

Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública

Mental health in indigenous population. An approach to the problem of public health

Johan Sebastián Lopera Valle¹, Sara Rojas Jiménez¹

RESUMEN

La población indígena que habita territorio colombiano constituye el 3.4% de la población total del país y es propietaria de un tercio del territorio nacional. Se conoce también que es el grupo más desfavorecido de América Latina y tiene menor acceso a los servicios básicos de salud. Es la población que presenta los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud; el racismo, la discriminación, el rechazo continuo, la hostilidad y los sentimientos de vergüenza, propician un círculo de desventajas que favorecen el abuso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales que se convierten en obstáculos para el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental. Mientras en la población colombiana la tasa de suicidios es de 4.4 por cada 100 000 habitantes, entre los pueblos indígenas la tasa se eleva a 500 por cada 100 000. Es indispensable que se tomen medidas especiales para atender a esta población. Se trata de aplicar el concepto de cultura a la ciencia médica para enfrentar el desafío de la trasgresión cultural que sufren las poblaciones marginadas, para lo cual es necesario dejar a un lado el escepticismo de la medicina occidental con el fin de acceder al conocimiento de las creencias que el paciente tiene sobre su padecimiento y el significado social que atribuye a su trastorno para lograr un ambiente de total confianza entre estos dos mundos que están separados por una brecha cultural inmensa.

Palabras clave: población indígena; salud mental; salud pública.

ABSTRACT

The Colombian indigenous population constitutes 3.4% of the total population of the country and they own a third of the country's land. Also, they are known as the most disadvantaged group in Latin America and continue having less access to basic health services. They have lower levels of education, employment, economy, housing and health; factors like racism, discrimination, the continued refusal, hostility and feelings of shame foster a cycle of disadvantage that favors the development of substance abuse, depression and other mental disorders that become obstacles to the right of the highest attainable standard of physical and mental health and other human rights and fundamental liberties related. While in the Colombian population the suicide rate is 4.4 per 100 000 inhabitants, in indigenous groups the rate rises to 500 per 100 000. On the other hand, it is essential that the medical act take special measures in the caring for these populations. It's basically to apply the concept of culture to medical science, in order to approach the challenge of cultural transgression that affects marginalized populations. This requires the exclusion of the skepticism of Western medicine in order to gain access to the knowledge of the beliefs that patients have about their illness, and the social meaning attributed to their disorder, thus achieving an atmosphere of confidence between these two worlds that are separated by a huge cultural gap.

Keywords: indigenous population; mental health; public health.

¹ Estudiante de pregrado de Medicina. Semillero de Investigación Facultad de Medicina (SIFAM). Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: Johan Sebastián Lopera Valle. Correo electrónico: loperavalle@hotmail.com

Fecha de recibido: 9 de junio de 2011

Fecha de aprobación: 30 de enero de 2012

INTRODUCCIÓN

Colombia, como país con carácter pluriétnico y multicultural, según la Constitución Política de 1991, está conformado por una interacción dinámica y cultural de los pueblos americanos, europeos y africanos. A lo largo de la historia, se han diferenciado de la sociedad occidental cuatro sectores étnicos: los pueblos indígenas, las poblaciones afrocolombianas, incluidas las comunidades raizales de San Andrés y Providencia y la comunidad de San Basilio de Palenque, en el departamento de Bolívar, y el pueblo Rom o gitano^{1,2}.

Según el censo general de 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población indígena en tierra colombiana es de aproximadamente 1 378 884, es decir, el 3.4% de la población total del país^{3,4}. Dicha población conforma 87 pueblos indígenas identificados plenamente, junto con personas que pertenecen a los otavaleños y a otros pueblos indígenas de Ecuador, Bolivia, Brasil, Guatemala, México, Perú y Venezuela¹. Las etnias más numerosas son los Nasa, Senú y Embera, que habitan en todos los departamentos, pero los de mayor porcentaje son Vaupés (66%), Guainía (65%), Guajira (45%), Vichada (44%), Amazonas (43%), Cauca (22%) y Putumayo (18%)^{3,4}. En dicho censo se reportaron 28 013 habitantes indígenas en el departamento de Antioquia¹.

UNA POBLACIÓN SUSCEPTIBLE

Los grupos indígenas son reconocidos como propietarios de 31 millones de hectáreas, algo así como un tercio del territorio nacional⁵, lo que les ha permitido adquirir cierto grado de autonomía e independencia para el manejo interno de sus asuntos comunitarios, estimular sus sistemas de salud y ejercer algún control entre los sistemas educativos⁴.

Esto también ha favorecido que sus territorios sean víctimas de problemáticas que afectan al resto de la sociedad nacional, como el

desplazamiento forzado^{6,7}, la explotación laboral y abuso sexual, el hurto de recursos naturales de sus zonas y una serie de conflictos marginales que afectan especialmente su cultura⁸. Además, su situación de desigualdad frente a otras poblaciones que han tenido acceso a otras formas de desarrollo, implica condiciones distintas que resultan significativas cuando se piensa en estrategias para lograr los niveles de salud deseables, ya que, en la mayoría de los casos, se trabaja con recursos insuficientes^{9,10}.

