PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MODELOS DE SALUD MENTAL DESARROLLADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE QUITO Y LA COMUNIDAD LA CALERA.

Estudio realizado desde el enfoque psicosocial, como una propuesta de intervención intercultural

SHAYANA ALCAMARY VINUEZA QUILUMBAQUÍ

DIRECTOR: MTR. ERNESTO FLORES SIERRA

QUITO, 2020

Para todas las comunidades indígenas
y para todos los que hemos tenido el privilegio de conocer la locura.
¡Para todos todo!

Agradecimientos

A mi ayllu central: Rosita, Alfred, Inti y Daniel,
por ser mi fuente de valores, sabiduría, y soporte incondicional.

A mis abuelitos por sus bendiciones.

A mi abuelita Angelina, por decidir que seamos sus ojos.

A mi prima Tami, por escucharme siempre.

A mi pequeño Kinti, por ser mi mensajero de luz.

A mis amigas y amigos, por su compañía y todo el cariño que me brindan.

Al cosmos por inspirarme y poner a las personas correctas en mi camino.

¡A los genios y maravillosos seres del HEJE, por enseñarme tanto!

A tayta Wayra, tayta Julio, mama Luz María, mama Blanca, por ser guardianes de la medicina ancestral.

A Allipak Warmi Tantanakuy, por creer en mí.

Y no podía faltar, el duro de los duros, Ernesto Flores: Gracias por su guía.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen ..... **vii**

Abstract ..... **viii**

Uchallayachishka yuyay ..... **ix**

INTRODUCCIÓN **1**

1.PRIMER CAPÍTULO: MODELO DE SALUD MENTAL APLICADO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE QUITO **4**

1.1 Contexto del hospital 4

1.2 Sistema Nacional de Salud del Ecuador 6

1.3 Salud Mental en el Ecuador 9

1.4 Concepción de salud y enfermedad mental 12

1.5 Instrumentos de práctica clínica en salud mental 13

1.5.1 Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 13

1.5.2 Modelo de Atención de Salud Mental 15

1.5.3 Plan Estratégico de Salud Mental 18

1.6 Lineamientos aplicados dentro del hospital psiquiátrico de estudio 19

1.6.1 Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud que influyen en la salud mental 20

1.6.2 Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de la Salud, como establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización 22

1.6.3 Brindar Atención Integral en Salud a las personas que usan o consumen drogas, acorde a lo propuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) 24

1.6.4 Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental 24

1.6.5 Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria 25

2. SEGUNDO CAPÍTULO. MODELO DE SALUD MENTAL APLICADO EN LA COMUNIDAD KICHWA LA CALERA **28**

2.1 Contexto de la comunidad 28
2.2 Organización indígena comunitaria 28
2.2.1 El Ayllu 30
2.2.2 El Cabildo 31
2.3 Principios generales de la cosmovisión andina 32
2.4 La Salud en la población andina ecuatoriana 34
2.5 La Salud en la Comunidad La Calera 36
2.5.1 Comisión de Salud de La Calera 34
2.5.2 Concepción de salud y enfermedad en La Calera 40
2.5.3 Concepción de Salud Mental en La Calera 41
2.6 Medicina ritual andina en La Calera 42
3. TERCER CAPÍTULO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTERCULTURAL ..45
3.1 La interculturalidad en el sistema de salud mental ecuatoriano 45
3.2 Contraste de significantes andinos y occidentales 46
3.3 Propuesta: Jornada de Salud Integral en la comunidad La Calera 48
3.3.1 Introducción 48
3.3.2 Justificación 48
3.3.3 Objetivos 49
3.3.4 Descripción de la propuesta 50
3.3.5 Actividades de la Jornada de salud integral 51
3.3.6 Resultados esperados 56
3.3.7 Evaluación de la propuesta 56
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 58
5. BIBLIOGRAFÍA 61
6. ANEXOS 66

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla Nro. 1. *Egresos hospitalarios* 4

Tabla Nro. 2. *Niveles de atención de los establecimientos de salud* 6

Tabla Nro. 3. *Organización de los servicios de salud mental por nivel de complejidad* 17

Tabla Nro. 4. *Lineamientos estratégicos en salud mental.* 18

Tabla Nro. 5. *Formas de percibir, aprender y comprender el mundo.* 47

Tabla Nro. 6. *Cronograma y descripción de actividades* 52

Figura Nro. 1 *Encuesta: Cuando tiene alguna molestia o enfermedad ¿Qué tipo de medicina elige?* 36

