializado. Este tendrá las siguientes características: un sistema de información que retroalimente el modelo, con flexibilidad para adaptarse a demandas locales y para articular prácticas alternativas. El modelo deberá poseer infraestructura adecuada y personal capacitado, así como contar con el presupuesto necesario que le permita ofrecer atención de calidad, sin discriminación. El modelo debe estar basado en una estructura acorde a sus objetivos, disponer de sustento político, contar con normas y procedimientos específicos y estar orientado a la sustentabilidad.

Se plantea también aprovechar y enriquecer el modelo con contribuciones académicas (v.gr. antropología, sociología, psicología y medicina), en continuo diálogo con las comunidades. Uno de los mecanismos puede ser el integrar la formación de prestadores de servicio y de tomadores de decisión, así como la investigación de procesos comunitarios. Otro mecanismo puede ser asegurar el apoyo de recursos especializados, tanto locales como nacionales, orientados a la salud mental.

Es importante reconocer la fortaleza que tienen las organizaciones locales como base para la gestión. Por lo mismo, se hace necesario establecer bases comunes de interacción mediante procesos de planeación conjunta, en los que se respeten las diferencias culturales de los indígenas y sus cosmovisiones, y no se promueva la pérdida de su identidad étnica como base de la inserción social. Se debe procurar la adaptación de los servicios de salud a las condiciones de la población indígena, prestando atención a los problemas de comunicación, uso de lenguaje, formas de interacción en la atención, esquema corporal y pudor.

2.3 *Participación y formación comunitarias*

Los modelos deben considerar objetivos de interculturalidad y participación. La participación comunitaria es fundamental en distintos aspectos y niveles, desde la planeación, toma de decisión y ejecución, hasta la evaluación. Otro aspecto fundamental es la formación de recursos humanos. Es fundamental dar importancia a los procesos de preparación de recursos locales basados en políticas dirigidas a establecer bases de respeto para la interacción cultural e institucional. Es menester que exista además una enseñanza en salud, en la que las técnicas para

la prevención que se usen consideren las condiciones locales. La formación debe ser un proceso vinculado a la comunidad, basada en procesos de investigación-acción participativa.

2.4 *Políticas públicas de salud*

Es necesario redefinir los sistemas de salud de acuerdo a principios de equidad, derechos humanos, calidad y calidez en la prestación de los servicios. Se requieren intervenciones estatales congruentes, para revertir injusticias en aspectos vinculados a otras áreas políticas como: tierra, apoyo técnico, servicios de educación, cultura, administración de justicia, comunicación.

Debe darse reconocimiento equitativo a nosologías de filiación cultural junto a la nosología médica y a la necesidad de otorgar atención en el idioma propio. El Estado debe incluir el tema indígena en todos los procesos de formación en salud para construir interculturalidad en salud.

3. **Formación de personal competente para los programas de salud mental**

Las discusiones en grupo sobre formación de personal versaron sobre el papel que corresponde a las instituciones capacitadoras, la colaboración en y entre los países, la información necesaria para la capacitación, y la coordinación que se necesita establecer entre los sectores tradicionales y las instituciones oficiales de salud.

3.1 *Papel de las instituciones formadoras de recursos humanos*

El examen del papel que le corresponde desarrollar a las entidades formadoras de recursos humanos se concentró en los siguientes puntos:

- promoción del proceso de enseñanza-aprendizaje para generar bases de contenidos fundamentados en el saber y la práctica locales;
- reforma de los programas de formación en salud, teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas del indígena en materias de salud;
- integración de los conocimientos indígenas en la enseñanza formal en distintos niveles;
- promoción de bases de conocimiento locales;
- cambio de perspectiva de los prestadores de servicios de salud, con el fin de que éstos desarrollen su iniciativa y no se limiten a dar una respuesta en casos de enfermedad;
- garantía de la presencia de especialistas que brinden apoyo a los niveles básicos del sistema de salud;
- capacitación coherente con el modelo de salud propuesto, y
- formación de grupos organizados de la comunidad

3.2 *Acciones de colaboración intra e internacional*

- provisión de espacios para el intercambio de experiencias;
- revisión e intercambio de experiencias y conocimientos entre promotores de salud, médicos indígenas y agentes de la medicina oficial;
- establecimiento de instancias coordinadoras formales en el plano internacional;
- grupo de coordinación Estado/OMS/comunidad indígena;
- creación del Consejo Americano de Medicina Tradicional, y
- participación en congresos internacionales con el apoyo de OPS/OMS, en los que se discutan temas congruentes con el modelo propuesto.

3.3 *Generación de información para la capacitación y definición de información relevante y necesaria para la formación*

3.3.1 *Generación de información:*

Levantamiento de un catastro de los recursos con que cuenta la comunidad: conocimientos, tecnologías y resultados. Generación de base de datos interculturales y bilingües.

Entre los instrumentos para la generación de información se citaron:

- investigación/acción participativa;
- educación popular y continua, y
- métodos y técnicas propias de la comunidad.

3.3.2 *Información relevante para la formación:*

Entre los elementos más significativos se mencionaron:

A nivel programático:

- definición del sujeto de la capacitación: sector, miembros de la comunidad, médicos locales, terapeutas indígenas experimentados, etc.;
- definición de áreas de conocimiento que requieren apoyo;
- definición de contenidos en relación con los ejes del programa de salud mental;
- delimitación y definición de los espacios y ámbitos de la educación;
- redefinición de la salud mental para establecer concepto común;
- diferenciación entre conocimiento e información, y
- definición de contenidos basados en el saber médico indígena y en las necesidades reales de la comunidad.

A nivel comunitario:

- diagnósticos de las diferencias entre los sectores de población y los agentes de salud que les sirven;
- evaluación de la situación económica en cuanto hace viable la práctica comunitaria;

- determinación del efecto que tiene la disminución del status del terapeuta indígena en la implementación del enfoque comunitario, y
- utilización de las características y elementos de la cultura local en respaldo del proceso de capacitación.

3.4 *Coordinación de las acciones de capacitación, entre sectores tradicionales e institucionales de salud*

Se señalaron los siguientes componentes como de alta relevancia para la coordinación de la capacitación:

- adopción de nuevos paradigmas en programas de capacitación, en los que se consideren las diferencias entre las poblaciones, y se subraye la necesidad de interacción y conocimiento mutuo;
- coordinación fundada en una ética de respeto a las prácticas de salud indígenas y a la relevancia de la medicina tradicional indígena;
- coordinación de la capacitación impartida tanto en las áreas rurales, concentradas o dispersas, como en las zonas urbanas;
- formación de una comisión intersectorial de salud mental;
- participación académica en la sistematización de conocimientos y prácticas locales tradicionales;
- comunicación basada en lenguaje común e idioma propio de la comunidad, y
- definición de espacios de capacitación: instituciones de salud tanto médicas como tradicionales, centros educativos y comunidades.

4. Definición de contenido, estrategias y responsables para un plan mínimo de acción en 1997-1998

Las discusiones en este grupo de trabajo se dirigieron a determinar el papel que debería corresponder a los ministerios de salud, comunidades indígenas, profesionales de salud mental y medios académicos, en la elaboración de planes y estrategias de salud mental para el bienio 1997-1998.

Hubo consenso en que el desarrollo de un plan de acción en salud mental requiere establecer equipos multidisciplinarios e intersectoriales, con participación comunitaria y presencia nacional, para asegurar la continuidad en el diseño y la viabilidad de las acciones. Este proceso debe fundarse en el reconocimiento del derecho a la salud mental y en la toma de medidas específicas para su goce por parte de los indígenas. Deberá estar respaldado por un convenio internacional que establezca compromisos de los países en relación con el alcance de metas concretas.

4.1 *Contenido de estrategias y conformación de un plan de acción*

Los participantes en las discusiones coincidieron en los siguientes puntos en relación con la naturaleza de los planes de salud mental y de las estrategias que se deben adoptar para su ejecución:

Las estrategias globales para el desarrollo de los planes de salud deben:

- ser congruentes con la situación de la comunidad;
- asegurar la presencia activa de profesionales en zonas indígenas;
- garantizar que el plan cuente con el apoyo financiero del Estado, mediante un presupuesto específico;
- hacer posible la participación y compromiso de organizaciones indígenas;
- contar con la participación y respaldo de los medios académicos, y
- prescribir la capacitación-acción por niveles, con seguimiento y evaluación periódicas.

Las estrategias específicas de salud mental deben:

- estar integradas a las acciones intersectoriales de promoción de la salud;
- ser coherentes con las políticas de municipios saludables, y
- estar en concordancia con las del sistema educativo y favorecer el trabajo conjunto con éste.

4.2 *Papel de los ministerios de salud*

- Desarrollar planes nacionales de salud mental que:
 - sirvan de base para la integración de acciones a nivel nacional;
 - articulen el primer y segundo nivel de acción en salud;
 - procuren la participación académica;
 - logren el apoyo e interacción de los diversos sectores para generar un plan unificado;
 - establezcan una coordinación formal con organizaciones indígenas, a fin de asegurar su adecuación y propiciar la acción conjunta;
 - sirvan de base para normar, legislar y certificar los centros de atención existentes, y
 - establezcan medidas de vigilancia a la calidad de la atención.
- Elaborar programas de salud mental, expresión operativa de los planes que deberán:
 - contener en su agenda acciones de capacitación de los proveedores de servicios en el nivel comunitario;
 - prescribir actividades concretas, dirigidas a proveer a la población con servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación en beneficio de las personas afectadas por trastornos mentales, poniendo especial énfasis en la prevención de su deterioro;
 - promover la participación de la comunidad en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud en relación con:
 - la promoción de la salud mental;

- la prevención con base en la atención a los procesos sociales vinculados a la salud mental;
 - la rehabilitación de enfermos, y
 - la integración de la temática del uso de drogas.
- Promover la conformación de estructuras nacionales, responsables por la promoción de la implementación de políticas prioritarias, señalándose entre otras acciones:
- Crear un Consejo Nacional de Terapeutas Tradicionales;
 - Promover organizaciones gremiales de practicantes de la medicina tradicional, y
 - auspiciar la presencia definida de las entidades mencionadas en los ministerios de salud.

4.3 *Papel de las comunidades indígenas*

Las comunidades indígenas deberán desempeñar un papel crucial en el desarrollo de actividades relacionadas con el plan, destacándose entre ellas las relativas a:

- la incorporación de la problemática de salud mental en los programas de salud y la capacitación de promotores;
- la integración de las perspectivas comunitarias en el estudio y solución de problemas que inciden directamente en su salud mental, por ejemplo, mendicidad, problemas de deserción escolar, etc. y
- la participación de las estructuras de responsabilidad en salud de las organizaciones indígenas, considerando su participación en la elaboración de diagnóstico y la formulación de planes y políticas, mediante el apoyo a la participación estructurada y amplia.

4.4 *Papel de los profesionales de la salud mental*

Además de sus funciones asistenciales, dirigidas al tratamiento y rehabilitación del paciente mental y a la prevención de los trastornos mentales, los profesionales de salud mental deberán asumir otras funciones, entre las que se destaca las relativas a:

- la integración de un equipo para coordinar y desarrollar las acciones correspondientes;
- la adquisición de conocimientos sobre los saberes y prácticas tradicionales, y la integración de los mismos en su quehacer cotidiano;
- la participación, en cuanto a miembros de equipos técnicos, en la capacitación de grupos comunitarios y en la guía para la acción, en estrecha cooperación con los promotores de salud, y
- el fomento de la participación de las organizaciones gremiales en la formulación e implementación de planes integrales de salud mental.

4.5 *Papel de la OPS/OMS*

El grupo de discusión indicó que la OPS/OMS debe reforzar en los siguientes puntos sus programas de cooperación técnica con los países:

- promoción de la integración de la temática de salud mental en la formación de profesionales de la salud, mediante su interacción con los medios académicos y las autoridades de salud, procurando la modificación de los programas y la integración de materiales y estrategias acordes con los lineamientos esbozados en este informe;
- apoyo técnico a los países para conformar grupos de trabajo con los sectores involucrados y para implementar el Plan;
- realización de un seminario regional para el análisis e implementación de las recomendaciones de este taller; y
- realización de reuniones de seguimiento de las recomendaciones.

4.6 *Papel de las universidades y centros de investigación*

- contribuir a la integración curricular en los distintos campos de formación profesional y técnica, no sólo en aspectos de desarrollo humano, sino en relación con el manejo del enfermo mental;
- promover el establecimiento de la interculturalidad en los currícula académicos;
- facilitar el contacto de los estudiantes con la comunidad y sus organizaciones;
- respaldar la investigación, y mediante su divulgación, favorecer la difusión de la problemática de salud mental en la comunidad y estimular las acciones pertinentes;
- asignar la debida prioridad a las acciones de prevención y promoción en salud mental, con una orientación comunitaria;
- considerar las condiciones de inseguridad económica y social en la vida indígena campesina y las tensiones asociadas al participar en la elaboración y ejecución de los programas respectivos;
- promover investigaciones comunitarias sobre el concepto prevalente de salud mental y la respuesta y acción familiar y comunitaria frente a la enfermedad mental, y
- realizar actividades que contribuyan a dar mayor importancia al tema de salud mental en foros nacionales e internacionales.

5. Actividades necesarias para dar visibilidad al tema de salud mental en las poblaciones indígenas e insertarlo en la agenda pública y profesional de estas comunidades.

- incluir el tema de la salud mental de las poblaciones indígenas en la agenda del Consejo Directivo de OPS, incorporando en las discusiones los comentarios y resultados del presente taller;
- elaborar un documento con la sugerencia de los pueblos indígenas y cuerpos profesionales, para su estudio y consideración por el Comité Ejecutivo de OPS y presentación ulterior al Consejo Directivo de dicha Organización;
- tomar medidas para que la OPS continúe en contacto con los participantes del taller y le dé seguimiento a sus recomendaciones;
- auspiciar reuniones de trabajo, congresos y publicaciones sobre el tema del taller;
- convocar una reunión de terapeutas indígenas dedicada concretamente a los problemas de salud mental;
- definir responsabilidades al elaborar el programa de trabajo sugerido en secciones anteriores de este informe, establecer un cronograma y adoptar un plan de seguimiento;
- dar a las memorias de este taller la más amplia difusión profesional y comunitaria;
- conformar en los países grupos de trabajo con el fin de apoyar el desarrollo de programas;
- mantener una red de comunicación para dar seguimiento a las iniciativas que se vayan presentando en este campo;
- elaborar propuestas de cooperación técnica entre los países en las que, además de respaldar las acciones en el nivel nacional, se contemplen acciones de evaluación y seguimiento, e
- involucrar a las organizaciones indígenas y asociaciones profesionales en la implementación de las recomendaciones del taller.

Grupo de contacto

Las siguientes personas participantes fueron seleccionadas como contactos claves para la coordinación y seguimiento de acciones en sus respectivos países:

Bolivia	Julia Ramos
Brasil	Ana María Costa
Chile	Sergio Pesoa
Ecuador	Francisco Licuy
Guatemala	Constantino Zapeta
México	Marcelino Chan
Nicaragua	Alta Hooker
Perú	Evaristo Nugkuang

ANEXO D: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones que se enumeran a continuación constituyen un resumen sistematizado de las formuladas por los grupos de trabajo, con las modificaciones introducidas en las discusiones en sesión plenaria al momento de su presentación.

Principios generales

1. El modelo de atención de salud mental de las poblaciones indígenas debe tener un carácter realista, basándose en las condiciones económico-sociales imperantes en cada país y en la situación particular de los pueblos indígenas.
2. El modelo debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las diferentes etnias y tener en consideración los riesgos específicos a que están expuestas.
3. Debe tener en consideración la relación existente entre salud y desarrollo y las repercusiones de este proceso sobre la salud mental.
4. El modelo debe reconocer la importancia de la medicina tradicional y propender a su incorporación tanto en la gestión de la atención como en los programas de formación académica.
5. Debe plantear la articulación del sistema de atención de la medicina oficial con el de la medicina tradicional, facilitando la labor conjunta antes que su mera yuxtaposición.
6. Se deberá corregir la inequidad existente en la provisión de la atención y, en consecuencia, el modelo deberá establecer provisiones para facilitar a los grupos postergados la accesibilidad y calidad de los servicios.
7. El modelo debe tomar conocimiento y respetar las cosmovisiones de los pueblos indígenas y propender a la conservación de su identidad cultural.

Políticas

1. Los sistemas de salud, y dentro de ellos, los programas de salud mental, deberán ser redefinidos de acuerdo a los principios de equidad, respeto de los derechos humanos, accesibilidad, y calidad de los servicios prestados.
2. Las modificaciones que se propongan en el sector salud habrán de ser congruentes con las que se realicen en otros sectores, deberán ser orientadas a corregir injusticias en campos tales como la posesión y tenencia de la tierra, el acceso a la educación, administración de la justicia, preservación de la cultura y provisión de medios de comunicación.

3. El Estado deberá contribuir a la promoción de la interculturalidad y a este fin ha de incluir el tema indígena tanto en los programas de salud como en los atinentes al fomento del bienestar de la población.

Estrategias

1. El modelo deberá adoptar las estrategias de regionalización de la atención y descentralización de los servicios.
2. Las estrategias deberán estar integradas a las acciones intersectoriales de atención y promoción de la salud, concordar con las políticas de municipios saludables y estar coordinadas con las políticas educativas, laborales, económicas, de vivienda, etc.
3. La atención de salud y salud mental se prestará según niveles progresivos de complejidad, asignándosele la debida preeminencia a la atención en el nivel primario, donde al lado de los recursos oficiales, se utilizarán los comunitarios y los tradicionales.
4. Deberán promover la participación de la comunidad en la elaboración, gestión y evaluación de los programas y servicios.
5. Se le deberá dar especial prioridad a la capacitación de recursos humanos, tanto institucionales como comunitarios.
6. Las respuestas del Estado a los factores psicosociales que afectan negativamente la salud mental de la población deberán tener carácter global y no sólo estar dirigidas a la población indígena, aunque ésta, dada su situación de postergación, precisa la ejecución de acciones inmediatas.
7. El modelo de atención en salud mental deberá enriquecerse con las contribuciones del medio académico (por ejemplo, de los campos de la antropología, sociología y psicología) no sólo en el terreno educativo sino en el de la investigación.
8. El modelo deberá proponer acciones integrales de salud comunitaria, poniendo énfasis en las actividades desarrolladas en los ámbitos educativo y laboral, dentro de un contexto político y económico.
9. Se recomienda el levantamiento de un catastro de recursos de la comunidad.