Los pueblos indígenas son el grupo más desfavorecido de América Latina y, tras varias décadas, se han registrado pocas ganancias en la reducción de la pobreza, que, por el contrario, cada vez es más severa. Este fenómeno se explica porque los indígenas se recuperan más lentamente de las crisis económicas, tienen menos años de educación (especialmente mujeres y niños) y, además, menor acceso a servicios básicos de salud. Todo esto hace a dicha población más propensa al abuso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales que se convierten en obstáculos para el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr y de otros derechos humanos y libertades fundamentales estrechamente relacionados¹¹⁻¹⁵.

Para Luis López de Mesa (1884-1967), médico psiquiatra y político, quien publicó numerosos ensayos sociológicos e históricos en los que mostró su particular visión de Colombia y el mundo, la raza indígena tendería a ser absorbida por la española o blanca, fenómeno que incluiría al mestizo que sufre un proceso de progresivo blanqueamiento, posible de rastrear en la larga duración y que posee fundamentos biológicos. De este modo, la melancolía y la depresión del indígena han estado presentes hasta cierto punto en el mestizo hispano-chibcha y lo ha hecho menos apto para la lucha por la vida. A diferencia del indígena, la raza negra y sus derivados mulatos muestran una gran energía que les ha permitido sobrevivir e incluso expandirse fuera de sus territorios^{16,17}.

SOBRE LA SALUD MENTAL

Según la definición del término adoptado por el Ministerio de Salud de Colombia para su política de salud mental, ésta se define como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo, el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común¹⁸.

La salud mental se define como el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. Ésta, a su vez, tiene muchas facetas: sus raíces se hunden en la biología y sus ramas rebasan el campo propio de la medicina y se extienden en la arena social en varias direcciones, se imbrica en la trama general de la vida de las poblaciones y depende de su cultura y de sus condiciones socioeconómicas. La pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social, inciden negativamente en la salud mental e imprimen su propia huella en los problemas universales, que, además, genera otros que son propios de nuestra sociedad¹⁹. En resumidas cuentas, es una definición que trasciende más allá del concepto de salud en términos somáticos como ausencia de enfermedad, y hace referencia directa a la capacidad del individuo para adaptarse y ser funcional en su entorno sociocultural^{20,21}. Es evidente que la salud, y en especial la salud mental, viene influenciada y determinada por cada lugar, cada instante en el tiempo, cada estilo de vida, que genera a la larga, variaciones innegables en la forma de presentación de las patologías. Dichas variaciones semiológicas son reconocidas por el modelo occidental a través de las distintas revisiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en el que

cada versión trae consigo nuevos criterios, nuevas entidades patológicas y desaparecen o se reformulan otras. De esta manera, se ve aparecer en el apéndice J de la cuarta versión, una guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura, que propone analizar el impacto del contexto cultural del individuo²².

Los trastornos que afectan la salud mental, independientemente de los factores biológicos que los ocasionan, se vinculan también con problemas asociados con la pobreza y con las condiciones socio-culturales como la desnutrición, la inequidad en el acceso a los servicios de salud y aspectos espirituales, místicos y religiosos propios de la cultura^{23,24}.

LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INDÍGENA

Los indígenas colombianos conforman una de las poblaciones más numerosas del país y, a pesar haber identificado su exposición a una gran cantidad de factores de riesgos sociales, es escasa la información sobre la prevalencia e incidencia de sus trastornos mentales. Éstos, además, son quienes presentan los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud. Además, la marginación y exclusión social son las condiciones que caracterizan dicho sector. Factores determinantes como el racismo y la discriminación, la hostilidad, el maltrato y los sentimientos de vergüenza propician un conjunto de desventajas que dan pie al desequilibrio de la salud mental. Asimismo, gran parte de la población indígena es migrante a las ciudades o a otros países, lo que conlleva la fragmentación de los grupos familiares, sociales y culturales. La ruptura de sus redes socioculturales favorece la aparición de trastornos físicos, orgánicos, psicológicos y emocionales²⁵.

Esta situación se ha perpetuado durante décadas y ha generado iniciativas de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en pro de la salud mental, basadas en la magnitud

del problema y las deficiencias de los sistemas de salud para ofrecer servicios específicos de acompañamiento psicológico y ayuda psiquiátrica a este grupo étnico en especial. Los indígenas constituyen una población susceptible como se ha mencionado, debido a que enfrentan violaciones a los derechos humanos desde múltiples focos sociales²⁶⁻²⁹.

Dichas iniciativas han permitido ahondar en el tema y obtener datos de importancia que resultan insuficientes para la magnitud de la problemática. Se conoce que la población indígena enfrenta actualmente un estado marginal de discriminación social y económica que ha traído efectos devastadores para la salud mental. Por ejemplo, mientras en la población colombiana la tasa de suicidios es de 4.4 por cada 100 000 habitantes, entre los pueblos indígenas la tasa se eleva a 500 por cada 100 000^{8,30}, y a pesar de que esta condición representa una catástrofe para la humanidad, no existen recursos para enfrentar esta situación³¹⁻³³.