Resumen

Esta investigación de tipo teórico practico tiene la finalidad de comparar los modelos de salud mental aplicados en los contextos occidental y andinos ecuatorianos, donde sobresale la necesidad de un trabajo articulado entre ambos enfoques para responder a las necesidades de una población variada como es la ecuatoriana. Así, se plantea una propuesta de intervención intercultural que procura el cuidado integral de la salud. Para ello se abordan las especificidades estructurantes de cada modelo como su contexto, población, concepciones, organización e intervenciones generales para el cuidado de la salud mental. Desde el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano, es significativa la implementación del enfoque familiar, comunitario e intercultural para configurar, fortalecer y asegurar el derecho a la salud. Así mismo, desde la cosmovisión indígena se rescata la vigencia de prácticas culturales como importantes elementos terapéuticos y medicinales. La óptica psicosocial es evidente en cada punto de trabajo, por lo que a partir de ella se reúne la información necesaria para construir este estudio. En esa línea, se desarrollan entrevistas a los actores sanitarios correspondientes a cada enfoque, y se complementan los saberes con revisión bibliográfica, dando lugar a un aporte intercultural y multidisciplinario.

Palabras clave

Salud mental, Salud integral, Interculturalidad, Ayllu, Comunidades indígenas.

Abstract

This theoretical and practical research has the purpose of comparing mental health models applied in the andean and western ecuadorian contexts, where it is necessary an articulated work between both approaches to respond to all population needs. Then, an intercultural intervention is proposed to seek a more holistic health care. To achieve this, some specific aspects of each model such context, population, conceptions, organization, and general interventions for mental health care will be discussed. From the Ecuadorian National Health System is important to implement a family, community and intercultural approach to set up, strengthen and ensure the right to health. Likewise, from the indigenous philosophy, cultural practices such as rituals are rescued as important therapeutic and medicinal elements. The psychosocial perspective is evident in each point of this work. From it, the necessary information is gathered to shape this study. Along these lines, interviews are carried out with people in charge of health from each approach. All that knowledge is complemented with a bibliographic review, giving an intercultural and multidisciplinary contribution.

Keywords

Mental health, Comprehensive health, Interculturality, Family, Indigenous communities.

Uchallayachishka yuyay

Kay yachayyuyak taripayka, yuyaykakmanta allikay katinallakunata chimpapuran kuntik yuyaykuna shinallata ecuador mamallaktamanta runakunapa yuyaykunatapash. Shinami shuk yuyay paktay llamkay wacharin ecuador llaktayukkunapa mutsurikunata kutichinkapak. Shina, shuk kawsaypurachik rimanakupuy kunakunatami nin llapaykunamanta allikay kamankapak. Chaypaka, masmachik shukllakkuna shuk shuk katinallakunata wampukyan, muyuntinpi, llaktayukpi, yuyayuykunapi, tantakuypi shinallata sapsi rimanakupuykunapi, yuyaykakmanta allikayta kamankapak. Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano ukumanta, ayllupak ayllullakta shina rikuypi shinallata kawsaypurachikka anchayupakmi kan, allichinkapa, sinchiyachinkapa shinallata alliaky hayñita arininkapa. Shinallata, runakawsaymanta rikushpaka kay allikaykunamanta shinallata hampikunamanta yachaykunaka mayhatun anchayupakmi kan. Tukuyllapa kawsay rikuypika, rikunallami kan shuk shuk llamkaykunapi, chay hipami mutsurishka taripaykunata tantarin kay yachakuykunata rurankapa. Chay yuyaypi, hampiyachik rurakkunawan rimaykuna rurarin, shuk shuk rikuykunata rikuchinkapa shinallata kay rimaykunaka kutinrikuy kamukunamantakunawan paktachin, shinami shuk kawsaypurachik shinallata achka yuyay llamkaykunata yanapayta kun.

Anchayuk shimi

Yuyaykakmanta allikay, Llapaykunamanta allikay, Kawsaypurachik, Ayllu, Runa ayllullakta.