Planes y programas

1. Los planes globales para el desarrollo de la atención en salud mental deben ser congruentes con la situación de la comunidad, asegurar la presencia activa de organizaciones indígenas en su elaboración, y garantizar el respaldo de los medios académicos.

2. Los planes y programas deben contar con el apoyo financiero del Estado, expresado en un presupuesto suficiente para su efectiva implementación.
3. Deben tener carácter intersectorial y sus acciones deberán estar coordinadas con las organizaciones indígenas.
4. Deben contener provisiones para la garantía de la calidad de los servicios rendidos.
5. Los programas de salud mental deben proveer a la población indígena con servicios de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas con trastornos mentales.
6. Las acciones de promoción y prevención se realizarán mediante el estímulo de conductas favorecedoras del equilibrio intrapsíquico y el bienestar social, y la intervención sobre los factores psicosociales y ambientales pertinentes.
7. Los planes deberán promover el establecimiento de estructuras nacionales, dirigidas a facilitar la implementación de las políticas, por ejemplo, mediante la creación de un Consejo Nacional de Terapeutas Tradicionales y la organización de gremios de terapeutas tradicionales.
8. Los servicios de tratamiento y rehabilitación serán prestados por equipos multidisciplinarios adecuadamente informados de la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales, con el concurso de sus practicantes.
9. Los servicios deberán ofrecerse respetando las diferencias culturales, las cosmovisiones del indígena, su identidad étnica y su organización social, debiendo tener siempre presentes los problemas de comunicación, el uso del lenguaje y los problemas relativos al pudor y al esquema corporal. Cada vez que se requiera, los servicios deberán ser brindados utilizando el idioma propio de la población asistida.

Capacitación de personal

1. La capacitación de personal, tanto en el medio académico como en los servicios y en la comunidad, deberá adoptar nuevos paradigmas en los que se consideren las diferencias entre las poblaciones, se subraye la necesidad de interacción y se promueva el respeto a las prácticas de salud indígena.
2. Se recomienda la formación de una comisión intersectorial para la capacitación de personal en salud mental, que con la asistencia de la comunidad académica, revise los programas de capacitación y sistematice los conocimientos y prácticas tradicionales.
3. Los contenidos de la enseñanza incorporarán a los de la medicina oficial, los de la medicina y cultura indígenas, adaptándolos a las necesidades reales de la comunidad.

Universidades y centros de investigación

1. Las universidades deberán reformar los currícula de las ciencias de la salud y los de otras disciplinas relacionadas con la salud mental, con el fin de incorporar los nuevos enfoques comunitarios y sociales, introducir el enfoque intercultural y utilizar las experiencias y conocimientos de la medicina indígena.
2. Deberán, además, favorecer el contacto de los estudiantes con la comunidad y sus organizaciones.
3. Apoyarán la investigación, en particular la relacionada con los problemas de salud mental de la población en general, y de la indígena en particular e investigaciones comunitarias sobre el concepto prevalente de la salud mental y las respuestas familiares y comunitarias frente a la enfermedad mental.
4. Deberán prestar apoyo técnico al sistema de servicios de salud en la preparación de personal en la realización de investigaciones y en la difusión de conocimientos en relación con los problemas de salud mental en la población general y en grupos en alto riesgo como los indígenas.

Papel de las comunidades indígenas

1. Las comunidades indígenas deberán contribuir activamente en la planeación, gestión y evaluación de programas y servicios.
2. Las comunidades indígenas deberán promover activamente la introducción de las perspectivas comunitarias en el estudio y solución de los problemas que inciden directamente sobre su salud mental, tales como la prostitución, el consumo de alcohol, las deserciones escolares y la mendicidad.
3. Las organizaciones indígenas deberán participar activamente en el diagnóstico de la situación de salud mental de sus comunidades y en la formulación de planes y políticas.

Organismos internacionales

Las siguientes recomendaciones del taller se dirigieron particularmente a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), distinguiéndose entre ellas:

1. Que la OPS/OMS promueva la integración de la temática de salud mental en la formación de los profesionales de la salud, estimulando modificaciones curriculares acordes con los principios suscritos por los participantes de este taller.
2. Que la OPS continúe dando su apoyo técnico a los países en lo relacionado a salud mental, prestando su colaboración para conformar grupos de trabajo nacionales para la implementación y seguimiento de las presentes recomendaciones.

3. Que la OPS convoque un seminario regional para el análisis e implementación de las recomendaciones de este taller.
4. Que la OPS incluya el tema de la salud mental de las poblaciones indígenas en la agenda de su Consejo Directivo, incorporando los resultados de este taller en el documento respectivo.
5. Que convoque una reunión de terapeutas indígenas para discutir los problemas de salud mental desde su perspectiva.
6. Que le dé a este informe la más amplia difusión en las comunidades.
7. Que elabore una propuesta de cooperación técnica entre países para respaldar las acciones propuestas y darles el debido seguimiento en el nivel nacional e internacional.
8. Que la OPS establezca un Grupo de Coordinación OPS/Comunidad Indígena y un Consejo Americano de Medicina Tradicional.

ANEXO E: LISTA DE PARTICIPANTES

Alicia Aliaga Yana
Universidad Mayor de San Andrés
La Paz, Bolivia

Walter Alvarez Quispe
SOBOMETRA
La Paz, Bolivia

Raúl Antonio Antezana Saravia
SOBOMETRA
Cochabamba, Bolivia

Luis Enrique Valda Vargas
INTRAID
La Paz, Bolivia

Braulio Lazo Chura
Confederación Sindical Única de Trabajadores
CSUTCB
La Paz, Bolivia

Adela María Casal Rocabado
Secretaría Nacional de Salud
Bolivia

Rolando Suárez
Dirección Departamental de Salud
COPRE
Santa Cruz, Bolivia

Rosario Maggie Jáuregui Ortiz
Universidad “Gabriel René Moreno”
Santa Cruz, Bolivia

Aura Nelly Garzón Cárdenas
Universidad Autónoma “Gabriel René Moreno”
Santa Cruz, Bolivia

María Fátima Escobar Nogales
Consejo Departamental de Prevención Integral
de Drogodependencia y Salud Mental – COPRE
Santa Cruz, Bolivia

Julia Damiana Ramos Sánchez
Movimiento de Mujeres de Bolivia, FNMCBBS
Tarija, Bolivia

Rosane de Mattos
Kaingang
Brasilia, Brasil

Ana Maria Costa
Fundação Nacional do Indio
Brasilia, Brasil

Sergio Levcovitz
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Sergio Pesoa Bertoni
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Yolanda Alicia Nahuelcheo Saldaña
Policlínico Metodista
Temuco, Chile

Ménthor David Sánchez Gambóa
Fundación de Investigaciones Psicosociales
FUISS
Quito, Ecuador

Nelson Edwin Samaniego Sotomayor
Ministerio de Salud Pública
Universidad Central
Quito, Ecuador
Francisco Licuy Yumbo
CIMICET
Quito, Ecuador

Alex Cohen
Harvard Medical School
Boston, EE.UU.

Constantino Zapeta Vasquez
Asociación de Terapeutas Tradicionales
Toto – Integrado
Guatemala, Guatemala

Elba Marina Villatoro
Instituto de Estudios Interétnicos
Guatemala, Guatemala

Sonia Morales Miranda
Fundación “Guillermo Toriello”, URNG
Guatemala, Guatemala

Carlos Linger
OPS Bolivia
La Paz, Bolivia

Marcelino Chan Evan
C.S.M.
Campeche, México

Jeanette Aguirre de Abruzzese
OPS Bolivia
La Paz, Bolivia

Pablo J. Farías Campero
El Colegio de la Frontera Sur – ECOSUR
Chiapas, México

Miryam F. Gamboa Villaroel
OPS Bolivia
La Paz, Bolivia

Gonzalo Ramón Solís Cervantes
Instituto Nacional Indigenista – INI
México, D.F., México

Jaime Quinteros Rodríguez
OPS Bolivia
Santa Cruz, Bolivia

Gustavo Baz Díaz Lombardo
Secretaría de Salud
México, D.F., México

Alicia Castro Rivera
OPS Perú
Lima, Perú

Alta Suzzane Hooker Blandford
Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo
Comunal
Raan, Nicaragua

Sandra Land
OPS Washington
Washington, D.C.

Jorge Castro Morales
Ministerio de Salud
Perú

Itzhak Levav
OPS Washington
Washington, D.C.

Evaristo Nugkuag Ikanan
Consejo Aguaruna y Huambiza
Lima, Perú

Benedetto Saraceno
OMS Ginebra
Ginebra, Suiza

Maurizio Focchi
Focchi Spe.
Rimini, Italia

ANEXO F: AGENDA

Miércoles, 16 de julio

7:45 a.m.	Traslado al CIF
8:00-8:30 a.m.	Registro de participantes
8:30-9:00 a.m.	- Acto de inauguración <i>Dr. Juan Ignacio Pita</i> Director del Centro Iberoamericano de Formación CIG/AECI <i>Dr. Carlos Linger</i> Representante de la OPS en Bolivia <i>Dr. Alfredo Romero</i> Prefecto del Departamento de Santa Cruz, Bolivia <i>Dr. Oscar Sandoval Morón</i> Secretario Nacional de Salud, Bolivia
9:00-9:30 a.m.	Moderador <i>Dr. Itzhak Levav</i> , OPS Washington Iniciativa “Naciones en pro de la Salud Mental”, <i>Dr. Benedetto Saracceno</i> , OMS Ginebra Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, <i>Dra. Sandra Land</i> , OPS Washington Presentación de los participantes Selección de Moderador/a y Relatores/as
9:30-9:45 a.m.	Receso para el café
9:45-11:30 a.m.	Introducción al tema <i>Dra. Myrna Cunningham</i> Presentación del documento de trabajo. <i>Dr. Pablo Farías</i> Preguntas, respuestas, discusión
11:30-12:15 p.m.	Informes de países (15 min. por país) Guatemala, México, Nicaragua
12:15-13:15 p.m.	Almuerzo
13:15-13:45 p.m.	Preguntas, respuestas, discusión Guatemala, México, Nicaragua
3:45-15:00 p.m.	Informes de países (15 min. por país) Bolivia, Ecuador, Perú Preguntas, respuestas, discusión
15:00-15:30 p.m.	Receso para el café
15:30-16:45 p.m.	Informes de países (15 min. por país) Brasil, Chile Preguntas, respuestas, discusión
16:45-17:45 p.m.	Agua y Saneamiento Básico en Comunidades Indígenas. Una experiencia en Bolivia y Perú OPS-Bolivia
17:45 p.m.	Reunión de bienvenida
18:45 p.m.	Traslado al hotel

Jueves, 17 de julio

8:00 a.m.	Traslado al CIF
8:15-10:30 a.m.	Introducción trabajo en grupo <i>Dr. Itzhak Levav</i> , OPS Washington Grupo Bolivia, Guatemala, México, Nicaragua Grupo Bolivia, Ecuador, Perú Grupo Bolivia, Brasil, Chile Trabajo en grupos. Planes de acción, OPS y países; propuestas para el desarrollo de servicios y políticas públicas.
10:30-11:00 a.m.	Receso para el café
11:00-12:15 p.m.	Plenaria
12:15-13:45 p.m.	Almuerzo
13:45-15:00 p.m.	Continuación de las propuestas. Trabajos en grupos. Capacitación de recursos humanos; colaboración interpaíses y multilateral.
15:00-15:30 p.m.	Receso para el café.
15:30-17:00 p.m.	Plenaria
17:00 p.m.	Traslado al CIDOB
18:00 p.m.	Traslado al hotel

Viernes, 18 de julio

8:15 a.m.	Traslado al CIF
8:30-10:30 a.m.	Trabajo en grupos. Rol de los profesionales de la salud mental y líderes comunitarios indígenas y otros actores importantes en la implementación del plan.
10:30-11:00 a.m.	Receso para el café
11:00-12:15 p.m.	Plenaria
12:15-13:45 p.m.	Almuerzo
13:45-15:30 p.m.	Formación de redes y plan de seguimiento
15:30-16:00 p.m.	Receso para el café
16:00-17:30 p.m.	Plenaria y cierre
17:30 p.m.	Traslado al hotel

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la Iniciativa Naciones en Pro de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en cooperación con el Gobierno de Bolivia, convocó un grupo de trabajo enfocado a sentar las bases para la introducción de programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas de acuerdo con la Resolución V de la 37th Reunión del Consejo Ejecutivo, aprobada en septiembre de 1993.

El grupo de trabajo operó bajo la forma de taller, se reunió en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 16 al 18 de julio y contó con la asistencia de 30 participantes de Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Nicaragua y Perú, y de nueve miembros del Secretariado.

El planteamiento de atención a la salud mental de los pueblos indígenas es una deuda contraída con esas poblaciones, cuyo cumplimiento se hace perentorio en virtud del rezago en la ejecución de las acciones pertinentes. Cabe reconocer la falta de conocimiento que tienen los técnicos y la sociedad en general sobre la situación de la salud mental de esos pueblos, y la necesidad existente de recibir orientación y contar con políticas y programas operativos mediante contribuciones de todos los pueblos involucrados.

Entre los participantes se encontraban profesionales de la salud mental, de las ciencias sociales y líderes de pueblos indígenas, los que asumieron el compromiso de contribuir con sus conocimientos y experiencia al alcance de las metas mencionadas. A estos efectos presentaron los programas nacionales de sus respectivos países y se reunieron en sub-grupos para desarrollar propuestas para la atención de la salud mental de las poblaciones indígenas.

1. SESIÓN INAUGURAL

Las sesiones de trabajo se iniciaron con una presentación a cargo del Dr. Juan Ignacio Pita, del Centro Iberoamericano de Formación de Santa Cruz, en la que desatacó la disposición de esa institución para apoyar la cooperación regional y la atención a la problemática de los pueblos indígenas.

El representante de la OPS/OMS en Bolivia, Dr. Carlos Linger, señaló que el taller da cumplimiento al mandato del XXXVII Consejo Directivo de la OPS, plasmado en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Señaló que su realización en Santa Cruz, Bolivia refleja la importancia de esta ciudad como cuna de iniciativas para los pueblos indígenas de América. También subrayó que se cuenta con una participación regional con criterio amplio, congruente con la definición dada por los países a la función de la OPS, orientada a la oferta de opciones alternativas para la solución de los problemas que afectan a la Región. Indicó que en el curso del taller debe verse a la salud mental como reflejo de la calidad y estilo de vida de la población, del respeto a sus derechos humanos y de la preservación de su cultura propia. Hizo notar que la salud mental plantea también la necesidad de un acercamiento entre la medicina occidental y las medicinas tradicionales, el reconocimiento de la indigencia y postergación de los grupos indígenas en la Región y la responsabilidad de los Estados y la comunidad internacional de elevar los niveles de vida de estas poblaciones. El taller deberá de generar aportes a través de sugerencias, ideas y propuestas para la implementación regional de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

El Prefecto del Departamento Santa Cruz, en esa fecha Dr. Alfredo Romero, señaló la importancia de los pueblos indígenas en el departamento de Santa Cruz como parte fundamental de la historia de la región. Estas poblaciones enfrentan condiciones de pobreza y marginación, ligadas a una escasa atención a sus problemas más apremiantes. En este contexto, remarcó que se debe ver a la salud mental como síntesis de salud, cultura y desarrollo de la población. Por último, señaló la necesidad de contar con recomendaciones viables y factibles en las condiciones de restricción financiera que enfrentan los países de América Latina, y acentuó la importancia de la interacción regional para impulsar nuevas políticas de atención a la población indígena.

El Secretario Nacional de Salud de Bolivia, en esa fecha, Dr. Oscar Sandoval Morón, destacó que a la salud mental no se le ha brindado la atención que merece, pese a estar ligada a la problemática de abandono, olvido, opresión y discriminación social y racial de los pueblos indígenas. De ahí la importancia de la participación de líderes indígenas de la región en esta reunión. Destacó que se debe considerar también la limitación que tienen en el acceso a los servicios de salud, señalando que sus orígenes no se restringen a los problemas de financiamiento, sino que también están condicionados por factores culturales que han llevado al abandono de su atención. Planteó la pregunta de cómo incorporar la medicina tradicional dentro del aparato estatal, más allá del discurso y la burocracia. Indicó que para esto se requieren cambios substanciales en el reconocimiento de los derechos étnicos y territoriales de los pueblos indígenas. De ahí la importancia de la Ley de Participación Popular en Bolivia para la redistribución de la riqueza y la toma de decisiones en gobiernos municipales. Esta ley busca rescatar los derechos olvidados de los pueblos indígenas y apoyar la participación popular en la

creación de nuevos modelos de salud, basados en la formación de directorios locales de salud para hospitales y servicios clínicos. No obstante la bondad de la iniciativa, existe el riesgo de que se convierta en un modelo urbano sin influencia en zonas rurales e indígenas. A pesar de los avances hechos en el proceso de integración general de la planeación participativa, aún persiste la duda de la representación comunitaria, por lo que se requieren nuevos modelos que garanticen la participación plena de la comunidad. La salud mental se debe relacionar con el reconocimiento de derechos, no sólo en el plano nominal sino como obligación de toda la sociedad de promover la dignidad y respeto a las culturas indígenas como parte y origen de la sociedad nacional.

2. DOCUMENTOS DE TRABAJO

2.1 Iniciativa Naciones en Pro de la Salud Mental

Dr. Benedetto Saraceno, OMS

La Iniciativa de la OMS Naciones en Pro de la Salud Mental tiene como antecedentes la publicación del Informe Mundial de Salud Mental y del Informe sobre Salud del Banco Mundial, los que establecen la importancia de esta problemática en el marco del desarrollo de los países pobres. Estos informes han significado el reconocimiento de la falta de atención a la salud mental, a la luz de una visión enfocada en la morbilidad y su impacto en la discapacidad, evaluada como pérdida de años de vida saludable. Desde esta perspectiva resalta la importancia de las enfermedades mentales, que a nivel mundial representan un total de 856 millones de personas que sufren, entre otros trastornos, retraso mental, epilepsia, pánico, demencia, problemas de somatización y depresión. Estos trastornos se encuentran entre las principales causas de discapacidad, correspondiendo a la depresión el primer lugar, al retraso mental el cuarto puesto, a la epilepsia el sexto, a la demencia el séptimo y a la esquizofrenia el noveno. En conjunto, las enfermedades mentales representan el 8.1% de la pérdida de años de vida saludable por discapacidad.