En un estudio realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín) acerca de las representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena Embera-Chamí de Cristianía en el municipio de Jardín-Antioquia, se encontró que, de acuerdo con las categorías en las que se nombran algunos síntomas determinados por el DSM IV, el 69% de la población encuestada manifestó haber tenido en algún momento de su vida depresión y el 13% admitió haber tenido pensamientos de muerte y suicidio en algún momento de sus vidas³⁴.

Otros de los efectos devastadores sobre la salud mental de la población indígena se pueden observar en los resultados de diversos estudios epidemiológicos hechos en otros países del continente a lo largo de la historia, a los que lamentablemente debemos recurrir para dimensionar con mayor claridad el estado actual de la salud mental de los indígenas colombianos, sin dejar de resaltar la inminente necesidad de buscar nuestras propias estadísticas.

Según los resultados de un estudio cuya muestra englobaba habitantes de pueblos indígenas ubicados en la costa noroeste de Estados Unidos, el 31.4% de los pacientes incluidos cumple criterios para trastornos afectivos, esquizofrenia o síndrome de estrés postraumático según el (DSM-III-R), se encontró una mayor proporción de hombres afectados. Otro hallazgo destacado de este estudio fue la alta tasa de problemas relacionados con el alcohol, el cual muestra una tasa vital de dependencia alcohólica de 57%, además de una tasa de abuso y dependencia actual de 21%³⁵. Tasas similares o incluso superiores han sido reportadas en grupos indígenas de otros países de América, que posiciona los desórdenes de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas como una de las principales problemáticas en comunidades aborígenes³⁶.

Estudios hechos con indígenas norteamericanos han determinado tasas significativamente altas de trastorno depresivo mayor (19.17%), comparadas con estadísticas pertenecientes a otros grupos étnicos o raciales de la población estadounidense³⁷. Igualmente, algunas investigaciones centradas en la búsqueda del patrón epidemiológico de las alteraciones mentales en poblaciones de Indios Americanos y Nativos de Alaska (AIAN), han comprobado que alrededor de un 20% de estos individuos, captados en servicios de atención primaria, cumple con criterios de síndrome depresivo³⁸. Otros grupos de investigación que centran su atención en la comunidad Mapuche, el grupo indígena más abundante de Chile, han encontrado que, de las personas estudiadas, aproximadamente el 28.4% ha experimentado al menos un desorden mental clasificado como vital, y un 15.7% ha presentado desórdenes de hasta 12 meses de duración, comparado con un 38% y 25.7%, respectivamente, de la población no-Mapuche incluida en el trabajo³⁹.

En cuanto a la población juvenil, se ha demostrado que los diagnósticos basados en el DSM-III-R más frecuentes en un grupo de adolescentes indígenas del norte de Estados Unidos son, en orden: trastornos de mal comportamiento en un 22%, trastornos de

uso de sustancias en un 18.4% (incluida la dependencia al alcohol, 9.2%), trastornos de ansiedad en un 17.4%; trastornos afectivos en el 9.3% (abarca la depresión mayor, 6.5%) y trastorno de estrés postraumático con un 5%³⁵.

Los índices de suicidio entre jóvenes indígenas en todos los rincones del mundo son asombrosamente elevados. Los porcentajes más altos se registran entre los isleños Tiwi en Australia, los niños Guaraní en Brasil, niños Innu e Inuit en el norte de Canadá y Groenlandia y entre los jóvenes pastores Khanty de Siberia⁴⁰⁻⁴². Un ejemplo sorprendente es el caso de 1 800 personas que viven en la capital de las islas Tiwi: uno de cada cuatro ha intentado suicidarse⁴². Por otro lado, más de 300 Guaraní Kaiowá se suicidaron entre el año 1985 y 2000, muchos de los cuales eran niños, la más joven fue Luciane Ortiz, quien tenía nueve años cuando se suicidó^{40,43-46}.

Muchos pueblos indígenas del Ártico tienen altos índices de suicidio. Los índices de muertes por esta causa entre hombres de 15 a 24 años están entre el 180 por 100 000 en Alaska y 396 por 100 000 en Groenlandia⁴⁷. El contraste de los índices de suicidio entre los jóvenes indígenas y sus vecinos es preocupante: en la reserva Sioux Lookout en Ontario, por ejemplo, los indios jóvenes tienen un 50% más de posibilidades de cometer suicidio que los canadienses no indígenas de la misma edad⁴⁸.