INTRODUCCIÓN

Hablar de salud mental en el Ecuador es ubicar un escenario amplio de condiciones, posibilidades, saberes y realidades. Sobre todo, es reconocer que a pesar de que constitucionalmente este país se denomine intercultural y plurinacional, la salud en general, al igual que muchos otros derechos, sigue siendo una utopía para el pueblo. En específico, los pueblos y nacionalidades indígenas son una población que históricamente han luchado por el reconocimiento de su población como seres humanos culturales y por el cumplimiento de sus derechos. Esta reivindicación, en el área de la salud, pretende el libre acceso a los servicios médicos a nivel nacional. También exige el respeto e inclusión de una cultura sanitaria diferente sin que esta sea subestimada o minimizada. En general, se busca combatir las desigualdades y el estigma en los enfermos mentales.

Siguiendo esa línea, el presente trabajo de disertación desarrollado por una estudiante de psicología clínica perteneciente al Pueblo Kichwa Cotacachi, analiza las interrogantes ¿Qué hacen los pueblos indígenas cuando uno de sus miembros tiene alguna enfermedad mental? ¿Cuál es la lógica de salud mental que actualmente siguen los hospitales psiquiátricos en el Ecuador? ¿El diálogo horizontal de culturas sanitarias diferentes es posible?

Para dar respuesta a dichas preguntas, este estudio trabajará en base al objetivo general de analizar el modelo de salud mental de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito y de una comunidad kichwa de Cotacachi, contrastando las lógicas médicas tanto occidental como andina, para proponer prácticas interculturales en el cuidado de la salud mental. De ese modo se reconocerá la posibilidad de trabajo entre culturas sanitarias diferentes, donde resaltará el elemento cultural como aquello que evidentemente genera procesos psicológicos en las personas (Flores, 2014).

En ese sentido, el primer capítulo de esta investigación dará lugar al objetivo específico de analizar el modelo de salud mental aplicado en un hospital psiquiátrico de Quito. Para ello se contextualizará el Sistema Nacional de Salud y la organización de la salud mental en el Ecuador. De ese modo se identificarán los principales documentos que exponen el enfoque médico a seguir y guían la práctica clínica del personal de salud pública. Además, se aterrizará en el funcionamiento de la institución psiquiátrica en

estudio al analizar el modo en que ésta aplica los cinco lineamientos estratégicos que propone el MSP para continuar con el proceso de transformación de la salud ecuatoriana.

Así mismo, para alcanzar el segundo objetivo específico de analizar el modelo de salud mental que aplica la comunidad kichwa La Calera, el capítulo número dos de esta investigación intentará explicar la lógica andina del cuidado de la salud, desde su contexto comunitario y sus principios vitales. En este punto se hará énfasis en el desapego de toda lógica occidental para comprender una cosmovisión diferente. Así se ubicará la importancia relacional que da lugar al bienestar del *runa* (ser humano andino) y a la existencia de un equilibrio cósmico que incluye entes propios de la cultura indígena. Elementos que demostrarán que los pueblos ancestrales, desde su propia cosmovisión y a través de estrategias como la práctica ritual, han logrado preservar, cuidar y producir la vida (Quintanilla, 2014).

Finalmente, a pesar del contraste que ya se hace con los anteriores apartados, el tercer capítulo hará énfasis en algunas diferencias estructurales del modelo occidental y andino. Además, estudiará el modo en que es aplicado el tema de la interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud para dar lugar al tercer y último objetivo específico que busca diseñar una propuesta de intervención intercultural. En la que se integrarán conceptos tanto andinos como occidentales en actividades diseñadas con el objetivo de promover la salud mental e integral en los miembros de la comunidad La Calera. Con dicha propuesta se fortalecerá la organización comunitaria, específicamente la comisión de salud, para que sea posible la articulación de ésta con entidades externas de salud.

Todo este trabajo partirá de la hipótesis de que el Estado y Ministerio de Salud Pública necesita fortalecer la organización de los pueblos y nacionalidades existentes en el Ecuador para que éstos se apropien de sus saberes y espacios. Saberes como la medicina tradicional y espacios como sus propias comunidades. Lo que implica el reconocimiento e inclusión de las prácticas de los pueblos ancestrales que históricamente han sido subestimadas al no contar con documentación o estudios de comprobación científica. Al dar lugar a estas culturas sanitarias distintas, será posible asentar una verdadera interculturalidad sanitaria que aporte a la transformación del Sistema Nacional de Salud, dejando de lado cualquier lógica que vulnere los derechos de las y los ciudadanos.