Desde otro ángulo, se ha señalado la importancia de considerar las condiciones de poblaciones en particular riesgo, como los refugiados, niños de la calle, mujeres abusadas y pueblos indígenas, que enfrentan situaciones que significan un perjuicio para la salud mental. Estos grupos enfrentan violaciones de sus derechos humanos al tiempo que su acceso al tratamiento es limitado.

En este contexto, la Iniciativa de la OMS Naciones en Pro de la Salud Mental ha establecido programas de demostración en Argentina, Belice y Bolivia, ha desarrollado un programa para poner a la salud mental en la agenda internacional, y ha apoyado proyectos demostrativos que prueban la viabilidad de las intervenciones en salud mental y la racionalidad de sus costos.

Las poblaciones indígenas afectadas por problemas psicológicos se encuentran en la singular situación de tener que enfrentar el doble estigma que aflige a las minorías étnicas y a los enfermos mentales. De ahí la importancia de las acciones emprendidas por la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, que impulsan el respeto a la identidad cultural en la atención a la salud de las poblaciones indígenas. Cabe recalcar que es menester reconocer la necesidad de ampliar los conocimientos en relación con la problemática de los pueblos indígenas. Lo anterior implica adoptar una actitud en la que se disminuya la arrogancia y se procure lograr la participación de los pueblos afectados y de la sociedad como un todo en el análisis de estos problemas y el diseño de nuevos programas. Esto requiere impulsar iniciativas en las que se promueva la interacción entre grupos y sectores comprometidos con la salud y el desarrollo social y humano.

2.2 **Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas**

Dra. Sandra Land, OPS

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas se origina en una recomendación del XXXVII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, plasmada en la Resolución V del Consejo.

Sus prioridades incluyen el fortalecimiento de los programas de salud para la población indígena, el desarrollo de un marco de colaboración con estas poblaciones y la determinación de alternativas para lograr un desarrollo de los servicios de salud culturalmente apropiados. La Resolución V enfatiza el desarrollo de alternativas realistas y sostenibles, que establezcan la colaboración con la población en la atención y promoción de la salud. En este marco, la OPS opera como promotor de acciones y coordinador de las interacciones entre los países participantes.

La Iniciativa parte de una evaluación inicial de los indicadores generales de las condiciones de los pueblos indígenas que demuestra la inequidad en su estado de salud, cuyos indicadores reflejan marcadas desventajas en el crecimiento (retardo), morbilidad, mortalidad y esperanza de vida. La Iniciativa persigue promover la elaboración de informes de país sobre las condiciones de su población indígena, con el fin de integrar los correspondientes indicadores en el informe regional que la OPS publica periódicamente. A la vez, procura identificar programas modelo en la Región, a fin de darles difusión y utilizarlos como base para el desarrollo de nuevos programas.

La Iniciativa se fundamenta en los siguientes principios básicos:

- Enfoque integral
- Autodeterminación
- Participación sistemática
- Respeto y revalorización
- Reciprocidad en las relaciones

Se considera fundamental la relación con otros ámbitos sociales, en particular con las acciones orientadas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural en la Región, a la conservación de la biodiversidad y a la preservación de los recursos naturales. El Plan de Acción de la Iniciativa, que incluye el diseño de planes nacionales de salud indígena, prescribe la incorporación de los países por fases, con el fin de facilitar su participación y estimular la promoción regional de nuevas actividades de atención. Dentro de las acciones se han definido como prioritarias las orientadas al abastecimiento de agua y el saneamiento comunitario y las relacionadas con la salud reproductiva. También se han planteado como estrategias la búsqueda del fortalecimiento de los sistemas tradicionales de salud indígena; la generación de una base de información científica que sirva de fuente para la publicación de una serie de informes técnicos y para la divulgación de información en el público; y el establecer alianzas con las organizaciones indígenas, el sistema de Naciones Unidas, grupos académicos y proveedores de servicios de salud alternativos. Por último, la Iniciativa establece un compromiso de continuidad en sus acciones, a

fin de lograr una ampliación de los servicios para la población indígena, basados en las alianzas establecidas y en su presencia comprometida con el mejoramiento de la salud en los pueblos indígenas.

2.3 Introducción al tema de salud mental en la población indígena

Alta Hooker en nombre de Myrna Cunningham, Nicaragua

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas parte de la evaluación de la situación de estos pueblos en la Región. Ese examen pone de manifiesto los problemas de integración de los sistemas médicos institucionales e indígenas, la adopción en la mayoría de las acciones de salud de un modelo extraño a la población indígena y su implementación, sin que ésta participe en el diseño y en la toma de decisiones. A las condiciones citadas se agregan la situación de pobreza rural y urbana de la población indígena y las marcadas diferencias en sus indicadores de desarrollo. La discusión inicial de la Iniciativa, realizada en una primera reunión celebrada en Winnipeg, Canadá, puso de manifiesto la relación de la salud con las condiciones de pobreza y marginación de la población indígena, así como el impacto en la salud de estas poblaciones de los crecientes problemas de alcoholismo y abuso de sustancias. También se ha señalado la relación de los problemas de salud mental con las condiciones de guerra, desempleo, discriminación racial, desintegración social y falta de acceso a los servicios de salud.

El desarrollo de acciones de la Iniciativa ha evidenciado la necesidad de abordar los problemas de salud con un enfoque integral, basado en la participación de los grupos indígenas e íntimamente ligado a sus procesos de revitalización cultural. Por otra parte, se ha subrayado que los pueblos indígenas tienen la responsabilidad de trabajar en la solución de sus propios problemas, evitando la dependencia en acciones y recursos externos. En el caso concreto de la salud mental es necesario considerar, en relación con su fomento y recuperación y con la prevención de su deterioro, su relación con las problemáticas de violencia, alcoholismo y abuso de sustancias, y con los procesos de cambio social determinados por acciones de desarrollo de las agencias internacionales.

La Iniciativa busca establecer un proceso regional, para lo cual se plantea la organización de grupos de trabajo en cada país. El desarrollo del proceso regional debe iniciarse a partir de un diálogo entre las comunidades indígenas y los Estados, en el que los problemas de salud mental y los factores que los condicionan sean identificados por las propias comunidades. Estas estarán en capacidad de evaluar los daños causados por las condiciones de guerra en que algunas de ellas viven o han vivido, y de justipreciar el impacto de los procesos de transculturación. El desarrollo de estos procesos deberá estimular la participación comunitaria y propiciar un enfoque intersectorial en el que se considere el contexto socio-político del desarrollo de los pueblos indígenas y las problemáticas que enfrentan en la tenencia de la tierra, la producción primaria y la conservación de sus recursos naturales. Por último, los programas deberán buscar generar un aumento de la autoestima con base en la valorización de las culturas autóctonas, de las acciones emprendidas bajo el liderazgo propio y el monitoreo de los cambios generados.

2.4 Salud mental y población indígena en América Latina

Dr. Pablo J. Farías, México

2.4.1 Introducción

Desde el origen de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, estos pueblos han planteado la importancia de sus problemas de salud mental y la relación de ésta con los procesos de cambio ligados a la pobreza (OPS, 1993). En efecto, la salud mental de esos pueblos está íntimamente ligada a la compleja problemática de pobreza y marginación que padece la mayoría de ellos. Por otra parte, la salud mental está estrechamente ligada a la preservación de la identidad étnica, a la viabilidad de las formas tradicionales de organización social, y a la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales, de los que dependen los sistemas de vida rural campesina. Estas dimensiones de la vida comunitaria son determinantes de los recursos personales, familiares y comunitarios con que cuentan los pueblos indígenas para la prevención y atención en salud mental (Brabeck, 1991). Al mismo tiempo, conforman la base de la identidad personal, las redes sociales de apoyo, las prácticas rituales tradicionales y los recursos curativos de sus sistemas médicos.

La atención a la salud mental de los pueblos indígenas está condicionada por la carencia de recursos suficientes de salud mental en América Latina (Alarcón, 1986), y por el escaso conocimiento de sus prácticas de salud y de las formas en que se expresan sus padecimientos emocionales dentro de sus sistemas culturales (Gaines, 1992). En los sistemas de salud, los escasos servicios de salud mental disponibles están dominados por conceptos occidentales y formas de atención orientados a la población urbana. Los recursos disponibles para las poblaciones indígenas en los sistemas comunitarios y tradicionales de salud han sido escasamente apoyados, careciéndose en la mayoría de los países de políticas de salud orientadas a fortalecer las estrategias y recursos de base comunitaria en estos pueblos.

2.4.2 Población indígena de América Latina

La mayoría de los países de América Latina no cuenta con datos específicos sobre las condiciones de su población indígena y solamente en nueve de ellos se incluye una definición de la misma en los censos nacionales (CELADE, 1992). La definición de etnicidad varía también entre los países de la Región, considerándose en algunos de ellos solamente la lengua, y en otros, la percepción de su etnicidad propia. Las estimaciones censales varían de 14,6 a 34 millones de indígenas, según las fuentes (González, 1994). Los países con mayor población indígena son México, con 5,2 millones, que representan 9% de su población total; Perú, con 3,6 millones (25% de la población total), Bolivia, con 2,8 millones (54%) y Guatemala, con 2,5 millones (42%).

Un estudio del Banco Mundial (Psacharopulos, 1994) concluye que la pobreza en la población indígena de América Latina es generalizada y severa, mostrando una marcada desproporción al compararse con la población en general. El siguiente cuadro muestra esa desproporción en cuatro países de la Región:

Cuadro 1: Porcentajes de la población en condiciones de pobreza

País	Población indígena	Población no indígena
Bolivia	64,3	48,1
Guatemala	86,6	53,9
México	80,6	17,9
Perú	79,0	49,7

Fuente: Psacharopulos y Patrinos, 1994

El caso de México ilustra la relación entre las condiciones de pobreza y las desventajas en el acceso a los servicios básicos (cuadro 2). El escaso acceso a la educación, la predominancia de actividades productivas agrícolas orientadas al auto-consumo, sin posibilidades de generar un ingreso monetario suficiente para cubrir las necesidades familiares y las altas tasas de mortalidad infantil y de fecundidad, son condiciones que se asocian de manera clara a la marginación de los pueblos indígenas.

Estas condiciones se expresan de manera singular en el Estado de Chiapas (INEGI, 1996), cuyas tasas de morbilidad y mortalidad infantiles están muy por encima de la media nacional.

Las altas tasas de mortalidad infantil en la población indígena, la persistencia de altas tasas de fecundidad, y las desventajas en el acceso al trabajo y a los servicios generan grandes dificultades emocionales, afectan los sistemas sociales de apoyo familiar y comunitario, y al mismo tiempo, perpetúan las condiciones de marginación y pobreza. Estas condiciones están ligadas también a la pérdida de viabilidad de las formas de vida tradicional, a la pérdida de recursos culturales, al deterioro ambiental, a la migración y a los conflictos violentos, factores todos que determina una espiral de deterioro de la calidad de vida de los grupos afectados (UNICEF, 1995).

Cuadro 2: Condiciones de la población indígena de México (en porcentajes)

	Analfabetas	Sin escolaridad	Educación post primaria	Agricultores	Sin ingresos	Ingreso menor al salario mínimo	Uso de leña como combustible
Indígenas	40,7	37	12,3	59,9	21,0	38,6	69,8
No indígenas	12,4	13,4	42,5	22,1	7,3	19,2	21,1

3. POBLACIÓN INDÍGENA Y SALUD MENTAL

Son muy pocos los estudios que han enfocado la problemática emocional de las poblaciones indígenas. Casi no se han considerado los sistemas médicos indígenas ni se han relacionado los trastornos emocionales con las prácticas curativas rituales. Algunos estudios han señalado que en estas poblaciones las categorías específicas de trastorno emocional se enfocan desde la perspectiva de la pérdida de la función, definiendo más que categorías basadas en la experiencia psíquica, categorías fundamentadas en el nivel de pérdida funcional. Los estudios de Rubel (1964) sobre *susto* y el análisis de Fábrega (1970) sobre *jowel* y *chawaj* en la población maya de los Altos de Chiapas ilustran este punto. Pero se carece de estudios sistemáticos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población indígena o la relación de las categorías de estos trastornos en los sistemas tradicionales y su correspondencia con la clasificación psiquiátrica occidental.

La existencia de sistemas médicos en los pueblos indígenas que tienen escasa relación con los conceptos biomédicos o psicodinámicos de la medicina cosmopolita es un aspecto que se debe analizar. Las diferencias entre ambos sistemas han sido consideradas en publicaciones sobre salud mental, en particular, en relación con las teorías y prácticas psiquiátricas de diferentes pueblos, campo de estudio de la etnopsiquiatría o etnomedicina. El análisis del contexto social y cultural de los trastornos psiquiátricos ha sido el terreno de la psiquiatría transcultural (Gaines, 1992). Se ha analizado la construcción social de trastornos específicos de determinadas culturas, los denominados "síndromes vinculados a la cultura" (Helman, 1990), como el *susto* en la población indígena de Mesoamérica (Rubel, 1994) y los *nervios* (Guarnaccia, 1988). También se han analizado los sistemas de clasificación de las enfermedades en distintas etnias, como los mayas de los Altos de Chiapas y los guajiros de Venezuela y Colombia (Perrin, 1986). Estos estudios apuntan a la gran diversidad existente entre los pueblos indígenas en las formas de clasificar los trastornos mentales, definir sus causas y establecer medidas terapéuticas. Esta diversidad no sólo refleja distintas formas de manifestación de los trastornos psíquicos, sino que expresa condiciones y sistemas socio-culturales particulares. No basta, por tanto, plantear formas de traducción de categoría indígenas en categorías psiquiátricas; en efecto, estas últimas carecen de relevancia sociocultural para movilizar los recursos personales, familiares y comunitarios necesarios para la restitución de la salud.

Los sistemas médicos tradicionales de las comunidades indígenas de América Latina, enfatizan una visión integral de la salud que considera conjuntamente los componentes físico, mental y social, y plantea una estrecha relación de la salud con la vida espiritual (Aguirre Beltrán, 1963). Fábrega y Silver (1973) caracterizan el pensamiento sobre la enfermedad entre los mayas de los Altos de Chiapas como "el reflejo y expresión del estado de las relaciones entre la persona consigo misma, su grupo social y sus deidades". Las transgresiones de los códigos espirituales o sociales se cree son castigadas por enfermedades de origen divino. Los individuos, sus contemporáneos y las deidades se encuentran ligados en una triple red de relaciones y una expresión frecuente de la desarticulación de esta red es la "enfermedad". Para los mayas las enfermedades mentales se manifiestan con pérdida de función, alteraciones del comportamiento, convulsiones y pérdida de las capacidades intelectuales (Berlín, 1996; Holland, 1963; Castille, 1996).

Las marcadas diferencias entre los sistemas indígenas y occidentales de conceptualización y clasificación de los trastornos mentales hacen evidente la necesidad de definir equivalencias entre ambos sistemas. Igualmente, estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de apoyar estrategias de intervención basadas en los sistemas socioculturales indígenas, que permitan apoyar los recursos comunitarios para la salud mental y establecer una relación entre los sistemas comunitarios e institucionales de salud, en los casos que requieran intervención externa.

4. TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

Las transformaciones de los sistemas sociales indígenas tienen un importante efecto en la salud mental en cuanto introducen nuevas normas de conducta, demandas funcionales y nuevas formas de relación social. Al mismo tiempo, estas transformaciones afectan la operación de los sistemas de apoyo social y los recursos comunitarios de salud. A manera de ejemplo se presenta a continuación una síntesis de la transformación social en las poblaciones indígenas de Chiapas y su relación con la salud mental y psicosocial.

El Estado de Chiapas representa una de las áreas más pobres de México. Ha llamado la atención internacional con el surgimiento de una rebelión armada de los indígenas que demandan condiciones que permitan la viabilidad de sus sistemas de vida tradicional y el reconocimiento de sus derechos culturales y étnicos. Las condiciones de las comunidades indígenas en otras partes de México y América Latina son similares, y han llevado a un movimiento amplio de apoyo a las demandas de modificación al entorno económico y político de marginación que enfrentan. Dentro del proceso de transformación social de los pueblos indígenas destaca el abandono de las prácticas productivas agrícolas orientadas al autoconsumo y la economía local, y la migración tanto hacia otras zonas rurales como urbanas. El abandono de la agricultura tradicional es resultado de cambios en el contexto económico de los países de la Región y de procesos locales que incluyen el deterioro ambiental, la utilización de tierras en actividades de ganadería tropical, la introducción de insumos químicos para la agricultura, el crecimiento poblacional, la migración forzada y los conflictos en la tenencia de la tierra. En el caso de Chiapas, el proceso de transformación productiva y social se inicia en el decenio de 1970 con la apertura de tierras para la colonización de las selvas tropicales, ligada a cambios en la demanda de mano de obra en la agricultura de las plantaciones. Los créditos internacionales indujeron su transformación hacia la producción ganadera y un aumento en la demanda de mano de obra no calificada para la construcción de grandes obras de infraestructura energética en la región (Collier, 1994).

Las comunidades indígenas de los altos de Chiapas fueron descritas hasta los años sesenta como sistemas corporativos cerrados. En ellos la vida comunitaria se definía alrededor de la producción y los mercados locales. La participación social se circunscribía a la estructura de responsabilidades comunitarias en un sistema jerárquico de "cargos" ceremoniales que vinculaba a los parajes rurales con el centro y cabecera política de la comunidad (Pozas, 1977). El sistema de cargos reforzaba la formación de redes de apoyo para el trabajo agrícola en el que se sustentaba la acumulación de la riqueza. El cambio hacia el trabajo asalariado en la construcción, en contraste, introdujo una fuente de riqueza no ligada a las redes comunitarias de trabajo y permitió a los involucrados modificar sus prácticas agrícolas al introducir el uso de agroquímicos que permitieron ampliar las tierras en cultivo y disminuir la dependencia en el trabajo para la producción. Collier (1994) describe ese cambio como la transición entre "trabajar para generar comida" y "trabajar para ganar dinero". Estos cambios determinaron una pérdida de legitimidad de las autoridades tradicionales, incluidos los curanderos, que proporcionaban una importante mediación en los conflictos familiares y mantenían mecanismos de redistribución de la riqueza en las comunidades. A lo anterior se agrega el cambio religioso, con la aparición de grupos evangélicos ajenos a la Región (Farías, 1996).