La mayor proporción de individuos que pertenecen a las estadísticas anteriormente descritas hacen parte de población joven. La explicación radica en que todo niño tiene las posibilidades de padecer algún problema de salud mental; sin embargo, las posibilidades de que lo padezca un niño indígena son mucho mayores. La razón del aumento de este riesgo puede radicar en que factores asociados como la migración y el trabajo desde edades tempranas, la falta de un lugar seguro donde dormir, así como la discriminación y otras enfermedades orgánicas asociadas, constituyen elementos de riesgo relevante para la salud mental de este grupo infantil⁴⁹.

A la presente problemática se suma la concepción errada y el escepticismo con el que aborda la medicina occidental estas “dolencias étnicas” que no se encuentran inscritas en los códigos biomédicos de la medicina de Occidente, lo que hace necesario el llamado a la psiquiatría transcultural. Esta disciplina hace evidente que aquella diversidad de síndromes vinculados con la cultura refleja distintas formas de manifestación de los trastornos psíquicos, donde cada uno depende de sistemas socio-culturales específicos⁵⁰.

La discriminación a la tradición cultural hace que los médicos occidentales se queden sin herramientas técnicas para hacerle frente a aquellos síntomas que no se perciben igual a como se hace en la sociedad que circunda al gremio. Este fenómeno genera un ambiente de desconocimiento que lleva a la exclusión de esta población, para la cual la medicina tradicional termina siendo su primera elección. No basta generar estrategias que traduzcan “el mal de ojo”, “el empacho”, “el susto o espanto” y “la caída de mollera” a categorías propias de la psiquiatría occidental, por cuanto carece de relevancia sociocultural, a pesar de que el DSM IV ya incluya la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura, pues se queda corto para movilizar los recursos personales, familiares y comunitarios para la restitución de la salud en esta población^{25,51,52}.

LA CAUSA DEL PROBLEMA

Se sabe que la personalidad de todo individuo, definida como aquella forma en la que piensa, siente, interpreta e interactúa con la realidad que lo rodea, está sostenida sobre dos ejes o columnas que son las creencias, tanto individuales como las de su grupo social. Este es un factor de gran trascendencia, pues el nexo con la cultura de origen condiciona el vínculo con la nueva cultura acogida en caso de desplazamientos forzados o no forzados^{25,53}.

Como se ha enunciado a lo largo de la presente revisión, la vida de inmigración indígena está

acompañada de condiciones adversas como pobreza, violencia y discriminación, lo que, posteriormente, conduce a una magnificación de su condición de vulnerabilidad y termina por condenar a vivir a esta población con una identidad propia estigmatizada y que se acompaña de prostitución, vandalismo, alcoholismo, depresión, drogadicción, narcotráfico y hasta procesos demenciales, sucesos pobremente respaldados por cifras epidemiológicas nacionales, pero que se siguen mencionando en los informes del estado actual de la situación de los pueblos indígenas del país y del mundo⁸.

El inmigrante indígena se ve confrontado a una cultura nueva, ajena, diferente, que no incorpora, que desconoce porque carece de un sistema natural que le permita decodificar los sentidos que censan aromas desconocidos, además de un aparato simbólico que le posibilite representarla, representarse dentro de ella para expresarse en la misma. Esta nueva condición de vulnerabilidad deja al inmigrante indígena expuesto a cualquier punto de vista, impotente, desarraigado, sin acceso a la palabra, a la emoción, sin puntos de referencia ni mecanismos de defensa que lo preserven, ni posibilidad de perpetuarse en la transmisión y educación de su mundo, viviendo la exclusión y marginación. Se trata de una condición que deja desconectados a los indígenas de un mundo que solían dominar en sus tierras, ahora trasgredidas por otros intereses^{25,54-57}.

Esta situación provoca una disonancia cognoscitiva que desequilibra el aparato psíquico y la identidad del sujeto, pues tras el proceso traumático se ve obligado a elaborar una nueva definición de sí mismo a través de un “entre dos” cultural que le permita re-equilibrar sus funciones y reubicarse en un nuevo sistema de referencia, labor que resulta, por lo general, poco exitosa, pues las representaciones mentales de ambas culturas se contradicen con frecuencia, lo que dificulta aún más la adaptación. Esto obliga a la implementación de dobles actitudes que se mueven en un marco conformado por la familia, la cual pasa por un estado similar, y por un mundo exterior frío y precario que resulta desconocido desde todo punto de vista^{25,58-61}.

Uno de los aspectos más importantes radica en que los desterrados viven transferencias de desculturización y de inconformidad cultural. Se instituye así lo que se conoce como una patología del exilio, en la que se pueden observar somatizaciones que a la fecha no han sido estadísticamente descritas. Éstas se presentan cuando un individuo ya no halla cómo expresar su malestar e inconformidad, al igual que el lactante, quien aún no desarrolla sus competencias simbólicas, la única herramienta que le queda es la de la somatización, pues “el cuerpo se convierte en el último recurso para hacer señas, en lugar de hacer sentido”^{62,63}. Por otro lado, los jóvenes prefieren expresar su diferencia, incomodidad e inconformidad haciendo uso de la violencia dentro de sus comunidades. En resumidas cuentas, el exilado sufre de una imposibilidad de amarrar su yo a su cuerpo, en especial por falta de ritos de inscripción corporal y cultural^{25,62,63}.