La investigación se construirá con la información recogida a través del diálogo directo a modo de entrevistas semiestructuradas, con algunos expertos de formación médica occidental que actualmente desempeñen funciones en el hospital psiquiátrico estudiado y otros de sabiduría médica ancestral residentes en la comunidad La Calera. Además, se propondrán encuestas virtuales sobre puntos específicos y se realizará revisión bibliográfica sobre ambos enfoques de salud mental. Con los datos obtenidos se construirán puntos de comparación que permitan analizar ambas realidades.

1. PRIMER CAPÍTULO: MODELO DE SALUD MENTAL APLICADO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE QUITO

Este capítulo estudiará de manera general el sistema de salud del Ecuador y específicamente el modelo de salud mental que sigue uno de los hospitales psiquiátricos de la ciudad de Quito. Esto se realizará en base a los manuales y lineamientos que dispone el Ministerio de Salud Pública desde la posición de rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS), articulando la práctica clínica del personal médico del establecimiento en estudio. Además, se analizarán algunos elementos y factores sociales que tienen implicación en la salud mental y en la aplicación de este modelo, mismos que resaltarán la importancia del proceso actual de cambio de enfoque.

1.1 Contexto del hospital

El hospital psiquiátrico con el que se trabajará en esta investigación se encuentra en Pichincha, Distrito Metropolitano de Quito, contando con más de sesenta años de funcionamiento. De acuerdo con la clasificación nacional de servicios de salud, por su capacidad resolutiva, esta institución se ubica en el Tercer Nivel de Atención como Hospital Especializado en Salud Mental.

Actualmente este centro de atención psiquiátrica tiene una capacidad de 146 camas, que se distribuyen en salas designadas a las secciones de agudos, crónicos, inimputables, y personas con menor autonomía o sección 10. (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020). Cada espacio de distribución tiene su personal y dinámica específica de acuerdo con las necesidades de los pacientes. Este establecimiento cuenta con un grupo variado de profesionales en salud mental y ofrece la atención desde los espacios de consulta externa, emergencia e internación (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Recurso Humano y Servicios de Salud

Actualmente en esta institución se encuentra trabajando con un conjunto de 128 profesionales, de los cuales 5 son psicólogos, 9 psiquiatras, 3 trabajadoras sociales, 2 médicos internistas, 10 médicos residentes, 1 odontóloga, 5 terapistas ocupacionales, 19 enfermeras, 1 epidemiólogo y 75 auxiliares. Adicional a los cuales, como otro importante recurso humano, se encuentran estudiantes practicantes en salud mental, algunos

voluntarios, así como el personal administrativo. (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020)

Todos estos profesionales que trabajan en esta institución pública, en distintos momentos, brindan sus servicios a las personas que ingresan al hospital. Todas las personas que acuden a dicho hospital pasan a ser usuarios del sistema de salud pública y tienen un registro dentro de este sistema a nivel nacional. Los servicios que tiene esta entidad van desde el espacio de consulta externa, que es destinado a la atención ambulatoria, a través de citas médicas de control o seguimiento periódico. Otro servicio es el de internación, donde su aplicación depende del cuadro clínico con el que una persona acuda a este hospital, que generalmente involucra un estado de inestabilidad mental y emocional al que se busca contener y estabilizar con el trabajo del equipo multidisciplinario existente en la institución.

En el caso de los pacientes que requieren de internación, éstos pasan por un proceso de valoración del cuadro por parte de los profesionales en psiquiatría, psicología y medicina interna, para luego ingresar a la sección de agudos, donde son parte de un plan de atención para el cuidado de su salud mental, que involucra a todo el recurso humano antes mencionado. “De acuerdo con la evolución que se aprecie y se compruebe, se considera el alta del paciente, haciendo un estudio social que identifique las redes de apoyo con las que podría contar esta persona para reinsertarse en la sociedad” (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020).

Lo mismo sucede en lo que concierte al servicio de emergencia, que es otra importante área de esta institución, en tanto se dedica a dar respuesta a las urgencias sanitarias relacionadas con enfermedades mentales que puedan suscitarse en la población. En dicho espacio también se distribuyen los profesionales especializados para valorar a los pacientes; proceso que puede culminar en la internación de una persona o la derivación de esta a una entidad competente.

Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico vigente expone que las atenciones brindadas en el año 2018 registran: 629 egresos hospitalarios, 19.293 atenciones en Consulta externa y 1.452 en Emergencias. (Unidad de Epidemiología HEJE, 2019). De estas categorías de atención, se tiene los siguientes datos estadísticos:

Tabla Nro. 1. *Egresos hospitalarios*

EGRESOS HOSPITALARIOS	
Porcentaje de egresos según el sexo	- 47% hombres - 53% mujeres
Porcentaje de egresos según grupo racial	- 93.6% mestizo/a - 0.3% indígena - 0.2% afroecuatoriano - 5.9% no registrado
Diagnósticos más frecuentes	- F30-F39 Trastornos del humor o afectivos. (CIE 10) - F20-F29 Esquizofrenia trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. (CIE 10) - F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. (CIE10) - F70-F79 Retraso mental (CIE10)

Fuente: elaboración propia con base en datos de Unidad de Epidemiología HEJE (2019)

A partir de estos datos es posible evidenciar que mayor parte de la población que decide atender su salud mental en un hospital psiquiátrico es la población autoidentificada como mestiza, de los cuales en su leve mayoría son pacientes mujeres. El tipo de población que le sigue es la población que se autoidentifica como indígena y después se encuentra la población autoidentificada como afroecuatoriana. Existe además un pequeño porcentaje de pacientes que no registran su grupo racial. Las culturas indígena y afroecuatoriana que acuden a los servicios de esta institución representan una minoría significativa respecto de la población mestiza.

1.2 Sistema Nacional de Salud del Ecuador

El sistema de salud ecuatoriano se encuentra conformado por entes privados, públicos, autónomos y comunitarios. El sector público es integrado por el Ministerio de

Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social, además de los establecimientos de salud de las municipalidades y otras instituciones de seguridad social. Por otro lado, el sector privado se compone por entidades con fines de lucro y otras no lucrativas, las cuales cubren aproximadamente el 3% de la población, que generalmente corresponden a estratos sociales medio y alto (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011). Lo que significa que la mayor parte de la población es atendida por entidades públicas. En estas condiciones, el MSP ubica el lugar de "Máxima Autoridad Sanitaria" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 35), al ejercer la rectoría del SNS.

A lo largo de los años, el SNS ha mantenido las características de un sistema "fragmentado y segmentado" (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 19), debido a la poca coordinación y vinculación entre las distintas instituciones, servicios de salud, niveles de atención, e instituciones sociales. Esta desarticulación, es considerada por las autoridades nacionales como una condición que debe ser transformada, para lo cual se han diseñado algunos planes y proyectos de salud en los últimos años. Sobre todo, existe la necesidad de un cambio de enfoque que atienda de manera oportuna con la demanda sanitaria existente en el país. En este sentido se empieza a introducir en la metodología de trabajo, el enfoque integral, familiar y comunitario.

Las instituciones y servicios de salud que conforman este sistema tienen una clasificación basada en niveles de atención, de acuerdo con la capacidad resolutiva. La ubicación de dichas entidades depende de los servicios que brinda, así como del personal médico que las conforman. Así se tienen los siguientes cinco niveles:

Tabla Nro. 2. *Niveles de atención de los establecimientos de salud.*

NIVELES DE ATENCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
NIVEL	CARACTERISTICAS	SERVICIOS
Primer Nivel de Atención	-Tiene contacto directo con la comunidad -Resuelve necesidades básicas o frecuentes	-Puesto de salud -Consultorio general -Centro de salud A -Centro de salud B

	-Atención integral a la familia, individuo y comunidad -Énfasis en promoción y prevención	-Centro de salud C
Segundo Nivel de Atención	-Atención ambulatoria especializada -Hospitalización de ser necesario -Ingreso a través del primer nivel, a excepción de casos de emergencia.	-Consultorio de especialidad clínico-quirúrgico, médico u odontológico -Centro de especialidad -Centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día) -Hospital básico -Hospital general
Tercer Nivel de Atención	-Servicios ambulatorios y hospitalarios, de especialidad y especializados -Son de referencia nacional -Resuelven problemas de alta complejidad	-Centros especializados -Hospital especializado -Hospital de especialidades
Cuarto Nivel de Atención	-Realizan experimentación clínica	-Centro de experimentación por registro clínico -Centro de alta subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	-Nivel autónomo e independiente que se encarga de los casos a partir de que sean comunicados hasta que los mismos sean admitidos en un servicio de salud.	-Unida de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico

		- Unida de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado - Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Fuente: Ministero de Salud Pública (2012).