A los cambios mencionados se agrega un proceso de abandono de los sistemas de participación y cohesión comunitaria (Cancian, 1992) y una fragmentación que acentúa los conflictos internos y la violencia (CNDH, 1992; Collier, 1996). La población indígena enfrenta una mayor exposición a la violencia en los procesos de guerra que han ocurrido en la Región. La población maya de Guatemala y, más recientemente, la de Chiapas, México, se ha visto involucrada de manera directa en conflictos armados que han llevado al desplazamiento de grupos importantes de la población. De igual forma, los conflictos armados en Perú han afectado en particular a la población indígena (Bosco, 1994). Otras poblaciones indígenas en la Región se ven particularmente expuestas a la violencia ligada al narcotráfico. Este conjunto de condiciones de violencia es un factor claro de origen para una amplia gama de trastornos emocionales, en particular los ligados al estrés post-traumático.

5. MIGRACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

La migración de poblaciones rurales en América Latina se ha convertido en las últimas décadas, por efecto de los conflictos violentos, en un problema de magnitud. En el conjunto de países, la población urbana pasó de representar el 57% del total en 1970 al 72% en 1971 (Bank, 1993). En este proceso, la población indígena migrante enfrenta situaciones que agravan su marginación y pobreza, dependientes de su inserción en los estratos más bajos de la población urbana, de la carencia de las habilidades que demanda el empleo urbano, de la discriminación étnica de que es objeto, y de las limitaciones en la lengua dominante. Sus redes sociales de apoyo se fragmentan con frecuencia y las estructuras familiares cambian, en detrimento de la familia extendida, lo que determina la pérdida de recursos para el cuidado y educación infantil y para la mediación en conflictos familiares. Esta situación conlleva riesgos para la salud mental y psicosocial, entre ellos los relacionados con el aumento del consumo de alcohol y drogas, la exposición a condiciones de violencia y criminalidad, la falta de vivienda y el hacinamiento. De esta manera, la población migrante, en particular los niños de la calle y las madres y menores abandonados, sufren desproporcionadamente los efectos más severos de la marginación.

Las poblaciones de refugiados y desplazados enfrentan condiciones adicionales que comprometen su salud mental. No sólo enfrentan las dificultades del cambio social rápido sino también numerosas experiencias traumáticas. En el decenio de 1980 se desplazó hasta 29% de la población indígena de El Salvador y 7,5% de la de Guatemala (Aguayo, 1988). El número de refugiados que huyeron de su país durante ese período se estima en cerca de los dos millones y el de los desplazados internos sobrepasó los ochocientos cincuenta mil. En Guatemala, los conflictos militares produjeron un desplazamiento masivo de la población indígena. La política subsiguiente de reubicación interna, mediante la creación de "pueblos modelo" desplazó a la población dentro de las áreas de conflicto. Durante estos años, un importante número de poblados indígenas fueron víctimas de la violencia militar (IWGIA, 1978; Fallas, 1988), estimándose en más de 25.000 las personas que fallecieron en los conflictos. Como resultado de lo anterior, grandes grupos de desplazados permanecieron aislados en las regiones montañosas de Guatemala y la mayoría de los esfuerzos de desarrollo comunitario se vieron paralizados. El efecto de estas experiencias en la salud mental ha sido documentado en numerosas poblaciones de refugiados (Melville, 1992; Boothby, 1994; Farías, 1994; Mollica, 1994).

Las situaciones de vida de los refugiados indígenas varían considerablemente y tienen un efecto importante en su salud mental. Las condiciones de los refugiados en zonas de asentamientos urbanos norteamericanas se caracterizan por la alta marginación y la falta de acceso a los servicios de salud y asistencia social (O'Dogherty, 1989; Burns, 1993). Estas condiciones se vinculan al desempleo, al aislamiento social y a la imposibilidad de reconstruir los patrones de vida comunitaria y de apoyo social (Farías, 1991). Las condiciones de los refugiados en los campamentos rurales se caracterizan por la pobreza extrema, aun cuando son mayores las posibilidades de restablecer los vínculos comunitarios y los mecanismos de apoyo social que fortalecen la salud mental.

Las condiciones de las mujeres refugiadas guatemaltecas demuestran las dificultades que enfrentan las familias en los campamentos. El principal sitio donde pueden ejercer alguna clase

de control es en el espacio privado del hogar: allí cuidan a sus hijos, vigilan los pocos animales que les pertenecen, hacen las tortillas para las comidas de la familia y, con frecuencia, se reúnen con otras mujeres. La carencia absoluta de recursos y diversiones dentro de los campamentos hace que la labor básica de la vida cotidiana sea tenaz y absorbente; el agua se transporta a mano desde pozos o arroyos, que en ocasiones, están a considerable distancia; las tortillas de maíz se hacen con frecuencia a fuego abierto, dentro de la casa, y el resto del tiempo se emplea en atender a los niños. Pocas mujeres ganan dinero fuera del hogar y la mayoría de las familias dependen para su subsistencia de los exiguos sueldos que ganan esposos e hijos. En estas condiciones, la violencia contra estas mujeres es un factor importante que moldea su experiencia de vida y que limita su acceso y control sobre los recursos comunitarios. La violencia marital es causa del aislamiento de las mujeres y constituye una barrera para su participación en las actividades comunitarias y para su acceso a los servicios de salud.

Una encuesta comunitaria llevada a cabo en un grupo de mujeres indígenas refugiadas en Chiapas (Maquin, 1991) muestra la prevalencia de la violencia contra las mujeres y su relación con el abuso del alcohol:

Cuadro 3: Violencia marital y abuso del alcohol en la población refugiada, por grupos de edad de la mujer

Edad de la mujer	Presencia de abuso de alcohol	Ausencia de abuso de alcohol
12 a 19 años	22%	10%
20 a 34 años	19%	6%
Mayor de 35 años	15%	6%

Fuente: Mamá Maquin, 1991

Queda claro que la violencia marital es una experiencia común para las mujeres indígenas y forma parte de un complejo de condiciones que afectan la salud psicosocial en el ámbito familiar de los refugiados.

6. ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Los servicios de atención de la salud mental en los países de América Latina están en un estado de subdesarrollo (Alarcón, 1986) si bien en desarrollo creciente. Tal situación se refleja en la asistencia que reciben las comunidades indígenas, precisamente las afectadas más severamente por la pobreza y la marginación, el desplazamiento y los retos de la transformación sociocultural.

Hasta ahora, los esfuerzos hechos para confrontar los retos que plantea la situación mencionada han enfatizado las estrategias de desinstitucionalización y de integración de los servicios psiquiátricos en la atención primaria de la salud (González Uzcátegui y Levav, 1991; Levav, 1993). No obstante los esfuerzos en curso, en la mayoría de los casos la atención psiquiátrica continúa aislada de la salud mental comunitaria. La atención psiquiátrica no sólo ha permanecido aislada en las instituciones asilares y en la práctica privada en algunos países, sino que frecuentemente se ha visto ligada a condiciones de abuso y negligencia que han merecido la crítica de asociaciones comunitarias y de defensores de los derechos humanos. Es notorio que en los nuevos programas de salud mental en América Latina el papel de la psiquiatría es limitado (Lykes, 1994; Martín-Baró, 1994).

Las limitaciones de las estrategias de desinstitucionalización son evidentes en la población indígena: la redistribución de recursos que este enfoque postula no se ha reflejado en la creación de nuevos servicios para las poblaciones más necesitadas de ellos, como son los pueblos indígenas, que siguen careciendo de acceso a los servicios de salud mental. El caso de México es ilustrativo: disponiendo sólo de 0,8 psiquiatras por 100.000 habitantes (de la Fuente, 1988), éstos están concentrados en el área metropolitana de la ciudad de México (Resnikoff, 1991), donde igualmente se encuentra el 62% de las camas psiquiátricas del país. En contraste, las regiones marginadas, como el Estado de Chiapas cuentan tan sólo con 0,1 psiquiatras por 100.000 habitantes. La escasez de recursos se refleja en las asignaciones presupuestarias para las instituciones psiquiátricas de la Secretaría de Salud (De Gortari, 1992) según las cuales el costo de la cama día en las tres principales instituciones psiquiátricas del país oscila entre 9 y 13 dólares diarios. En estas condiciones, la desinstitucionalización resulta insuficiente como estrategia para mejorar los cuidados en salud mental. Más aún, con esta estrategia se corre el riesgo de reducir los pocos servicios disponibles para las poblaciones indígenas al limitar su acceso a los servicios psiquiátricos.

La estrategia complementaria de integración de la salud mental en los programas de atención primaria busca aumentar la cobertura y subsanar la falta de recursos humanos especializados. Su meta es atender los problemas de salud mental mediante intervenciones tempranas utilizando personal general de salud. Su eficacia ha sido ampliamente demostrada, lo mismo que la factibilidad de su adaptación para las zonas indígenas de América Latina (Bosco, 1994; Sáenz Romero, 1994). En la actualidad se cuenta con un acervo de instrumentos de capacitación en salud mental para trabajadores primarios y promotores comunitarios de salud (Saraceno, 1992; Miller, 1994; OMS, 1996). Las estrategias propuestas destacan la detección temprana de los trastornos mentales y el tratamiento de las personas con trastornos leves, particularmente los ligados al estrés. También propician el apoyo a grupos vulnerables, la interacción con los curanderos tradicionales y la formación de grupos de auto-ayuda en la

comunidad. Desafortunadamente, existen muchas barreras para implementar las estrategias, en particular la capacitación limitada en salud mental de los profesionales de la salud y la falta de integración de esta problemática en los planes de desarrollo para las zonas marginadas (Desjarlais, 1995).

7. ESTRATEGIAS COMUNITARIAS DE SALUD MENTAL

Existe amplia evidencia del desarrollo de alternativas exitosas de atención de la salud mental en la comunidad. Los recursos comunitarios para la salud mental son particularmente relevantes para la población indígena y comprenden tanto recursos tradicionales, ligados a sus culturas de origen, como nuevas estrategias surgidas de la solidaridad comunitaria. Las prácticas tradicionales en las comunidades indígenas de América Latina pueden dividirse, en general, en las de carácter personalista, orientadas a la relación social de la persona y al mantenimiento de las normas culturales, tales como las prácticas rituales y de oración, y las de carácter naturalista, orientadas a restablecer el balance humoral del organismo, basadas en la herbolaria medicinal y en técnicas de manipulación corporal (Foster, 1978; Berlín, 1996).

Las intervenciones terapéuticas tradicionales, en el campo mental, se orientan a restablecer el orden espiritual y social mediante la modificación del estado emocional, las actitudes y el comportamiento del enfermo con ayuda de fuerzas espirituales. En la curación interviene la familia y miembros del grupo social, que participan en rituales realizados en el hogar, los lugares sagrados de la comunidad y los sitios de culto religioso. Las intervenciones pueden incluir la oración, la ingestión de alimentos rituales y las ofrendas a las deidades con el fin de restablecer la integridad espiritual. También comprenden la manipulación física del enfermo, dirigida a extraer de su cuerpo objetos que corporalizan influencias malignas; el sangrado de la cabeza, para extraer el exceso de sangre o la sangre contaminada por el mal; y el uso de plantas medicinales, especialmente en presencia de trastornos leves, acompañados de insomnio o ansiedad (Holland, 1964; Farías, 1990). Estas intervenciones son ejecutadas por especialistas tradicionales, capaces de celebrar ritos complejos, recitar oraciones difíciles y de movilizar los recursos individuales, familiares, y comunitarios con el fin de restituir la conducta normal del enfermo. Eber (1995) ilustra la importancia de las intervenciones sociales del terapeuta indígena en el tratamiento de problemas relacionados con el abuso del alcohol. Su intervención hace posible manejar integralmente el problema y movilizar los recursos familiares y comunitarios para limitar las consecuencias del hábito, particularmente la violencia doméstica contra la mujer.

Tanto las prácticas personalistas como las naturalistas se ven afectadas por los rápidos procesos de transformación social de las poblaciones indígenas. Las prácticas personalistas se orientan a restituir un orden social perturbado y a movilizar los recursos individuales y sociales, para restablecer la capacidad funcional del individuo, apoyándose en las normas sociales validadas por el grupo. Su efectividad depende de la persistencia de este marco social y de los recursos necesarios en la familia y la comunidad. Entre los procesos que minan la base de operación de estos sistemas está el cambio religioso, la transformación de la producción agrícola, el cambio de estructuras familiares y la migración.

Las prácticas naturalistas también se ven afectadas por los procesos de transformación social. La inserción en el mercado de las poblaciones indígenas se asocia a patrones de consumo que favorecen el uso de medicamentos comerciales y que las exponen a sistemas de valores que asocian lo tradicional indígena con un bajo prestigio social. Por otro lado, la migración y la transformación productiva se asocian a la pérdida de relevancia del conocimiento sobre los

recursos naturales y las prácticas de recolección que requiere la herbolaria medicinal. A lo anterior se agrega que la transmisión del conocimiento mediante los sistemas tradicionales de comunicación oral se debilita, lo que incrementa el abandono de estas prácticas.

En algunos pueblos indígenas, con frecuencia con el apoyo de grupos externos, se han desarrollado, más allá de los sistemas basados en las culturas autóctonas, importantes recursos para enfrentar los problemas de salud mental. Se han elaborado técnicas creativas de expresión emocional en los sistemas educativos para niños, dirigidas al manejo de los conflictos interpersonales, y se ha promovido el uso de narrativas y cuentos para elaborar experiencias traumáticas; la utilización de técnicas de relajamiento para el manejo del estrés y la ansiedad; la formación de grupos de auto-ayuda, y la estructuración de sistemas de apoyo social para asistir a grupos vulnerables en la comunidad (Metraux, 1990; Saraceno, 1992; Bosco, 1994; Lykes, 1994; Miller, 1994; Sáenz Romero, 1994). La mayoría de estas estrategias se basan en la capacitación de promotores comunitarios de salud, lo que ha permitido reforzar las prácticas tradicionales, tales como el uso de parteras comunitarias en la asistencia obstétrica. También han permitido desarrollar intervenciones de prevención, por ejemplo, la capacitación de madres para evitar las infecciones intestinales y la desnutrición, y la educación en salud reproductiva y en la prevención de hábitos malsanos, como el tabaquismo y el alcoholismo.

En América Latina se han desarrollado estrategias comunitarias de promoción y prevención en salud mental, basadas en el desarrollo de una importante base conceptual y práctica en las que se integran la problemática de la pobreza y la marginación (Martin-Baró, 1994). Dentro de esas estrategias se encuentran las que favorecen el apoyo de los recursos tradicionales de la medicina indígena y las orientadas al desarrollo de nuevas capacidades dentro del desarrollo comunitario. La estrategia más común, basada en los sistemas locales de salud, procura, mediante la capacitación en el trabajo, la integración de los recursos comunitarios e institucionales. En algunos casos se busca generar capacidades complementarias en los promotores comunitarios, subordinados con frecuencia a los proveedores externos. En otros casos se promueve la generación de capacidades autónomas en la comunidad, dada la escasez de instituciones de salud en el medio rural. En estas áreas se procura con frecuencia la generación de capacidades derivadas de una visión cosmopolita de la salud, que incluye, entre otros procedimientos, las intervenciones psicoterapéuticas, el uso de las técnicas de relajación y acupuntura, y la promoción de grupos de apoyo. Estas estrategias son respaldadas con frecuencia por organismos no gubernamentales y agencias sociales vinculadas al desarrollo comunitario (Metraux, 1990; Bosco, 1994).

Las estrategias orientadas a las prácticas tradicionales de salud de las comunidades indígenas carecen, en la mayoría de los casos, de mecanismos que favorezcan su fortalecimiento, y con frecuencia, enfrentan un mayor rechazo por parte de las instituciones de salud y agencias de desarrollo, lo que limita su acceso a los recursos. No obstante, algunas experiencias en comunidades indígenas de la Región son de gran valor. Se destaca en particular el desarrollo de organizaciones de terapeutas indígenas que promueven acciones para la atención de la salud a partir de la propia visión indígena. Estas organizaciones buscan consolidar su práctica mediante la generación de capacidades propias y el establecimiento de parámetros independientes para la relación con las instituciones de salud (OMIECH, 1990).

Cabe notar, sin embargo, que las prácticas tradicionales dependen en gran medida de la continuidad de los sistemas socioculturales que forman su base de poder y legitimidad para movilizar la acción individual, familiar y comunitaria. La fortaleza de estos sistemas reside en su capacidad de incidir en el entorno comunitario en la búsqueda de la solución de los problemas del individuo enfermo. Esta misma fortaleza constituye un limitante al enfrentar condiciones sociales rápidamente cambiantes, como ocurre en los procesos de migración, transformación productiva y reorganización comunitaria.

8. LA SALUD MENTAL EN LOS ESFUERZOS DEL DESARROLLO COMUNITARIO

Además de la formulación de estrategias, se debe considerar la promoción de políticas y programas de desarrollo comunitario que fortalezcan la disponibilidad de recursos para la salud mental y psicosocial. Estas políticas y programas, íntimamente vinculados a los programas de desarrollo y modernización económica de la Región, son de importancia particular para las comunidades indígenas. Estas se ven afectadas de manera particular por el énfasis puesto en la economía de mercado, la integración de los recursos naturales en la competitividad internacional, y el interés en mantener insumos de bajo costo para la producción industrial, con frecuencia ligado a la mano de obra accesible y barata. Si bien estas alternativas son necesarias ante el crecimiento de la población y la carencia de tierras para el cultivo extensivo que requiere la milpa tradicional, el impacto de esta transición varía de acuerdo a las políticas de desarrollo imperantes. En este sentido cabe mencionar el impacto de las políticas de apoyo a la producción ganadera, caracterizada en las zonas tropicales por un uso extensivo de la tierra, una baja demanda de mano de obra y la presencia de intermediarios que hacen imposible la participación de las comunidades rurales en las actividades de mayor rendimiento. Lo anterior contrasta con las políticas de apoyo al desarrollo de cultivos de alto valor comercial en las zonas indígenas. Un claro ejemplo del impacto positivo de estas políticas es la promoción de la caficultura en Chiapas. Este cultivo, de intensa demanda de mano de obra, ha sido manejado exitosamente por organizaciones de pequeños productores, lo que ha permitido mantener los beneficios del mercado en las propias comunidades. Dentro del proceso de apropiación de la producción por las comunidades podemos observar el fortalecimiento de las estructuras sociales y el apoyo a sus capacidades, lo que rebasa el ámbito productivo y genera mecanismos de fortalecimiento de recursos sanitarios y del bienestar psicosocial (Unión de Ejidos de la Selva, ISMAM).