Es por esto que cuando el terapeuta se enfrenta a estas patologías debe tener en cuenta esta gran problemática, pues la actitud clínica debe desplazarse también hacia ese “entre dos”, hacia una escucha abierta de los dos mundos del paciente y su familia, para guiarlo y elaborar juntos, reconstruir o co-construir su realidad psíquica, hacia una cultura de la alteridad: se trata de crear “un espacio en donde el yo pueda aparecer”⁶³.

Además de desplazar la actitud clínica hacia ese “entre dos”, el terapeuta debe priorizar la búsqueda de patologías como el alcoholismo, que es, tal vez, el principal problema de salud mental que afecta a las comunidades indígenas, con presentación de patologías orgánicas como cirrosis hepática alcohólico-nutricional, así como de varias entidades relacionadas con el consumo de alcohol y la alcoholización, tales como los homicidios, los accidentes, la violencia en la comunidad y en el ámbito doméstico⁶⁴.

En una población indígena de Venezuela, por ejemplo, se aplicó un instrumento de evaluación validado que mostró una prevalencia de 87% de problemas con el alcohol, dato que es consistente

con las cifras determinadas en tres estudios con indios norteamericanos⁶⁵. Además, se estableció que el 70% de los hombres y el 50% de las mujeres indígenas americanas, participantes de un estudio, cumplían con el diagnóstico de dependencia al alcohol y los menores de 20 años son los más propensos⁶⁶. El problema del consumo de alcohol y drogas se ve reflejado en la incidencia de otras alteraciones que pueden identificarse como posibles consecuencias. En estudios realizados con indígenas Navajos y Apaches encontraron un patrón de consumo de bebidas alcohólicas en el 69% de todos los suicidios indígenas⁶⁶.

Cifras más contundentes en relación con los nativos americanos, demuestran que éstos poseen 770% más probabilidades de morir por alcoholismo y 280% de morir por accidentes, a menudo con implicación de alcohol⁶⁷. Igualmente, existen otras consecuencias del problema en mención, tal como la mortalidad por cirrosis hepática alcohólico-nutricional, que en las comunidades Ñahñu de México, consumidoras de pulque, se ha estimado entre 120 y 140 por 100 000 habitantes cuando el promedio nacional es de 22 por 100 000⁶⁴. En este caso, el problema radica en que la alcoholización no es tratada desde una dimensión de salud mental, incluso no se le identifica como problema de salud por la comunidad ni por los servicios de salubridad, salvo en casos de daño hepático o de alcoholismo franco⁶⁸.

Existen posibles vinculaciones entre la embriaguez y los temores e inseguridades a los que se enfrentan los grupos indígenas, incluido el temor a las enfermedades y los llamados síndromes de filiación cultural o síndromes delimitados culturalmente, tal como la pérdida del alma, el temor a los espíritus malévolos, al espíritu de los muertos, a la brujería, entre otros. Estos factores netamente socio-culturales transforman el alcoholismo en una necesidad espiritual, aspecto que se une a la marginación de la que son víctimas, lo que tiende a predisponer al malestar, el abandono, la depresión y genera una repercusión en el aumento del consumo de estas sustancias tóxicas^{64,68}.

Al igual que el abuso de alcohol, la salud mental está relacionada con la preservación de la identidad étnica, la viabilidad de las formas tradicionales de organización social y con 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 los que cuentan los pueblos indígenas para la prevención y atención en salud mental⁶⁹⁻⁷¹. 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.

Por todo lo anterior, el proceso migratorio, tanto de menores como de adultos, va acompañado de signos de estrés, depresión y ansiedad, incluidos en toda una gama de trastornos psiquiátricos y conductas lesivas que atentan contra la estabilidad y pleno desarrollo de la salud mental, ligada al componente físico y espiritual de estas comunidades⁷²⁻⁷⁷.

EN BÚSQUEDA DE UNA SOLUCIÓN

Es obvio que estamos ante una situación crítica que afecta a la población indígena de toda Latinoamérica y que está articulada con un contexto socioeconómico e histórico que origina problemas psicosociales que producen consecuencias que tienden a reproducirse y perpetuarse de generación en generación como lo han venido haciendo durante décadas⁷⁸⁻⁸⁰.

Por esta razón es inminente la implementación activa de una estrategia nacional de salud mental dirigida a aquellos grupos marginados y más vulnerables como lo son las poblaciones indígenas, que están rodeadas de factores de riesgo, desencadenantes del desequilibrio en la salud mental y emocional. Además, estamos frente a un tema que resulta virgen en términos epidemiológicos, pues es abismal el desconocimiento de incidencia y prevalencia de los diferentes desórdenes psiquiátricos y

psicológicos que padece esta población y que deberían ser objeto de atención profesional.