Al considerar la atención de la salud mental y psicosocial se deben considerar también las ventajas de las políticas orientadas al fortalecimiento de los recursos comunitarios y las desventajas de los programas que promueven la migración masiva de poblaciones rurales hacia los centros urbanos, con la consecuente pérdida de recursos para la salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo, S. y P.W.F. (1988) *Central Americans in Mexico and the United States*.
- Aguirre Beltrán, G. (1963). *Medicina y Magia*. México, Instituto Nacional Indigenista.
- Alarcón, R.D. (1986). *La salud mental en América Latina, 1970-1985*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 101(6)567-592.
- Berlín, B.B. (1996). *Maya Ethnomedicine as Science*. En: Medical Ethnobiology of the Highland Maya of Chiapas, Mexico. B.B. Berlín, ed., Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- Boothby, N. (1994). *Trauma and violence among refugee children*. En: Amidst Peril and Pain. A.J. Marsella, ed., Washington, D.C. American Psychological Association.
- Bosco, G. (1994). *Abuso a la infancia*. En: Experiencias del refugio centroamericano. P.J. y R.M. Farías, ed., San Cristóbal, Chiapas, El Colegio de la Frontera Sur: 89-94.
- Brabeck, M. (1991). *Violence and human values in Guatemalan youth*. World Mental Health Congress, Mexico, World Federation for Mental Health.
- Burns, A. (1993). *Maya in Exile: Guatemalan refugees in Florida*. Philadelphia, Temple University Press.
- Cancian, F. (1965). *Economics and prestige in a Maya community: the religious cargo system in Zinacantan*. Stanford, Stanford University Press.
- Cancian, F. (1965). *The decline of community of Zinacantan*. Stanford, Stanford University Press.
- Castille, D. (1996). *Mental health among the Highland Maya*. Department of Anthropology. Berkeley, University of California.
- CELADE (1992). *Censos de población en América Latina*.
- CNDH (1992). *Informe sobre el problema de las expulsiones en las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas y los derechos humanos*. México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Collier, G. (1994). *Basta!: Land and the Zapatista rebellion in Chiapas*. Oakland, California, Institute for Food and Development Policy.
- Collier, G. (1996). *Reaction and retrenchment in the wake of the Zapatista rebellion*. Annual Meeting of the American Anthropological Association, San Francisco, California, American Anthropological Association.

- Desjerlais, R (1995), Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York, Oxford University Press.
- Eber, C. (1995). *Women and alcohol in a Highland Maya town*. Austin, University of Texas Press.
- Fabrega Jr. H., Metzger, D. y Williams, G. (1970). *Psychiatric implications and illness in a Maya Indian group: a preliminary statement*. *Social Science and Medicine* 3:609-625.
- Fabrega, H. (1973). *Illnes and shamanistic curing in Zinacatan, an ethnomedical analysis*. Stanford, California, Stanford University Press.
- Falla, R. (1988). *Struggle for survival in the mountains*. En: *Harvest of Violence, the Maya indians and the Guatemalan Crisis*. R.M. Carmack, ed., Oklahoma, University of Oklahoma Press: 233-255.
- Farías, P.J. (1990). *El modelo biomédico frente a la tradición indígena Maya. El caso de los refugiados Guatemaltecos en Chiapas*. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* XIII(71-74):60-72.
- Farías, P.J. (1991). *Economic differentiation, social change and health status among Mayan communities in the Chiapas Highlands*. American Anthropological Association Meeting, San Francisco, American Anthropological Association.
- Farías, P.J. (1991). *Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15:167-192.
- Farías, P.J. (1994). *Central and South American refugees: some mental health challenges*. En: *American Peril and Pain: the situation of refugees in the world*. A.J. Marsella, ed. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Foster, G.M. (1978). *Medical Anthropology*. New York, John Wiley and Sons.
- Gaines, A.D. (1992). *Ethnopsychiatry: the cultural construction of psychiatres*. En: *Etnopsychiatry*, A.D. Gaines, ed., Albany, New York, State University of New York Press.
- González, M.L. *How many indigenous people?*. En: *Indigenous People and Poverty in Latin America*. G. y H.A.P. Psacharopoulos, ed. Washington, D.C., The World Bank: 21-39.
- González Uzcátegui, R. y Levav, I. (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Guarnaccia, P. a. F. Pablo (1988). *The social meanings of "nervios"*. *Social Science and Medicine* 26(12):1223-1231.

Helman, C.G. (1990). *Culture, Health and Illness*. London, Wright.

Holland, W.F.T. y Roland, G. (1964). *Highland Maya psychotherapy*. *American Anthropologist*. 66(1):41-52.

Holland, W.R. (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México, Instituto Nacional Indigenista.

INEGI (1993). *La población hablante de lengua indígena en México*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INEGI (1996). *La mortalidad infantil en México*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

IWGIA (1978). *Guatemala 1978: the massacre at Panzos*. Copenhagen, Denmark, International Work Group for Indigenous Affairs.

Levay, I., Restrepo, H. y Guerra de Macedo, C. (1993). *Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (39)4:285-293.

Lykes, M.B. (1994). *Terror, silencing and children: international multidisciplinary collaboration with Guatemalan Mayan communities*. *Social Science and Medicine* 38(4):543-552.

Maquin, M. (1991). *La situación de la mujer refugiada en los campamentos de Chiapas, México, D.F., Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*.

Martin-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Cambridge, Harvard University Press.

Melville, M.B.L. (1992). *Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of governmental sponsored terrorism*. *Social Science and Medicine* 34(5):533-548.

Metraux, J.C. (1990). *El niño, la familia y la comunidad. Manual de atención psicosocial para promotores*. Managua, Nicaragua, Editorial Ciencias Sociales.

Miller, K.E. (1966). *The effects of state terrorism and exile on Indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives*. *Child Development* (67):89-106.

Miller, K.E.B., Deborah, L. *Playing to grow: a primary mental health intervention with Guatemalan refugee children*. *American Journal of Orthopsychiatry* 64(3):346-356.

Mollica, R. (1994). *Southeast Asian Refugees: migration history and mental health issues*. En: *Amidst Peril and Pain*. A.J. Marsella, ed., Washington, D.C., American Psychological Association.

O'Dogherty, L. (1989). *Central Americans in Mexico: uprooted and silenced*. Washington, D.C., Center for Immigration Policy and Refugee Assistance.

OMS (1996). *Mental health of refugees*. Geneva, Organización Mundial de la Salud.

OPS (1993). *Resolution V of the Directing Council. Health of the Indigenous Peoples*. Pan American Health Organization, Washington, DC.

Perrin, M. (1986). *Etnólogos y Médicos frente al arte Guajiro de curar*. *Estudios de Antropología Médica* IV:139-268.

Pozas, R. (1977). *Chamula*. México, Instituto Nacional Indigenista.

Psacharopoulos, y H.A.P., Ed. (1994). *Indigenous people and poverty in Latin America: an empirical analysis*. Washington, D.C., The International Bank for Reconstruction and Development.

Rubel, A.J. (1964). *The epidemiology of folk illness: Susto in Hispanic America*. *Ethnology* 3(3):268-283.

Sáenz Romero, I. (1994). *Un modelo para el apoyo de la salud mental de los refugiados guatemaltecos en el sureste de México, a través de la capacitación de los promotores de la comunidad*. Facultad de Psicología. México, Universidad Nacional Autónoma de México, pag. 154.

Saraceno, B., Cecchetto, G., Escalante, C.A. (1992). *El promotor de salud frente a los trastornos mentales*. San Salvador, Universidad de El Salvador.

UNICEF (1995). *The state of the world's children*. New York, UNICEF.

World Bank (1994). Washington, D.C. The World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*.

Bolivia - Adela M. Casal R.

Presencia indígena

En Bolivia la población indígena representa entre 65% y 70% del total. Quechua y aymará son los pueblos mayoritarios. Existen además, otros pueblos pequeños, todos poseedores de un gran acervo cultural y étnico.

Modelo de atención a la salud mental

La situación de la salud mental de la población indígena del país guarda una estrecha relación con las condiciones de pobreza, marginación y violencia que sufren estos pueblos. Tales condiciones interfieren con la posibilidad de definir las bases para el establecimiento de un plan nacional de salud mental que integre estos sectores de la población en situación de mayor vulnerabilidad.

El desarrollo de un programa de salud mental debe asentarse en bases conceptuales que integren en su objetivo principal el mejoramiento de la calidad de la vida de los pobladores en su triple dimensión física, psicológica y cultural. Lo anterior implica un equilibrio entre los aspectos somáticos y psicológicos de la persona, el logro de relaciones armónicas dentro del contexto social, familiar y comunitario y la reafirmación de la propia identidad de los pueblos, dentro de la diversidad que les es peculiar.

Los principales factores que lesionan la salud mental son la pobreza, ligada al ajuste estructural y neoliberalismo, la invasión de los territorios, el desarraigo, la violencia étnica, los conflictos de intereses privados, y la exposición a condiciones estresantes, resultado de las alteraciones sociales. Caben destacar los problemas especiales que enfrentan los migrantes, en particular los relacionados con los procesos de adaptación al nuevo medio, que conllevan muchas veces cambios en la escala de valores, creencias, costumbres y aspectos singulares de la cultura, en desmedro de las creencias, tradiciones y prácticas tradicionales.

Las líneas estratégicas de un plan nacional de salud mental deben incluir:

- programas de investigación científica y creación de indicadores propios de salud mental;
- respeto e integración activa de la medicina tradicional, incluyendo a los practicantes tradicionales, cuya práctica se orienta al manejo de fuerzas de la naturaleza y la armonía hombre-naturaleza;
- programas educativos en salud mental, dirigidos específicamente a los diferentes grupos de edad;
- regionalización y priorización de áreas y grupos con base en diagnósticos regionales;

- aplicación de enfoque intercultural e histórico-cultural para avanzar en la construcción de conocimientos integrados;
- búsqueda de mecanismos de acción comunitaria intersectorial;
- promoción de la conciencia social para identificar problemas, plantear soluciones y tomar decisiones contextualizadas;
- formación de recursos humanos, y
- rescate y sistematización de experiencias.

Brasil - *Fundación Nacional del Indígena, Sergio Silva*

Presencia indígena

En Brasil existe una población indígena de cerca de 350 mil personas, pertenecientes a 215 etnias. Estos pueblos son muy diversos y varios de ellos viven en el aislamiento. El 10% del territorio nacional es de su propiedad, pero se encuentra sujeto a la explotación y al saqueo de sus recursos. Hay además territorios indígenas compartidos entre países. Existe una explotación laboral ligada a los procesos de integración del indígena en la sociedad mestiza. La tutela del Estado se ha establecido hasta en los textos constitucionales.

Asimismo hay evidencias de discriminación en la asignación de recursos. La problemática de la salud mental está definida en las poblaciones indígenas en función de sus prácticas religioso-espirituales tradicionales.

Modelo de atención a la salud mental

El Estado brasileño no se ha comprometido en la atención a los enfermos mentales en la población indígena. Por otra parte, cabe señalar que los terapeutas indígenas conciben de diferente manera las dolencias, que a los ojos del Estado, requieren de “reclusión” como remedio, ya que siempre la atención que aquellos prestan está más ligada a métodos espirituales. A pesar de que existe alcoholismo en la mayoría de comunidades indígenas, éste, ni el robo, ni el homicidio, son problemas principales. El hambre, el desamparo y la invasión de sus tierras son sus principales problemas, los cuales son el resultado de un proceso de desestructuración social y explotación económica acompañada de violencia, hacen necesario establecer programas de capacitación para fomentar sistemas estables de trabajo y continuidad cultural.

Si revisamos el problema del alcoholismo, podemos afirmar que anteriormente las bebidas alcohólicas eran preparadas en las propias comunidades para celebraciones específicas, en ambiente comunitario y con control social. El consumo del alcohol era una ocasión para reiterar el respeto al consejo que daban los ancianos. Ahora existen influencias externas, particularmente la propaganda, que promueve fuertemente el consumo, lo que ha ocasionado la

pérdida del orden y el respeto en las celebraciones tradicionales. No se han puesto en marcha programas educativos, ni se ha promovido la investigación científica orientados a solucionar el problema del alcoholismo. Por otra parte, los legisladores no han prestado atención al problema ni se han ocupado de dar seguimiento a la problemática asociada al consumo de alcohol.

Existe en las comunidades un fuerte problema de violencia relacionado con la explotación externa de recursos naturales y el proceso de cambio y destrucción cultural, factores fuertemente asociados con el abuso de alcohol y la desmoralización, particularmente en jóvenes.

Otro problema de salud mental de importancia singular es el del suicidio, cuyas tasas son muy altas en los grupos indígenas. Este es un problema que ha cobrado especial relevancia en la población juvenil, vinculado a la desorganización por contacto cultural y explotación.

Conviene señalar que los procesos de cambio no influyen igualmente en todos los grupos, y que el suicidio y la anomía no es un resultado obligado en todos ellos. De acuerdo a la visión guaraní de la enfermedad, ésta es fundamentalmente un proceso grupal y no individual, por ende, es necesario explicitar otros factores para profundizar la relación entre contacto y cambio social en los procesos de aculturación. Por otra parte, la relación con la mitología o visión cosmológica en cuanto al destino del hombre, provee un marco importante de interpretación del suicidio y sus condicionantes.

Se proponen cuatro enfoques fundamentales para enfrentar esta problemática:

1. Promover un programa escolar educativo -patrocinado por el estado y la iglesia- para combatir la propaganda y prevenir el alcoholismo,
2. combatir la propaganda de bebidas alcohólicas en los medios de comunicación masivos, mediante acciones emprendidas por las Naciones Unidas a instancias de la Organización Mundial de la Salud,
3. desarrollar un programa integral de salud, educación y trabajo, adecuado a las diversas culturas y con autonomía de gestión, y
5. rescatar y revalorizar las prácticas tradicionales.

Chile

Población Indígena

Existen ocho pueblos en zonas limítrofes del norte y sur del país. Según el Censo de 1992 las etnias están compuestas por 1 millón de personas mayores de 14 años, correspondientes al 10% del total del país, quienes viven en condiciones de pobreza.

Modelo de Atención a la Salud Mental

La población indígena es víctima del empobrecimiento, del deterioro ambiental y de la falta de tierras, factores de riesgo para su salud y particularmente su salud mental. Otro problema que influye sobre la salud mental del indígena es la migración, que trae consigo desarticulación social y comunitaria.

La población indígena tiene sus conceptos propios de salud-enfermedad. El desconocimiento de estos conceptos, dificulta la gestión de los equipos oficiales de salud que, formados mayoritariamente bajo el enfoque biomédico, carecen de metodologías para trabajar en contextos de diversidad cultural. De esta manera, la prestación de servicios por estos equipos requiere el apoyo de nuevas estrategias de corte intercultural, basadas en el cultivo de relaciones recíprocas de prácticas y conocimientos.

Las directrices orientadoras para un trabajo en salud mental adecuado y adaptado al contexto en que se brinda la atención son:

1. Contribuir al mejoramiento de condiciones de vida en general, considerando la cosmovisión propia de los pueblos indígenas y su organización social como fundamento para la elaboración de los planes;
2. impulsar trabajos coordinados, en el que participen todos los involucrados, favoreciéndose así los enfoques interculturales, y
3. adoptar modelos articulados, basados en el respeto al conocimiento y capacidades de los indígenas y en la participación de éstos.

Se plantean como estrategias:

- a. Desarrollo de actividades dirigidas específicamente a los pueblos indígenas;
- b. apoyo a procesos de autogestión;
- c. cambios en la formación de los profesionales;
- d. establecimiento de sistemas de información desagregada;
- e. participación de la propia población indígena en todas las fases del proceso, y
- f. definición conjunta de los contenidos.

El planteamiento de la interculturalidad en salud requiere partir de un concepto de relaciones respetuosas orientadas a la equidad, donde el paradigma de acción se genere a partir del encuentro y del respeto a las diferencias. El desafío, en consecuencia, es lograr la mejoría de salud de todos los pobladores del país mediante la integración de esfuerzos.

La visión mapuche del mundo es de una totalidad, con fuerzas protectoras y dañinas. A este panorama se han incorporado nuevos conceptos por influencia europea, tales como el de agentes agresores infecciosos. La diferencia presente en el campo conceptual requiere que se cuente con una visión comunitaria. Para ello, es necesaria la interacción de profesionales que trabajan en las comunidades en las diferentes áreas. El objetivo inicial de su gestión sería lograr

un diagnóstico situacional y a partir de él, establecer prioridades, elaborar programas y practicar evaluaciones.

Ecuador - Dr. Nelson Samaniego, Dr. Ménthor Sánchez y Sr. Francisco Licuy

Presencia indígena

Existen tres millones de indígenas que viven tanto en el área rural (dos millones) como en la urbana (un millón). Representan el 26% de los doce millones de habitantes que tiene el país. La tasa de analfabetismo en el medio rural es de 10% y la de deserción escolar, 34%. Los problemas de salud que afectan a la población se han intensificado con el rebrote de enfermedades infecciosas: cólera, dengue, malaria, tuberculosis. Entre las principales causas de mortalidad en las zonas indígenas están las enfermedades infectocontagiosas, especialmente neumonía, bronquitis, tuberculosis y sarampión. Estas condiciones son agravadas por los efectos de los programas de ajuste y la fuerte transferencia de recursos que inciden sobre los de niveles de vida y la prevalencia de la violencia.

La población indígena enfrenta importantes problemas asociados con los procesos de migración y cambio social ligados a la pobreza y la discriminación. En este sector de la población, las condiciones de vida se ven agravadas por la alta mortalidad y la desnutrición generalizada que la aflige. La atención a la problemática de salud de la población indígena enfrenta problemas derivados de la discrepancia entre las prácticas médicas tradicionales y las occidentales, y sus diferencias en lo concerniente a sus relaciones con la comunidad, su costo, prestigio y legalidad. Vale notar, que en tanto que la medicina occidental orienta sus acciones hacia los problemas individuales, las prácticas tradicionales mantienen una orientación preventiva grupal. Por otra parte, es de señalar que los problemas que se suscitan en las relaciones entre las comunidades indígenas y el Estado, afectan la relación de la medicina oficial con la medicina tradicional.

Atención a la salud mental

La incorporación de los problemas mentales en el formulario de denuncia de morbilidad atendida por los servicios médicos, ha permitido establecer la importancia de los trastornos depresivos, suicidio, alcoholismo, violencia y psicosis en la población en general. Actualmente se dispone de las tasas de morbilidad atendida por 100,000 habitantes para los años 1994, 1995 y 1996, basada en los informes de los servicios de salud (sin incluir los hospitales psiquiátricos), que demuestran la importancia de esta problemática.

Guatemala - Lic. Elba Villatoro, Sra. Sonia Morales y Sr. Constantino Zapeta

Presencia indígena

Guatemala cuenta con una población de 9.2 millones, de los cuales el 62% vive en áreas rurales (98% en comunidades de menos de dos mil habitantes). Entre el 60% y el 65% de la población es indígena o pertenece a uno de los veinte pueblos indígenas existentes, la mayoría de origen maya. La población indígena se caracteriza por la pobreza, el analfabetismo y las altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil y enfermedades transmisibles.

Atención de la salud mental

Los problemas de salud de la población indígena se relacionan con el modelo histórico de desarrollo económico basado en la explotación laboral y vinculado con el etnocidio, la discriminación y la guerra interna. Dentro de Guatemala, estas situaciones han afectado fundamentalmente a los pueblos indígenas. Con una guerra que duró casi 40 años y que alcanzó en momentos la represión masiva, la población vio violados sus derechos humanos, entre ellos los derechos a la vida y a la identidad cultural. El fin de la guerra y la firma de los Acuerdos de Paz, en particular el Acuerdo Sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, abren un espacio para la recuperación y el respeto de los derechos humanos y la identidad indígena.

Entre las iniciativas más salientes está la que promueve el desarrollo de acciones dirigidas al tratamiento y recuperación de la población infantil y de adultos indígenas. Por otra parte, el proceso de integración de combatientes plantea la necesidad de establecer programas de salud integral, en los que la promoción y recuperación de la salud mental sea un componente primordial. Tal estrategia forma parte del proceso de reconciliación, basado en el reconocimiento de la legitimidad del conflicto ante la falta de alternativas para la resolución de su problemática de origen. En el proceso de tránsito de la lucha armada a la lucha política se sugiere desarrollar talleres de reflexión en grupo sobre el cambio de estilo de vida y la integración de las experiencias individuales. Además, se están buscando alternativas para reestructurar el tejido social y cultural en donde prevalezca el bienestar comunitario. A la vez, se necesita generar nuevas alternativas de organización comunitaria para la vida civil.

La consideración de la problemática de salud mental debe partir del análisis de las condiciones de alta mortalidad, conflicto comunal y nacional, falta de recursos y marginación de los pueblos indígenas. Dentro de los problemas de mayor importancia está la falta de apoyo a la preservación de las bases de conocimientos tradicionales de la medicina indígena, los problemas de educación de esta población, y la carencia de capacidades propias para preservar sus prácticas. Dentro de estas prácticas se destacan: el conocimiento del rezador o sacerdote maya, de los 20 días del calendario maya y sus reglamentos, así como el conocimiento de las comadronas, encargadas de controlar el embarazo y el parto, el uso del calendario para los baños y la administración de plantas medicinales.

Las carencias en salud se relacionan con los problemas de cumplimiento de los Acuerdos de Paz en los rubros de identidad y cultura indígena, reflejados en la falta de uso de los idiomas

mayas en las escuelas, la falta de apoyo para los sistemas tradicionales de cultivo basados en el maíz, la discriminación de mujeres y niños en la atención en salud, la elección de autoridades sin capacidad para comprender problemas o movilizar recursos de las comunidades, y la promoción del cambio de religión, a menudo apoyada con amenazas e incluso con violencia frente a las prácticas tradicionales.

Dentro del sistema tradicional indígena se reconocen las enfermedades mentales y trastornos como las alteraciones de la memoria, insomnio y epilepsia, entre otras. Estos trastornos se han visto exacerbados por los problemas psicosociales vinculados a la invasión de los territorios indígenas, el conflicto armado y la desvalorización de la cultura propia. La prevalencia de estas condiciones se relaciona también con los problemas de la atención de la salud durante el conflicto. En ese período, los centros de salud se identificaron como un recurso ligado a la represión del Estado hacia las comunidades, por lo que su utilización se vio limitada. Cabe notar que las malas condiciones de salud y la incomunicación de las comunidades indígenas, ligadas a la situación de conflicto, causaron una pérdida de conocimientos y capacidades autónomas y promovieron el consumo de alcohol y drogas. Ante estos procesos, es necesario recuperar los recursos curativos tradicionales, como el uso de las plantas medicinales, la práctica de ceremonias religiosas, el *temascal* y los productos animales, basados en el conocimiento de los sitios y recursos sagrados de los pueblos indígenas. A la vez, es necesario asegurar la viabilidad y las bases económicas de los sistemas productivos tradicionales de los pueblos indígenas.

Recientemente se han hecho esfuerzos para desarrollar un programa nacional de salud mental, destacándose la organización de un comité interinstitucional de salud mental. Este comité promueve la integración de esfuerzos de instituciones de salud, organismos no-gubernamentales, grupos académicos y representantes comunitarios.

México - Dr. Gustavo Baz, Dr. Gonzalo Solís y Sr. Marcelino Chan Evan

Presencia indígena

La nación mexicana está conformada por poco más de 91 millones de personas, de los cuales 10 millones (alrededor de 11%) son considerados indígenas, pertenecientes a 62 grupos étnicos, que viven en más de dos mil comunidades. Más del 30% de esta población es analfabeta (tres veces más que el promedio nacional). Las diez principales causas de morbilidad en estos grupos son de origen infeccioso, con fuerte impacto en la mortalidad. Entre los factores que inciden sobre la situación mencionada está la falta de servicios públicos, en particular los de salud, la falta de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y el fuerte consumo de alcohol.

Atención a la salud mental

El planteamiento de desarrollo de un programa de salud mental para la población indígena requiere la definición de estrategias claras, animadas de humanitarismo y sensibilizadas culturalmente frente a las necesidades de esa población. Al elaborar las estrategias citadas, se deberá tener en cuenta que la salud mental de la población indígena está ligada a la preservación de la identidad étnica, la viabilidad de las formas tradicionales de organización social y la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales. Al mismo tiempo, se debe tener conciencia que estas dimensiones se están transformando de manera rápida en la población indígena.

El desarrollo de un programa nacional de salud mental se enfrenta a los problemas derivados del tipo de vinculación existente entre las comunidades indígenas y al sistema institucional de salud. También es necesario superar la falta de interés en el estudio de los conceptos, creencias y prácticas de los terapeutas tradicionales, situación ligada a la hegemonía médica occidental en los sistemas de salud.

Se debe de considerar el proceso organizativo de la práctica médica indígena y su participación en los niveles local, regional y nacional. En el caso de México, la ley y reglamentos de salud reconocen la presencia de la medicina tradicional, lo que ha permitido establecer espacios para la presencia e interacción entre la medicina tradicional y los recursos institucionales de salud.

En resumen, el desarrollo de una iniciativa en colaboración con los pueblos indígenas, requiere de un marco conceptual de la salud mental adecuado a sus sistemas culturales. A la vez, se debe propiciar el análisis de los procesos de cambio social para definir factores de riesgo y estrategias de atención. Dentro de las acciones a desarrollar se debe incluir el fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales y la formulación de políticas que garanticen libertad de elección y respeto cultural.

Nicaragua - Sra. Alta Hooker

Presencia indígena

La Región Atlántica nicaragüense -lugar en que residen la mayoría de los pueblos indígenas- abarca el 56% del territorio nacional. Ahí los indígenas (miskitos y sumu-mayagna), que representan un 4.7% de la población total del país, viven al amparo de un modelo autónomo legal.

Atención de la salud mental

El desarrollo de un modelo de atención de la salud mental de las poblaciones indígenas, debe tener en cuenta la dominación que ejercen las instituciones médicas sobre los recursos tradicionales de salud, principal recurso de esas poblaciones. Su desarrollo requiere de una clara definición del proceso de descentralización de la toma de decisiones, a fin de establecer un

proceso viable de identificación de necesidades y problemas a nivel comunitario. A estos fines cabe señalar que el estado de salud es un reflejo del grado de desarrollo social y espiritual de la población, y de que la salud mental es un resultado de la coherencia entre las expectativas de la población y su realidad social.

El desarrollo de un modelo de atención de la salud mental propio de las comunidades indígenas, debe asumir desde un principio un enfoque integral, basado en los principios de participación social sistemática, rehabilitación cultural, interacción gobierno-actores sociales y acceso de grupos marginados. Su objetivo primordial debe ser elevar a niveles óptimos el estado de salud de la población mediante el fortalecimiento de la atención, dirigida específicamente a satisfacer las diversas necesidades de salud de estos grupos humanos. A tales efectos, se hace evidente la necesidad de priorizar los grupos vulnerables, atender los problemas sanitarios más perentorios y reforzar la atención de la salud en el seno de las comunidades.

Dentro de las estrategias de implementación es necesario que se incluya el fortalecimiento de la atención primaria, respaldado por una mayor atención hospitalaria en el nivel secundario, y la promoción de nuevas modalidades de gestión basada en la participación comunitaria, y la relación con las políticas de protección del medio ambiente, particularmente importantes para los grupos indígenas.

En el caso de Nicaragua se destaca el establecimiento de un Centro modelo orientado a la atención de jóvenes con problemas de drogas y SIDA. Este Centro sigue un modelo de autoayuda e integra los recursos comunitarios.

Por último, se debe de considerar el papel de la información orientada a la autonomía y autogestión para fortalecer la identidad y autoestima, como componentes fundamentales de la salud mental, y la necesidad de evaluar la operación de los programas.

Perú - Dr. Jorge Castro Morales

Presencia indígena

Perú es un país mayoritariamente amazónico, ya que la selva alta y baja ocupan el 73% del territorio nacional. Además de los pueblos indígenas de la sierra y el altiplano peruano, los sesenta pueblos indígenas selváticos que viven en el país abarcan más de 500 mil habitantes, organizados en 1400 comunidades. Los indígenas amazónicos (300 mil habitantes) ocupan el 37% del territorio nacional. En la selva central viven los asháninka y los matsiguenga.

Modelo de atención a la salud mental

Hay tres ejes centrales en los que se pueden inscribir los principales problemas de salud mental que afectan a la población indígena:

- La autoestima agredida por una sociedad aún “colonizadora”;

- el rendimiento escolar muy bajo, condicionado por la baja autoestima y un sistema educativo marginante, y
- la violencia política, militar y social de que es víctima.

Estos aspectos se ven incrementados por las políticas de privatización de las tierras comunales indígenas y sus recursos, por la marginación educativa y de la atención de salud y por la deplorable situación de los refugiados indígenas amazónicos, agravada por la expropiación de sus tierras abandonadas. En el desarrollo de un modelo de atención en salud mental se plantean cinco aspectos problemáticos que es preciso abordar:

- la modernidad excluyente y privatizadora a que se ven expuestos, que no respeta la pluralidad;
- el carácter dinámico de la organización de los indígenas,
- la naturaleza de los programas educativos que se ofrecen; es menester promover que la educación intercultural no “castellanice”, sino que apoye en la recuperación de las identidades, la creatividad y el razonamiento intelectual en términos lingüísticos y culturales propios, y
- el estado precario de la salud de la población indígena, en particular de la niñez, afectada en un 70% por desnutrición crónica. La situación de la atención de la salud se ve agravada por la discriminación que se hace de los sistemas tradicionales de atención. En este orden de ideas, es necesario que el Estado, y particularmente el ministerio de salud, valore la organización propia de los indígenas.

Para atender esta problemática es necesario instrumentalizar el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, particularmente en los aspectos que atañen directamente a la salud mental. Estos incluyen la preservación de la conciencia de la identidad propia y la conservación de sus instituciones y servicios de educación y salud, de forma tal que los ofrecidos oficialmente estén acordes con la cultura local, faciliten la preservación de la lengua, y estén en manos de los propios indígenas.

Dentro de los esfuerzos realizados en resguardo de la salud de las comunidades indígenas se destaca el trabajo del Consejo Aguaruna y Huambiza. Basándose en el diagnóstico realizado por el grupo, éste afirma que los principales problemas de salud que afectan a la población son la desnutrición y la anemia, seguidas de las infecciones respiratorias y diarreas, las parasitosis, tuberculosis y enfermedades de alta frecuencia en la población, como la malaria, meningitis, hepatitis, fiebre amarilla y rabia. Desde 1995 el Consejo ha emprendido labores de capacitación con el apoyo de UNICEF, y ha reforzado las áreas de inmunización, educación y suministro de medicinas, así como la organización comunitaria. Con base en su experiencia, el Consejo se ha propuesto:

- complementar las medicinas occidental e indígena mediante la capacitación en el uso de plantas medicinales;
- seguir en la capacitación de los “sanitarios” (promotores locales) a partir de su propia acción;
- desarrollar la participación comunitaria;
- mejorar la vacunación con el apoyo de un programa de educación de la población;
- priorizar la distribución de vitamina A, antiparasitarios y aceite yodado, y
- facilitar el acceso a las medicinas, promoviendo la mayor eficiencia y mejor dotación de los botiquines.

Otra área de particular importancia es la violencia contra la mujer. La problemática de salud ligada a la violencia se acentúa por los obstáculos y circunstancias adversas asociados con la búsqueda de ayuda y la denuncia legal. Esta problemática se caracteriza por la falta de eficiencia en las intervenciones y un efecto nocivo de las autoridades en su atención.

En el campo de la atención a la salud mental en la población indígena, destaca el modelo alternativo del Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino (PSCTA). Este programa ha buscado generar cambios en los agentes occidentales de salud y desarrollar nuevas estrategias de intervención comunitaria. Estas estrategias han puesto énfasis en la atención primaria integral, en contraste con las estrategias tradicionales de atención; en el desarrollo de una visión propia de la salud mental orientada a fortalecer el poder local, en contraste con el poder del sistema médico hegemónico; en la prevención y el uso de metodologías de educación popular con impacto en los contenidos y estructura del problema. Los temas prioritarios en el campo de la salud mental han sido el consumo de alcohol, la violencia intrafamiliar infantil y de la mujer, el deficiente rendimiento escolar, la desesperanza, baja autoestima y desmoralización.

ANEXO B: COMENTARIOS A LOS INFORMES DE PAÍS

Se señaló la necesidad de brindar atención particular a las poblaciones que viven en áreas afectadas por la guerra, incluyendo la atención y rehabilitación de combatientes y heridos y la asignación de prioridad a la asistencia en las zonas directamente afectadas por los conflictos. Se recalcó la importancia de considerar el impacto que tienen en la población indígena los procesos de pacificación, indicándose que éstos deben incluir acuerdos sobre la preservación de la identidad e integridad culturales, como medida de establecimiento explícito de los derechos indígenas.

Se comentaron también los problemas con que se enfrenta la atención a la salud por parte del Estado, cuyas deficiencias limitan su acción. A lo anterior se suma el desprecio o ignorancia de los conocimientos y prácticas de los terapeutas indígenas, que no son utilizados como una alternativa para la atención de las necesidades de la población. En este sentido se comentó la experiencia de hospitales mixtos en México, donde la atención es prestada tanto por los terapeutas tradicionales como por médicos practicantes de la medicina occidental.

En estas experiencias se han presentado problemas derivados de la singular relación entre la institución y los practicantes de medicina tradicional. Por ejemplo, han surgido dificultades para enfrentar las opciones de tratamiento, habiéndose observado una preferencia institucional ligada a su mayor poder cultural. Estas experiencias han puesto de manifiesto la necesidad de establecer una buena interacción en el nivel primario de atención y no necesariamente entre especialistas. La integración en el nivel primario se puede favorecer mediante la ejecución de actividades conjuntas dirigidas a dar respuesta a las necesidades comunitarias a cuyo fin se recomienda la capacitación conjunta de promotores de salud. En estos esfuerzos se debe hacer hincapié en el destierro de prácticas de discriminación de la población indígena, ligadas a estereotipos basados en su condición de pobreza y marginación.

Otros factores psicosociales que inciden directamente en la salud mental de la población indígena son los procesos de migración y cambio en sus sistemas de vida. Igualmente importantes son los procesos de sincretismo cultural, que es preciso estudiar con detenimiento e identificar sus aspectos positivos para la integración de las distintas etnias.

En la atención de las necesidades de la población indígena se debe considerar la presencia de recursos autóctonos; ésto realza la importancia de considerar la situación de legalidad de las prácticas tradicionales. En el apoyo y reconocimiento de estas prácticas se deben evitar los trámites burocráticos excesivos, a menudo sujetos a criterios arbitrarios.

Se señaló la necesidad de una definición de salud mental que trascienda las dimensiones de pobreza y marginación; su conceptualización debe incorporar a la población indígena como instancia relevante y su operacionalización debe apoyarse en equipos multidisciplinarios, capaces de abordar a la salud mental desde una perspectiva propia. A estos fines es necesario clarificar la relación entre carencias de servicios y la necesidad emergente de autonomía para mantener capacidades propias.

Se señaló también la necesidad de adaptar un enfoque intercultural en salud mental como base del respeto y la reciprocidad entre los distintos sectores de la población. En este aspecto, se hizo el cuestionamiento de quiénes son los que establecen los criterios referentes a los factores de desorganización social que afectan la salud mental. Un ejemplo demostrativo de este cuestionamiento se basa en la explicación que dan los medios de comunicación social sobre las causas de suicidio entre los guaraní, que ni siquiera es aceptada por ellos. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de tomar en cuenta la cosmovisión en la vida actual de los pueblos indígenas. Al mismo tiempo, pone de relieve la necesidad del intercambio entre pueblos de la Región para que así fortalezcan la visión del mundo indígena, donde los terapeutas tradicionales y los ancianos son base de los recursos espirituales comunitarios.

La mejoría de la calidad de vida debe de ser uno de los objetivos primordiales de la promoción de salud mental. Ello pone de relieve la necesidad de integrar la salud mental en el fomento del desarrollo humano, como base para la atención de los problemas sociales. A tal fin, se ha de partir de formas de organización legitimadas que impulsen las prácticas tradicionales. Las acciones de atención de la salud mental también deben destacar la preservación de la identidad y la cultura, y la satisfacción en el trabajo entre sus elementos fundamentales. Se plantea que las alternativas deben estar basadas en la comunidad y sus procesos como garantía de integración y base para su eficiencia.

Para el logro de cualquier objetivo relacionado a la salud mental es necesario considerar los conflictos y agresores internos y no sólo los externos. No obstante, se insiste en la predominancia de factores externos, particularmente en conflictos por la tierra. De la misma manera no se debe olvidar el derecho a un sueldo justo para la familia y precios justos a los productos de la actividad campesina.