Es indispensable que se tomen medidas especiales para atender a estas poblaciones. Se trata de aprender a aplicar el concepto de cultura en la ciencia médica, para abordar el desafío de la trasgresión cultural que sufren las poblaciones marginadas y hacer posible la fusión de las dos culturas desarticuladas.

Desde la postura elaborada por Kleinman⁸¹, se requiere de la implementación de un modelo como la estrategia más eficaz para lograr una mejor gestión clínica a partir de la negociación médico-paciente. Para esto es necesario dejar a un lado el escepticismo de la medicina occidental, de manera que el médico pueda acceder al conocimiento de las creencias que el paciente tiene sobre su padecimiento, el significado personal y social que atribuye al trastorno, y sus expectativas sobre lo que le sucederá, para lograr un ambiente de total confianza entre estos dos mundos que están separados por una brecha cultural inmensa.

Estos temas, junto con la brecha cultural existente, han sido considerados campos de estudio de la etnopsiquiatría o etnomedicina⁸², gracias a los cuales se ha analizado la construcción socio-cultural de trastornos mentales específicos de determinadas culturas⁸²⁻⁸⁷. También, se han analizado los sistemas de clasificación de las enfermedades en distintas etnias^{89,90}, estudios que 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 múltiples formas de manifestación de los trastornos psíquicos, sino que expresa condiciones y sistemas socio-culturales particulares.

CONCLUSIÓN

Las marcadas diferencias de conceptualización y clasificación de los trastornos mentales entre los sistemas indígenas y occidentales, hacen

evidente la necesidad de definir equivalencias entre ambos sistemas. Igualmente, estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de diseñar y apoyar estrategias de intervención basadas en los sistemas socioculturales indígenas, que permitan redistribuir los recursos comunitarios para la salud mental y establecer una relación entre los entes comunitarios e institucionales de salud, con el fin de darle de una vez por todas la cara al problema y contribuir, desde la medicina, con el rescate y la asistencia integral para esta población que algunos se han encargado de olvidar durante décadas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Al Semillero de Investigación de la Facultad de Medicina, SIFAM, al que pertenecemos y a sus docentes por incentivar en sus estudiantes el espíritu investigativo y la realización de estas revisiones.

REFERENCIAS

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Bogotá: DANE; 2007.
2. Bodnar Y. Colombia: apuntes sobre la diversidad cultural y la información sociodemográfica disponible sobre los pueblos indígenas. Santiago de Chile: Naciones Unidas: Cepal; 2005.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Bogotá: DANE; 2006.
4. Izquierdo JE. Pueblos indígenas de Colombia [Internet]. Scribd; 2010 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/26664597/Pueblos-indigenas-de-Colombia>.
5. Instituto Colombiano de Desarrollo Rural. Reforma agraria y desarrollo rural para los grupos étnicos en Colombia: estudio de caso. En: Memorias: Conferencia Internacional sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural. Porto Alegre, Brasil; 2006.
6. Gómez A. Estructuración socio-espacial de la Amazonia colombiana siglos XIX XX. Desplazados, migraciones internas y reestructuraciones territoriales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999.
7. Suarez HD, Henao DF. El Desplazamiento forzado indígena en Colombia: la ley del silencio y la tristeza. Bogotá: Codhes; 2003.
8. United Nations. State of the World's Indigenous Peoples. New York: United Nations; 2009.
9. Forero E. La promoción de políticas preventivas del desplazamiento interno en Colombia. En: Memorias: Coloquio Internacional Sobre Crisis Humanitarias y Reconciliación. Madrid; 2000. p. 4.
10. Stavenhagen R. Mission to Colombia. Addendum 2 to the Report of the special rapporteur on the human rights and fundamental freedoms of indigenous people [Internet]. Ginebra: OACDH; 2004 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.ohchr.org>.
11. Wiben M. Indigenous affairs, land rights: a key issue [Internet]. Copenhagen: IWGIA; 2004 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.iwgia.org>.
12. Hall G, Patrinos HA. Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America: 1994-2004. New York: Palgrave MacMillan; 2006.
13. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: United Nations; 2005.
14. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Panorama social de América Latina 2006. Santiago de Chile: United Nations; 2007.
15. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: lineamientos estratégicos y plan de acción, 2003-2007. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
16. López de Mesa L. Disertación sociológica. Medellín: Bedout; 1970.
17. Villegas AA. Raza y nación en el pensamiento de Luis López de Mesa: Colombia, 1920-1940. Estudios Políticos. 2005 Ene-Jun;(26):209-232.
18. Ministerio de la Protección Social (Colombia), Fundación FES Social. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social: Fundación FES Social; 2005.
19. Heinze G, Pérez H. Ramón de la Fuente Muñiz (1921-2006). Salud Mental. 2006; 29(2):1-3.
20. OMS. Documentos básicos. 43. ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
21. OMS. Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
22. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV. México: Masson; 1995.
23. Secretaría de Salud (México). Programa de acción en salud mental. México: Secretaría de Salud; 2001.
24. Secretaría de Salud (México). Programa de acción: salud y nutrición para los pueblos indígenas. México: Secretaría de Salud; 2001.
25. Barriguete Meléndez JA, Reartes D, Venegas RM, Moro M, Rios E, Lerín S. La salud mental en contextos interculturales: contenidos para la capacitación del personal de salud [Internet]. En: Memorias: 4to Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis; 2003 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2435/1/interpsiquis_2003_10546.pdf.
26. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación con Colombia: 2006-2010. Washington: OPS; 2006.
27. Organización Mundial de la Salud. Mental health legislation and human right. Geneva: OMS; 2003.
28. Amnesty International. The maze of injustice: the failure to protect Indigenous women from sexual violence in the USA. London: Amnesty International; 2007.
29. Naciones Unidas. Foro permanente para las cuestiones indígenas: tercer período de sesiones. Nueva York: Naciones Unidas; 2003.
30. Forero J. In a land torn by violence, too many troubling deaths. New York Times [revista en Internet]. 2004 23 Nov [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2004/11/23/health/psychology/23trib.html>.
31. OMS. Mesas redondas: salud mental: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2001.

32. Naciones Unidas. Actividades de las Naciones Unidas relacionadas con la Salud de las Poblaciones Indígenas. Nueva York: Naciones Unidas; 2002.
33. Ministerio de Salud (Nicaragua). Evaluación Nacional del decenio de salud de los pueblos indígenas y afrocaribes de Nicaragua, 1995-2004. Managua: OPS; 2004.
34. Calle CP, Carmona BI. Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena Embera-Chamí de Cristianía en el municipio de Jardín Antioquia [Internet]. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Psicología; 2006 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TESISsaludmentalemerchami.pdf>
35. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of aboriginal peoples: transformations of identity and community. In: Advanced Study Institute The Mental Health of Indigenous Peoples. The Mental Health of Indigenous Peoples. Montréal: McGill University; 2000.
36. Kunitz SJ, Gabriel R, Levy JE, Henderson E, Lampert K, McCloskey J, *et al.* Alcohol dependence and conduct disorder among Navajo Indians. *J Stud Alcohol.* 1999; 60(2):159-16.
37. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Oct;62(10):1097-106.
38. Duran B, Sanders M, Skipper B, Waitzkin H, Malcoe LH, Paine S, *et al.* Prevalence and correlates of mental disorders among native american women in primary care. *Am J Public Health.* 2004 Jan; 94(1):71-7.
39. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry.* 2005 Jun; 51(2):119-27.
40. Coloma C, Hoffman JS, Crosby A. Suicide among Guarani Kaiowá and Nandeva Youth in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arch Suicide Res.* 2006;10(2):191-207.
41. NAHO. Inuit backgrounder: world suicide prevention day. Ottawa: National Aboriginal Health Organization; 2005.
42. Scott-Clark C, Levy A. The land of the dead. *The Guardian* [revista en Internet]. 2006 Jun 24 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/world/2006/jun/24/australia.adrianlevy>.
43. Newman L. Tragedy Stalks Brazil's Guarani [Internet]. Doha, Catar: AlJazeera; 2006 [consultado 6 de junio de 2011]. <http://english.aljazeera.net/NR/exeres/995D087C-3CA6-4B41-9694-91D49D2ED038.htm>.
44. Fell N. Argentine tribe losing battle against 'silent genocide'. *Edinburgh: Sunday Herald*; 2005.
45. Leenaars AA. Suicide among indigenous peoples: introduction and call to action. *Arch Suicide Res.* 2006;10(2):103-115.
46. Conselho Indigenista Missionário, Comissão pró Índio de São Paulo, Ministério Público Federal. Conflitos de direitos sobre as terras Guarani Kaiowá no estado do Mato Grosso do Sul. São Paulo: Conselho Indigenista Missionário: Comissão pró Índio de São Paulo: Ministério Público Federal; 2001.
47. SDWG. Analysis of Arctic Children and Youth Health Indicators. Ottawa: Arctic Council Sustainable Development Working Group; 2005.
48. Health Canada. A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada. Ottawa: Health Canada; 2000.
49. Gutiérrez R. Factores psicosociales de riesgo para la salud mental de niñas y niños indígenas migrantes que cursan la educación primaria: anteproyecto presentado al Grupo Piloto. México: UNAM, Facultad de Psicología, Coordinación de Laboratorios; 2003.
50. Caroppo E, Muscelli C, Brogna P, Paci M, Camerino C, Bria P. Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy. *Ann Ist Super Sanita.* 2009; 45(3):331-40.
51. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington: OPS: OMS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 1998.
52. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas. Washington: OPS: OMS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 1998.
53. Cloninger SC, Ortiz ME. Teorías de la personalidad. 3. ed. México: Pearson Educación; 2003.
54. Working Group on Indigenous Populations. Report of the working group on indigenous populations on its 24th session. Geneva: WGIP; 2006.
55. International Indigenous Women's Forum. Mairin Iwanka Raya: indigenous women stand against violence: a companion report to the Secretary-General's Study on violence against women, 2006 [Internet]. New York: Madre; 2006 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.madre.org/fimi/vaiwreport06.pdf>
56. Asian Indigenous Women's Network, Aliansi Masyarakat Adat Nusantara, International Centre for Human Rights and Democratic Development. Indigenous women and militarization [Internet]. Quebec: Rights & Democracy; 2006 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.dd-rd.ca/site/_PDF/publications/indigenous/InfoKitEnglish_indig_asia.pdf.
57. Dowie M. Conservation refugees, in paradigm wars: indigenous peoples resistance to globalization. In: Mander J, Tauli-Corpuz V. A special Report of the International Forum on Globalization Committee on Indigenous Peoples. San Francisco, CA: Sierra Club Book; 2006.
58. Egan LC, Santos LR, Bloom P. The origins of cognitive dissonance: evidence from children and monkeys. *Psychol Sci.* 2007; 18(11):978-83.