Terapeutas indígenas de Bolivia. SOBOMETRA. *Dr. Alvarez*

SOBOMETRA es una agrupación que incluye a 6.240 practicantes de la medicina indígena, principalmente parteras. En 1982 se creó el Hospital Aymará. Su experiencia ha puesto de manifiesto la factibilidad de integrar medicinas indígenas andinas y occidental. No obstante, el grupo no cuenta con apoyo gubernamental y es víctima de discriminación racial y cultural. Los terapeutas indígenas poseen una visión naturalista de la relación entre el individuo y su entorno (animales y la tierra); explican que todas las enfermedades tienen un componente psicológico y afectan a toda la familia y la comunidad, así como también tienen relación con la alimentación y sostienen que todas las plantas sirven como medicamentos.

SOBOMETRA considera que los siguientes puntos tienen incidencia en las alteraciones de la salud mental:

- a. Falta de respeto y de preservación de las lenguas locales;
- b. invasión de territorios y depredación del medio ambiente;
- c. falta de respeto al territorio y cultura;
- d. ingerencia en el tratamiento de enfermedades e introducción de costumbres nocivas por parte de los “civilizados”;

- e. falta de comprensión y apoyo al concepto de salud de los indígenas, basada en una visión de “conjunto de familia”, e
- f. incoherencia en los programas oficiales que no están acordes con la idiosincrasia de cada cultura.

1. Introducción

Las personas participantes en el Taller sobre Programas y Servicios de Salud Mental en las Poblaciones Indígenas se constituyeron en cuatro grupos de trabajo, cuyas discusiones se orientaron al análisis de los siguientes temas con base a las cuales formularon un conjunto de recomendaciones:

- Generación de recomendaciones operativas en los siguientes tópicos:
 - modelos de organización de la atención en salud mental, con incorporación del sistema tradicional de salud, y
 - definición de políticas públicas de salud para ejecución, por los países, la OPS y la OMS.

- Recomendaciones en cuanto a la formación de personal competente para los programas de salud mental:
 - papel de las instituciones formadoras de recursos humanos;
 - acciones de colaboración intra e inter país;
 - generación de información para la capacitación, definición de información relevante y necesaria para la formación, y
 - formas de coordinación en la capacitación entre sectores tradicionales e institucionales de salud.

- Definición de contenido, estrategias y responsables para un plan mínimo de acción en 1997-1998
 - papel de los ministerios de salud;
 - papel de las comunidades indígenas;
 - papel de los profesionales de la salud mental, y
 - papel de las universidades e institutos de investigación.

- Actividades necesarias para dar visibilidad al tema de salud mental en las poblaciones indígenas e inclusión en la agenda pública y profesional de estas comunidades.

Al final de las discusiones en grupo se redactaron los informes respectivos que fueron presentados en sesión plenaria y sirvieron de base para las recomendaciones del taller.

2. Modelos de organización de la atención en salud mental incorporando el sistema tradicional

2.1 *Características del modelo*

Hubo consenso en que el modelo de atención de la salud mental de las poblaciones indígenas debe estar provisto de cualidades que aseguren su flexibilidad, permitiendo su

adaptación a los diferentes pueblos. Al mismo tiempo, deberá estar orientado hacia la acción, de tal forma que se facilite su aplicación inmediata en distintos sistemas locales. El modelo de salud mental, en tanto es parte del modelo global de salud, tiene como objetivo final la salud integral de la población, y deberá distinguirse por su enfoque comunitario y participativo, en el que se integren la medicina occidental y la medicina tradicional, evitando la contraposición de ambos sistemas.

El modelo que se adapte debe tener una base realista, y en consecuencia, debe tener en consideración las situaciones imperantes de América Latina, poniendo énfasis en la adecuación a las situaciones locales, y asignando prioridad a las acciones de prevención dirigidas a combatir riesgos específicos existentes.

El modelo que se proponga deberá tener en consideración la relación existente entre salud mental y desarrollo, especialmente desarrollo local, y deberá tener siempre presente la viabilidad social de las acciones que proponga. Con este fin se deberá asignar importancia singular a los programas de capacitación, basados en la evaluación de necesidades.

Asímismo, el modelo debe considerar las barreras que se oponen a la medicina tradicional y favorecer una mayor comprensión y utilización de la misma por los programas de formación académica que están dominados por una visión predominantemente biomédica. También habrá de tomarse en cuenta, al elaborar el modelo, la existencia de algunos conflictos entre algunas etnias y entre terapeutas indígenas, en ocasiones basados en diferentes concepciones de la salud en general y de la salud mental.

Otro factor que deberá tenerse presente, es el impacto que tiene en la población el proceso de desarrollo imperante en la Región, que incide sobre la salud mental. Los movimientos migratorios hacia los medios urbanos que el desarrollo induce, y sumado a éstos, la problemática de la población desplazada, afectan la esencia de las identidades colectivas, deterioran sus recursos y favorecen la exposición a riesgos nuevos, entre ellos los asociados con la violencia y la discriminación.

Es evidente la inequidad existente en la prestación de los servicios públicos de salud. Igualmente se puede constatar la naturaleza de las relaciones existentes entre el sistema oficial de salud y el tradicional, y la incapacidad de la medicina académica para satisfacer las necesidades de salud de la población. Ante esta situación se hace evidente la necesidad de plantear la articulación y coordinación de los dos sistemas. No obstante, cabe señalar que no se trata de una mera incorporación del sistema tradicional al oficial. Se trata más bien de una labor conjunta que permita brindar atención, de la que salud mental será un componente importante, en forma equitativa, dentro de un clima de respeto a los derechos humanos de los pacientes, sus familias y la comunidad. A estos fines, es preciso que las definiciones estatales de la atención de la salud se modifiquen, de manera que incluyan tanto los sistemas institucionales como los tradicionales.

El proceso de integración podría facilitarse adoptando ciertas medidas, entre otras, la asignación de médicos tradicionales a instituciones de salud, el uso de plantas medicinales en el sistema de atención, y la incorporación de síndromes culturales en las nosologías.

El modelo deberá considerar la ejecución de acciones integrales de salud comunitaria, particularmente en los ámbitos educativo y laboral, enfocadas dentro de un contexto político y económico. Este planteamiento también debe ser considerado por iglesias y grupos religiosos, así como por las organizaciones sociales de ingerencia regional.

2.2 *Estrategias*

El modelo debe adoptar estrategias dirigidas a la regionalización de la atención, favoreciendo la descentralización de los servicios. Debe promover la participación de la comunidad en la planificación, gestión y evaluación de los programas, y debe tener un importante componente de capacitación de recursos humanos tanto institucionales como comunitarios. La atención se brindará por niveles: el primero estará basado en los recursos comunitarios y tradicionales, que por su naturaleza tendrán un cierto grado de dispersión, y el segundo, más especializado. Este tendrá las siguientes características: un sistema de información que retroalimente el modelo, con flexibilidad para adaptarse a demandas locales y para articular prácticas alternativas. El modelo deberá poseer infraestructura adecuada y personal capacitado, así como contar con el presupuesto necesario que le permita ofrecer atención de calidad, sin discriminación. El modelo debe estar basado en una estructura acorde a sus objetivos, disponer de sustento político, contar con normas y procedimientos específicos y estar orientado a la sustentabilidad.

Se plantea también aprovechar y enriquecer el modelo con contribuciones académicas (v.gr. antropología, sociología, psicología y medicina), en continuo diálogo con las comunidades. Uno de los mecanismos puede ser el integrar la formación de prestadores de servicio y de tomadores de decisión, así como la investigación de procesos comunitarios. Otro mecanismo puede ser asegurar el apoyo de recursos especializados, tanto locales como nacionales, orientados a la salud mental.

Es importante reconocer la fortaleza que tienen las organizaciones locales como base para la gestión. Por lo mismo, se hace necesario establecer bases comunes de interacción mediante procesos de planeación conjunta, en los que se respeten las diferencias culturales de los indígenas y sus cosmovisiones, y no se promueva la pérdida de su identidad étnica como base de la inserción social. Se debe procurar la adaptación de los servicios de salud a las condiciones de la población indígena, prestando atención a los problemas de comunicación, uso de lenguaje, formas de interacción en la atención, esquema corporal y pudor.

2.3 *Participación y formación comunitarias*

Los modelos deben considerar objetivos de interculturalidad y participación. La participación comunitaria es fundamental en distintos aspectos y niveles, desde la planeación, toma de decisión y ejecución, hasta la evaluación. Otro aspecto fundamental es la formación de recursos humanos. Es fundamental dar importancia a los procesos de preparación de recursos locales basados en políticas dirigidas a establecer bases de respeto para la interacción cultural e institucional. Es menester que exista además una enseñanza en salud, en la que las técnicas para

la prevención que se usen consideren las condiciones locales. La formación debe ser un proceso vinculado a la comunidad, basada en procesos de investigación-acción participativa.

2.4 *Políticas públicas de salud*

Es necesario redefinir los sistemas de salud de acuerdo a principios de equidad, derechos humanos, calidad y calidez en la prestación de los servicios. Se requieren intervenciones estatales congruentes, para revertir injusticias en aspectos vinculados a otras áreas políticas como: tierra, apoyo técnico, servicios de educación, cultura, administración de justicia, comunicación.

Debe darse reconocimiento equitativo a nosologías de filiación cultural junto a la nosología médica y a la necesidad de otorgar atención en el idioma propio. El Estado debe incluir el tema indígena en todos los procesos de formación en salud para construir interculturalidad en salud.

3. **Formación de personal competente para los programas de salud mental**

Las discusiones en grupo sobre formación de personal versaron sobre el papel que corresponde a las instituciones capacitadoras, la colaboración en y entre los países, la información necesaria para la capacitación, y la coordinación que se necesita establecer entre los sectores tradicionales y las instituciones oficiales de salud.

3.1 *Papel de las instituciones formadoras de recursos humanos*

El examen del papel que le corresponde desarrollar a las entidades formadoras de recursos humanos se concentró en los siguientes puntos:

- promoción del proceso de enseñanza-aprendizaje para generar bases de contenidos fundamentados en el saber y la práctica locales;
- reforma de los programas de formación en salud, teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas del indígena en materias de salud;
- integración de los conocimientos indígenas en la enseñanza formal en distintos niveles;
- promoción de bases de conocimiento locales;
- cambio de perspectiva de los prestadores de servicios de salud, con el fin de que éstos desarrollen su iniciativa y no se limiten a dar una respuesta en casos de enfermedad;
- garantía de la presencia de especialistas que brinden apoyo a los niveles básicos del sistema de salud;
- capacitación coherente con el modelo de salud propuesto, y
- formación de grupos organizados de la comunidad

3.2 *Acciones de colaboración intra e internacional*

- provisión de espacios para el intercambio de experiencias;
- revisión e intercambio de experiencias y conocimientos entre promotores de salud, médicos indígenas y agentes de la medicina oficial;
- establecimiento de instancias coordinadoras formales en el plano internacional;
- grupo de coordinación Estado/OMS/comunidad indígena;
- creación del Consejo Americano de Medicina Tradicional, y
- participación en congresos internacionales con el apoyo de OPS/OMS, en los que se discutan temas congruentes con el modelo propuesto.

3.3 *Generación de información para la capacitación y definición de información relevante y necesaria para la formación*

3.3.1 *Generación de información:*

Levantamiento de un catastro de los recursos con que cuenta la comunidad: conocimientos, tecnologías y resultados. Generación de base de datos interculturales y bilingües.

Entre los instrumentos para la generación de información se citaron:

- investigación/acción participativa;
- educación popular y continua, y
- métodos y técnicas propias de la comunidad.

3.3.2 *Información relevante para la formación:*

Entre los elementos más significativos se mencionaron:

A nivel programático:

- definición del sujeto de la capacitación: sector, miembros de la comunidad, médicos locales, terapeutas indígenas experimentados, etc.;
- definición de áreas de conocimiento que requieren apoyo;
- definición de contenidos en relación con los ejes del programa de salud mental;
- delimitación y definición de los espacios y ámbitos de la educación;
- redefinición de la salud mental para establecer concepto común;
- diferenciación entre conocimiento e información, y
- definición de contenidos basados en el saber médico indígena y en las necesidades reales de la comunidad.

A nivel comunitario:

- diagnósticos de las diferencias entre los sectores de población y los agentes de salud que les sirven;
- evaluación de la situación económica en cuanto hace viable la práctica comunitaria;

- determinación del efecto que tiene la disminución del status del terapeuta indígena en la implementación del enfoque comunitario, y
- utilización de las características y elementos de la cultura local en respaldo del proceso de capacitación.

3.4 *Coordinación de las acciones de capacitación, entre sectores tradicionales e institucionales de salud*

Se señalaron los siguientes componentes como de alta relevancia para la coordinación de la capacitación:

- adopción de nuevos paradigmas en programas de capacitación, en los que se consideren las diferencias entre las poblaciones, y se subraye la necesidad de interacción y conocimiento mutuo;
- coordinación fundada en una ética de respeto a las prácticas de salud indígenas y a la relevancia de la medicina tradicional indígena;
- coordinación de la capacitación impartida tanto en las áreas rurales, concentradas o dispersas, como en las zonas urbanas;
- formación de una comisión intersectorial de salud mental;
- participación académica en la sistematización de conocimientos y prácticas locales tradicionales;
- comunicación basada en lenguaje común e idioma propio de la comunidad, y
- definición de espacios de capacitación: instituciones de salud tanto médicas como tradicionales, centros educativos y comunidades.

4. Definición de contenido, estrategias y responsables para un plan mínimo de acción en 1997-1998

Las discusiones en este grupo de trabajo se dirigieron a determinar el papel que debería corresponder a los ministerios de salud, comunidades indígenas, profesionales de salud mental y medios académicos, en la elaboración de planes y estrategias de salud mental para el bienio 1997-1998.

Hubo consenso en que el desarrollo de un plan de acción en salud mental requiere establecer equipos multidisciplinarios e intersectoriales, con participación comunitaria y presencia nacional, para asegurar la continuidad en el diseño y la viabilidad de las acciones. Este proceso debe fundarse en el reconocimiento del derecho a la salud mental y en la toma de medidas específicas para su goce por parte de los indígenas. Deberá estar respaldado por un convenio internacional que establezca compromisos de los países en relación con el alcance de metas concretas.

4.1 *Contenido de estrategias y conformación de un plan de acción*

Los participantes en las discusiones coincidieron en los siguientes puntos en relación con la naturaleza de los planes de salud mental y de las estrategias que se deben adoptar para su ejecución:

Las estrategias globales para el desarrollo de los planes de salud deben:

- ser congruentes con la situación de la comunidad;
- asegurar la presencia activa de profesionales en zonas indígenas;
- garantizar que el plan cuente con el apoyo financiero del Estado, mediante un presupuesto específico;
- hacer posible la participación y compromiso de organizaciones indígenas;
- contar con la participación y respaldo de los medios académicos, y
- prescribir la capacitación-acción por niveles, con seguimiento y evaluación periódicas.

Las estrategias específicas de salud mental deben:

- estar integradas a las acciones intersectoriales de promoción de la salud;
- ser coherentes con las políticas de municipios saludables, y
- estar en concordancia con las del sistema educativo y favorecer el trabajo conjunto con éste.

4.2 *Papel de los ministerios de salud*

- Desarrollar planes nacionales de salud mental que:
 - sirvan de base para la integración de acciones a nivel nacional;
 - articulen el primer y segundo nivel de acción en salud;
 - procuren la participación académica;
 - logren el apoyo e interacción de los diversos sectores para generar un plan unificado;
 - establezcan una coordinación formal con organizaciones indígenas, a fin de asegurar su adecuación y propiciar la acción conjunta;
 - sirvan de base para normar, legislar y certificar los centros de atención existentes, y
 - establezcan medidas de vigilancia a la calidad de la atención.
- Elaborar programas de salud mental, expresión operativa de los planes que deberán:
 - contener en su agenda acciones de capacitación de los proveedores de servicios en el nivel comunitario;
 - prescribir actividades concretas, dirigidas a proveer a la población con servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación en beneficio de las personas afectadas por trastornos mentales, poniendo especial énfasis en la prevención de su deterioro;
 - promover la participación de la comunidad en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud en relación con:
 - la promoción de la salud mental;

- la prevención con base en la atención a los procesos sociales vinculados a la salud mental;
 - la rehabilitación de enfermos, y
 - la integración de la temática del uso de drogas.
- Promover la conformación de estructuras nacionales, responsables por la promoción de la implementación de políticas prioritarias, señalándose entre otras acciones:
- Crear un Consejo Nacional de Terapeutas Tradicionales;
 - Promover organizaciones gremiales de practicantes de la medicina tradicional, y
 - auspiciar la presencia definida de las entidades mencionadas en los ministerios de salud.

4.3 *Papel de las comunidades indígenas*

Las comunidades indígenas deberán desempeñar un papel crucial en el desarrollo de actividades relacionadas con el plan, destacándose entre ellas las relativas a:

- la incorporación de la problemática de salud mental en los programas de salud y la capacitación de promotores;
- la integración de las perspectivas comunitarias en el estudio y solución de problemas que inciden directamente en su salud mental, por ejemplo, mendicidad, problemas de deserción escolar, etc. y
- la participación de las estructuras de responsabilidad en salud de las organizaciones indígenas, considerando su participación en la elaboración de diagnóstico y la formulación de planes y políticas, mediante el apoyo a la participación estructurada y amplia.

4.4 *Papel de los profesionales de la salud mental*

Además de sus funciones asistenciales, dirigidas al tratamiento y rehabilitación del paciente mental y a la prevención de los trastornos mentales, los profesionales de salud mental deberán asumir otras funciones, entre las que se destaca las relativas a:

- la integración de un equipo para coordinar y desarrollar las acciones correspondientes;
- la adquisición de conocimientos sobre los saberes y prácticas tradicionales, y la integración de los mismos en su quehacer cotidiano;
- la participación, en cuanto a miembros de equipos técnicos, en la capacitación de grupos comunitarios y en la guía para la acción, en estrecha cooperación con los promotores de salud, y
- el fomento de la participación de las organizaciones gremiales en la formulación e implementación de planes integrales de salud mental.

4.5 *Papel de la OPS/OMS*

El grupo de discusión indicó que la OPS/OMS debe reforzar en los siguientes puntos sus programas de cooperación técnica con los países:

- promoción de la integración de la temática de salud mental en la formación de profesionales de la salud, mediante su interacción con los medios académicos y las autoridades de salud, procurando la modificación de los programas y la integración de materiales y estrategias acordes con los lineamientos esbozados en este informe;
- apoyo técnico a los países para conformar grupos de trabajo con los sectores involucrados y para implementar el Plan;
- realización de un seminario regional para el análisis e implementación de las recomendaciones de este taller; y
- realización de reuniones de seguimiento de las recomendaciones.

4.6 *Papel de las universidades y centros de investigación*

- contribuir a la integración curricular en los distintos campos de formación profesional y técnica, no sólo en aspectos de desarrollo humano, sino en relación con el manejo del enfermo mental;
- promover el establecimiento de la interculturalidad en los currícula académicos;
- facilitar el contacto de los estudiantes con la comunidad y sus organizaciones;
- respaldar la investigación, y mediante su divulgación, favorecer la difusión de la problemática de salud mental en la comunidad y estimular las acciones pertinentes;
- asignar la debida prioridad a las acciones de prevención y promoción en salud mental, con una orientación comunitaria;
- considerar las condiciones de inseguridad económica y social en la vida indígena campesina y las tensiones asociadas al participar en la elaboración y ejecución de los programas respectivos;
- promover investigaciones comunitarias sobre el concepto prevalente de salud mental y la respuesta y acción familiar y comunitaria frente a la enfermedad mental, y
- realizar actividades que contribuyan a dar mayor importancia al tema de salud mental en foros nacionales e internacionales.

5. Actividades necesarias para dar visibilidad al tema de salud mental en las poblaciones indígenas e insertarlo en la agenda pública y profesional de estas comunidades.

- incluir el tema de la salud mental de las poblaciones indígenas en la agenda del Consejo Directivo de OPS, incorporando en las discusiones los comentarios y resultados del presente taller;
- elaborar un documento con la sugerencia de los pueblos indígenas y cuerpos profesionales, para su estudio y consideración por el Comité Ejecutivo de OPS y presentación ulterior al Consejo Directivo de dicha Organización;
- tomar medidas para que la OPS continúe en contacto con los participantes del taller y le dé seguimiento a sus recomendaciones;
- auspiciar reuniones de trabajo, congresos y publicaciones sobre el tema del taller;
- convocar una reunión de terapeutas indígenas dedicada concretamente a los problemas de salud mental;
- definir responsabilidades al elaborar el programa de trabajo sugerido en secciones anteriores de este informe, establecer un cronograma y adoptar un plan de seguimiento;
- dar a las memorias de este taller la más amplia difusión profesional y comunitaria;
- conformar en los países grupos de trabajo con el fin de apoyar el desarrollo de programas;
- mantener una red de comunicación para dar seguimiento a las iniciativas que se vayan presentando en este campo;
- elaborar propuestas de cooperación técnica entre los países en las que, además de respaldar las acciones en el nivel nacional, se contemplen acciones de evaluación y seguimiento, e
- involucrar a las organizaciones indígenas y asociaciones profesionales en la implementación de las recomendaciones del taller.

Grupo de contacto

Las siguientes personas participantes fueron seleccionadas como contactos claves para la coordinación y seguimiento de acciones en sus respectivos países:

Bolivia	Julia Ramos
Brasil	Ana María Costa
Chile	Sergio Pesoa
Ecuador	Francisco Licuy
Guatemala	Constantino Zapeta
México	Marcelino Chan
Nicaragua	Alta Hooker
Perú	Evaristo Nugkuang

ANEXO D: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones que se enumeran a continuación constituyen un resumen sistematizado de las formuladas por los grupos de trabajo, con las modificaciones introducidas en las discusiones en sesión plenaria al momento de su presentación.

Principios generales

1. El modelo de atención de salud mental de las poblaciones indígenas debe tener un carácter realista, basándose en las condiciones económico-sociales imperantes en cada país y en la situación particular de los pueblos indígenas.
2. El modelo debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las diferentes etnias y tener en consideración los riesgos específicos a que están expuestas.
3. Debe tener en consideración la relación existente entre salud y desarrollo y las repercusiones de este proceso sobre la salud mental.
4. El modelo debe reconocer la importancia de la medicina tradicional y propender a su incorporación tanto en la gestión de la atención como en los programas de formación académica.
5. Debe plantear la articulación del sistema de atención de la medicina oficial con el de la medicina tradicional, facilitando la labor conjunta antes que su mera yuxtaposición.
6. Se deberá corregir la inequidad existente en la provisión de la atención y, en consecuencia, el modelo deberá establecer provisiones para facilitar a los grupos postergados la accesibilidad y calidad de los servicios.
7. El modelo debe tomar conocimiento y respetar las cosmovisiones de los pueblos indígenas y propender a la conservación de su identidad cultural.

Políticas

1. Los sistemas de salud, y dentro de ellos, los programas de salud mental, deberán ser redefinidos de acuerdo a los principios de equidad, respeto de los derechos humanos, accesibilidad, y calidad de los servicios prestados.
2. Las modificaciones que se propongan en el sector salud habrán de ser congruentes con las que se realicen en otros sectores, deberán ser orientadas a corregir injusticias en campos tales como la posesión y tenencia de la tierra, el acceso a la educación, administración de la justicia, preservación de la cultura y provisión de medios de comunicación.

3. El Estado deberá contribuir a la promoción de la interculturalidad y a este fin ha de incluir el tema indígena tanto en los programas de salud como en los atinentes al fomento del bienestar de la población.

Estrategias

1. El modelo deberá adoptar las estrategias de regionalización de la atención y descentralización de los servicios.
2. Las estrategias deberán estar integradas a las acciones intersectoriales de atención y promoción de la salud, concordar con las políticas de municipios saludables y estar coordinadas con las políticas educativas, laborales, económicas, de vivienda, etc.
3. La atención de salud y salud mental se prestará según niveles progresivos de complejidad, asignándosele la debida preeminencia a la atención en el nivel primario, donde al lado de los recursos oficiales, se utilizarán los comunitarios y los tradicionales.
4. Deberán promover la participación de la comunidad en la elaboración, gestión y evaluación de los programas y servicios.
5. Se le deberá dar especial prioridad a la capacitación de recursos humanos, tanto institucionales como comunitarios.
6. Las respuestas del Estado a los factores psicosociales que afectan negativamente la salud mental de la población deberán tener carácter global y no sólo estar dirigidas a la población indígena, aunque ésta, dada su situación de postergación, precisa la ejecución de acciones inmediatas.
7. El modelo de atención en salud mental deberá enriquecerse con las contribuciones del medio académico (por ejemplo, de los campos de la antropología, sociología y psicología) no sólo en el terreno educativo sino en el de la investigación.
8. El modelo deberá proponer acciones integrales de salud comunitaria, poniendo énfasis en las actividades desarrolladas en los ámbitos educativo y laboral, dentro de un contexto político y económico.
9. Se recomienda el levantamiento de un catastro de recursos de la comunidad.

Planes y programas

1. Los planes globales para el desarrollo de la atención en salud mental deben ser congruentes con la situación de la comunidad, asegurar la presencia activa de organizaciones indígenas en su elaboración, y garantizar el respaldo de los medios académicos.

2. Los planes y programas deben contar con el apoyo financiero del Estado, expresado en un presupuesto suficiente para su efectiva implementación.
3. Deben tener carácter intersectorial y sus acciones deberán estar coordinadas con las organizaciones indígenas.
4. Deben contener provisiones para la garantía de la calidad de los servicios rendidos.
5. Los programas de salud mental deben proveer a la población indígena con servicios de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas con trastornos mentales.
6. Las acciones de promoción y prevención se realizarán mediante el estímulo de conductas favorecedoras del equilibrio intrapsíquico y el bienestar social, y la intervención sobre los factores psicosociales y ambientales pertinentes.
7. Los planes deberán promover el establecimiento de estructuras nacionales, dirigidas a facilitar la implementación de las políticas, por ejemplo, mediante la creación de un Consejo Nacional de Terapeutas Tradicionales y la organización de gremios de terapeutas tradicionales.
8. Los servicios de tratamiento y rehabilitación serán prestados por equipos multidisciplinarios adecuadamente informados de la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales, con el concurso de sus practicantes.
9. Los servicios deberán ofrecerse respetando las diferencias culturales, las cosmovisiones del indígena, su identidad étnica y su organización social, debiendo tener siempre presentes los problemas de comunicación, el uso del lenguaje y los problemas relativos al pudor y al esquema corporal. Cada vez que se requiera, los servicios deberán ser brindados utilizando el idioma propio de la población asistida.

Capacitación de personal

1. La capacitación de personal, tanto en el medio académico como en los servicios y en la comunidad, deberá adoptar nuevos paradigmas en los que se consideren las diferencias entre las poblaciones, se subraye la necesidad de interacción y se promueva el respeto a las prácticas de salud indígena.
2. Se recomienda la formación de una comisión intersectorial para la capacitación de personal en salud mental, que con la asistencia de la comunidad académica, revise los programas de capacitación y sistematice los conocimientos y prácticas tradicionales.
3. Los contenidos de la enseñanza incorporarán a los de la medicina oficial, los de la medicina y cultura indígenas, adaptándolos a las necesidades reales de la comunidad.

Universidades y centros de investigación

1. Las universidades deberán reformar los currícula de las ciencias de la salud y los de otras disciplinas relacionadas con la salud mental, con el fin de incorporar los nuevos enfoques comunitarios y sociales, introducir el enfoque intercultural y utilizar las experiencias y conocimientos de la medicina indígena.
2. Deberán, además, favorecer el contacto de los estudiantes con la comunidad y sus organizaciones.
3. Apoyarán la investigación, en particular la relacionada con los problemas de salud mental de la población en general, y de la indígena en particular e investigaciones comunitarias sobre el concepto prevalente de la salud mental y las respuestas familiares y comunitarias frente a la enfermedad mental.
4. Deberán prestar apoyo técnico al sistema de servicios de salud en la preparación de personal en la realización de investigaciones y en la difusión de conocimientos en relación con los problemas de salud mental en la población general y en grupos en alto riesgo como los indígenas.

Papel de las comunidades indígenas

1. Las comunidades indígenas deberán contribuir activamente en la planeación, gestión y evaluación de programas y servicios.
2. Las comunidades indígenas deberán promover activamente la introducción de las perspectivas comunitarias en el estudio y solución de los problemas que inciden directamente sobre su salud mental, tales como la prostitución, el consumo de alcohol, las deserciones escolares y la mendicidad.
3. Las organizaciones indígenas deberán participar activamente en el diagnóstico de la situación de salud mental de sus comunidades y en la formulación de planes y políticas.

Organismos internacionales

Las siguientes recomendaciones del taller se dirigieron particularmente a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), distinguiéndose entre ellas:

1. Que la OPS/OMS promueva la integración de la temática de salud mental en la formación de los profesionales de la salud, estimulando modificaciones curriculares acordes con los principios suscritos por los participantes de este taller.
2. Que la OPS continúe dando su apoyo técnico a los países en lo relacionado a salud mental, prestando su colaboración para conformar grupos de trabajo nacionales para la implementación y seguimiento de las presentes recomendaciones.

3. Que la OPS convoque un seminario regional para el análisis e implementación de las recomendaciones de este taller.
4. Que la OPS incluya el tema de la salud mental de las poblaciones indígenas en la agenda de su Consejo Directivo, incorporando los resultados de este taller en el documento respectivo.
5. Que convoque una reunión de terapeutas indígenas para discutir los problemas de salud mental desde su perspectiva.
6. Que le dé a este informe la más amplia difusión en las comunidades.
7. Que elabore una propuesta de cooperación técnica entre países para respaldar las acciones propuestas y darles el debido seguimiento en el nivel nacional e internacional.
8. Que la OPS establezca un Grupo de Coordinación OPS/Comunidad Indígena y un Consejo Americano de Medicina Tradicional.

ANEXO E: LISTA DE PARTICIPANTES

Alicia Aliaga Yana
Universidad Mayor de San Andrés
La Paz, Bolivia

Walter Alvarez Quispe
SOBOMETRA
La Paz, Bolivia

Raúl Antonio Antezana Saravia
SOBOMETRA
Cochabamba, Bolivia

Luis Enrique Valda Vargas
INTRAID
La Paz, Bolivia

Braulio Lazo Chura
Confederación Sindical Única de Trabajadores
CSUTCB
La Paz, Bolivia

Adela María Casal Rocabado
Secretaría Nacional de Salud
Bolivia

Rolando Suárez
Dirección Departamental de Salud
COPRE
Santa Cruz, Bolivia

Rosario Maggie Jáuregui Ortiz
Universidad “Gabriel René Moreno”
Santa Cruz, Bolivia

Aura Nelly Garzón Cárdenas
Universidad Autónoma “Gabriel René Moreno”
Santa Cruz, Bolivia

María Fátima Escobar Nogales
Consejo Departamental de Prevención Integral
de Drogodependencia y Salud Mental – COPRE
Santa Cruz, Bolivia

Julia Damiana Ramos Sánchez
Movimiento de Mujeres de Bolivia, FNMCBBS
Tarija, Bolivia

Rosane de Mattos
Kaingang
Brasilia, Brasil

Ana Maria Costa
Fundação Nacional do Índio
Brasilia, Brasil

Sergio Levcovitz
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Sergio Pesoa Bertoni
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Yolanda Alicia Nahuelcheo Saldaña
Policlínico Metodista
Temuco, Chile

Ménthor David Sánchez Gambóa
Fundación de Investigaciones Psicosociales
FUISS
Quito, Ecuador

Nelson Edwin Samaniego Sotomayor
Ministerio de Salud Pública
Universidad Central
Quito, Ecuador
Francisco Licuy Yumbo
CIMICET
Quito, Ecuador

Alex Cohen
Harvard Medical School
Boston, EE.UU.

Constantino Zapeta Vasquez
Asociación de Terapeutas Tradicionales
Toto – Integrado
Guatemala, Guatemala

Elba Marina Villatoro
Instituto de Estudios Interétnicos
Guatemala, Guatemala

Sonia Morales Miranda
Fundación “Guillermo Toriello”, URNG
Guatemala, Guatemala

Carlos Linger
OPS Bolivia
La Paz, Bolivia

Marcelino Chan Evan
C.S.M.
Campeche, México

Jeanette Aguirre de Abruzzese
OPS Bolivia
La Paz, Bolivia

Pablo J. Farías Campero
El Colegio de la Frontera Sur – ECOSUR
Chiapas, México

Miryam F. Gamboa Villaroel
OPS Bolivia
La Paz, Bolivia

Gonzalo Ramón Solís Cervantes
Instituto Nacional Indigenista – INI
México, D.F., México

Jaime Quinteros Rodríguez
OPS Bolivia
Santa Cruz, Bolivia

Gustavo Baz Díaz Lombardo
Secretaría de Salud
México, D.F., México

Alicia Castro Rivera
OPS Perú
Lima, Perú

Alta Suzzane Hooker Blandford
Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo
Comunal
Raan, Nicaragua

Sandra Land
OPS Washington
Washington, D.C.

Jorge Castro Morales
Ministerio de Salud
Perú

Itzhak Levav
OPS Washington
Washington, D.C.

Evaristo Nugkuag Ikanan
Consejo Aguaruna y Huambiza
Lima, Perú

Benedetto Saraceno
OMS Ginebra
Ginebra, Suiza

Maurizio Focchi
Focchi Spe.
Rimini, Italia

ANEXO F: AGENDA

Miércoles, 16 de julio

7:45 a.m.	Traslado al CIF
8:00-8:30 a.m.	Registro de participantes
8:30-9:00 a.m.	- Acto de inauguración <i>Dr. Juan Ignacio Pita</i> Director del Centro Iberoamericano de Formación CIG/AECI <i>Dr. Carlos Linger</i> Representante de la OPS en Bolivia <i>Dr. Alfredo Romero</i> Prefecto del Departamento de Santa Cruz, Bolivia <i>Dr. Oscar Sandoval Morón</i> Secretario Nacional de Salud, Bolivia
9:00-9:30 a.m.	Moderador <i>Dr. Itzhak Levav</i> , OPS Washington Iniciativa “Naciones en pro de la Salud Mental”, <i>Dr. Benedetto Saracceno</i> , OMS Ginebra Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, <i>Dra. Sandra Land</i> , OPS Washington Presentación de los participantes Selección de Moderador/a y Relatores/as
9:30-9:45 a.m.	Receso para el café
9:45-11:30 a.m.	Introducción al tema <i>Dra. Myrna Cunningham</i> Presentación del documento de trabajo. <i>Dr. Pablo Farías</i> Preguntas, respuestas, discusión
11:30-12:15 p.m.	Informes de países (15 min. por país) Guatemala, México, Nicaragua
12:15-13:15 p.m.	Almuerzo
13:15-13:45 p.m.	Preguntas, respuestas, discusión Guatemala, México, Nicaragua
3:45-15:00 p.m.	Informes de países (15 min. por país) Bolivia, Ecuador, Perú Preguntas, respuestas, discusión
15:00-15:30 p.m.	Receso para el café
15:30-16:45 p.m.	Informes de países (15 min. por país) Brasil, Chile Preguntas, respuestas, discusión
16:45-17:45 p.m.	Agua y Saneamiento Básico en Comunidades Indígenas. Una experiencia en Bolivia y Perú OPS-Bolivia
17:45 p.m.	Reunión de bienvenida
18:45 p.m.	Traslado al hotel

Jueves, 17 de julio

8:00 a.m.	Traslado al CIF
8:15-10:30 a.m.	Introducción trabajo en grupo <i>Dr. Itzhak Levav</i> , OPS Washington Grupo Bolivia, Guatemala, México, Nicaragua Grupo Bolivia, Ecuador, Perú Grupo Bolivia, Brasil, Chile Trabajo en grupos. Planes de acción, OPS y países; propuestas para el desarrollo de servicios y políticas públicas.
10:30-11:00 a.m.	Receso para el café
11:00-12:15 p.m.	Plenaria
12:15-13:45 p.m.	Almuerzo
13:45-15:00 p.m.	Continuación de las propuestas. Trabajos en grupos. Capacitación de recursos humanos; colaboración interpaíses y multilateral.
15:00-15:30 p.m.	Receso para el café.
15:30-17:00 p.m.	Plenaria
17:00 p.m.	Traslado al CIDOB
18:00 p.m.	Traslado al hotel

Viernes, 18 de julio

8:15 a.m.	Traslado al CIF
8:30-10:30 a.m.	Trabajo en grupos. Rol de los profesionales de la salud mental y líderes comunitarios indígenas y otros actores importantes en la implementación del plan.
10:30-11:00 a.m.	Receso para el café
11:00-12:15 p.m.	Plenaria
12:15-13:45 p.m.	Almuerzo
13:45-15:30 p.m.	Formación de redes y plan de seguimiento
15:30-16:00 p.m.	Receso para el café
16:00-17:30 p.m.	Plenaria y cierre
17:30 p.m.	Traslado al hotel