59. Bietti L. Disonancia cognitiva: procesos cognitivos para justificar acciones inmorales. *Ciencia Cognitiva*. 2009; 3(1):15-17.
60. Bandura A. Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *J Moral Educ*. 2002; 31:101-119.
61. Oxoby R. Cognitive dissonance, status, and growth of the underclass. *Econ J (London)*. 2004; 114:729-749.
62. Esteban Zamora A. El desarraigo como vivencia del exilio y de la globalización. *Amérique Latine Histoire et Mémoire [revista en Internet]*. 2002 [consultado 6 de junio de 2011]; (5). Disponible en: <http://alhim.revues.org/index708.html>.
63. Guinsberg E. Migraciones, exilios y traumas psíquicos. *Política y Cultura*. 2005; 23:161-180.
64. Secretaría de Salud (México), CONADIC. Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas [Internet]. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2005 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/retos_alcoholismo_pueblos_indigenas.pdf
65. Seale JP, Seale JD, Alvarado M, Vogel R, Terry NE. Prevalence of problem drinking in a Venezuelan native American population. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(2):198-204.
66. Restrepo Restrepo V, Orduz Sánchez JF. Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: salud mental de los pueblos indígenas. Medellín: Universidad de Antioquia: Organización Indígena de Antioquia; 2006.
67. Survival International. El progreso puede matar: cómo el desarrollo impuesto destruye la salud de los pueblos indígenas [Internet]. Madrid: Survival International; 2008 [consultado 6 de junio de 2011]. Disponible en: http://assets.survivalinternational.org/static/files/campaigns/PCK_SPANISH_LONG.pdf.
68. Barriguete A. La copa nostra. México: Diana; 2002.
69. OMS. Salud mental: nuevo entendimiento, nueva esperanza. Ginebra: OMS; 2001.
70. OMS. Atlas: recursos de salud mental en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
71. OMS. Prevención y promoción en salud mental: evidencia e investigación. Ginebra: OMS, Departamento de Salud Mental y Adicción a Sustancias; 2002.
72. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.
73. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Apr; 109(4):243-58.
74. Carlson J, Jané M. Salud mental infante-juvenil en inmigrantes. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2001.
75. Espeso S. Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple en población infante-juvenil. En: *Memorias: Simposio III, Primer Congreso Internacional del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales*. Guadalajara, Jalisco: GLADET; 2008.
76. García Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118(5):187-191.
77. Maldonado M. Los costos psicológicos de la migración. *Revista La Familia*. 2005 Mar 20.
78. Ministerio de Salud (Perú). Plan Nacional de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
79. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima: Ministerio de Salud: Universidad Norbert Wiener: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
80. Global Health Watch. *Global Health Watch 2005-2006: an alternative world health report*. London: Global Equity Gauge Alliance and Zed Books; 2005.
81. Salaverry O. Interculturalidad en salud: la nueva frontera de la medicina. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(1): 6-7.
82. Clarac J. Salud mental y globalización: necesidad de una nueva etnopsiquiatría. *Boletín Antropológico*. 2004; 22(61):159-185.
83. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
84. Rojas R. Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2001.
85. Van der Laet C. Hacia la construcción de servicios de salud específicos: análisis de los determinantes de la salud, basado en la perspectiva de la población indígena cabécar de Chirripó. San José, Costa Rica: UCR: OPS; 2005.
86. OPS. Serie salud de los pueblos indígenas No. 18: Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú: OPS; 2000.
87. OPS, OMS. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2003.
88. Mabit J. Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: el reto de la coherencia. En: *Memorias: Seminario -Taller Regional Sobre Políticas y Experiencias en Salud e Interculturalidad*. Quito, Ecuador: Centro Takiwasi; 2004.
89. Athias R. Indigenous traditional medicine among the Hupd'äh-Maku of Tiquié River (Brazil): paper delivered at indigenous peoples' right to health: did the international decade of indigenous people make a difference? London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2004.
90. Greifeld K. Conceptos en la antropología médica: síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*. 2004; 18(35):361-375.