Esta distribución pretende disponer a la ciudadanía de espacios que respondan a la especificidad de la demanda en salud. Desde luego, se considera aquí a las instancias médicas únicamente. Sin embargo, el proceso de transformación del SNS depende de otra importante área, como es la social, por lo que la nueva línea de trabajo se define a partir de integrar "las redes de provisión de servicios del Ministerio de Salud y el sistema de Seguridad Social" (Naranjo et al., 2017). Lo que significa que se requiere de ambos entes para asegurar la salud y bienestar de las personas. Esto se establece una lógica de salud integral, que considera además del conocimiento médico científico, las variables sociales, ambientales e incluso culturales, como determinantes de salud. Con esto se hace énfasis en que la salud tiene directa influencia en el contexto de vida en que una persona se desarrolla, y se plantea dejar de lado cualquier postura médica organicista.

Cabe mencionar que la línea médica integral comprende una serie de configuraciones en planes y estrategias de trabajo que se han hecho en los últimos quince años aproximadamente. Puesto que el enfoque aplicado históricamente, responde a una línea hospitalocéntrica y biologicista que no da lugar a otras instituciones para la planificación del bienestar sanitario. Sin embargo, el proceso de cambio de línea o enfoque y las modificaciones en torno a ello, no asegura que el Ecuador realmente aplique planes articulados e integrados a nivel nacional.

1.3 Salud Mental en el Ecuador

La Salud mental en el Ecuador es dirigida y gestionada por la Comisión de Salud Mental en coordinación con el MSP como autoridad máxima. Esta Comisión, se encarga de proponer los lineamientos que deben cumplir todas las entidades dependientes, además de monitorear y evaluar las funciones de estas (Ministerio de Salud Pública, 2013). El

área de la salud mental, al igual que el SNS en general, se encuentra en un proceso de transformación y cambio de enfoque, desapegándose del "modelo hospitalocéntrico" (DuBois et al., 2014, p. 31) para entrar en una lógica de atención integral que articule los servicios de salud entre sí y que vincule su trabajo con actores sociales.

Dejar de lado el modelo hospitalocéntrico comprende reforzar los servicios de salud existentes con la integración de la salud mental dentro de todos los niveles de atención, de tal forma que los requerimientos de los usuarios del sistema de salud pública sean atendidos sin la necesidad de acudir a los hospitales psiquiátricos como se acostumbra, sobre todo sin la necesidad de recurrir al internamiento de una persona como método terapéutico principal. Lo que involucra acciones específicas de articulación entre los niveles de atención, como "el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización" (Organización Mundial de la Salud, 2015, p. 03). Estas acciones estratégicas van dirigidas a la atención ambulatoria e integral, que fomente la participación de no únicamente un servicio médico, sino que todo el sistema de salud sea parte a través de la conformación de equipos multidisciplinarios de trabajo, para que existan mejores y varias respuestas a las necesidades en salud mental que tiene la población. Todo lo que desde luego encaminará la eliminación de condiciones que cronifiquen a los pacientes con enfermedad mental. Es decir, tal articulación permitirá que la ciudadanía tenga mayor accesibilidad a la salud mental en el país.

Las intenciones de las autoridades estatales, así como del área de salud mental se muestran prometedoras y convenientes para generar una transformación positiva; sin embargo, es importante reconocer que el país tiene condiciones poco favorables para llevarlas a cabo. Empezando porque a pesar de las reformulaciones y las nuevas iniciativas de trabajo, "el Ecuador no tiene una ley de salud mental" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020) que asegure y respalde los proyectos integradores. El personal en salud, que se enfrenta directamente a estas condiciones, reconoce como principales debilidades "la disponibilidad del personal, el tiempo y los recursos." (Moreno. J, comunicación personal, 02 de septiembre de 2020). Ya que, debido a los recortes en personal de salud, que han sido significativos y desequilibrantes, muchos hospitales no cuentan con el equipo médico necesario. Además, el personal existente debe arreglárselas para atender la demanda diaria con pocos recursos.

Así mismo, el proceso de transformación se muestra como una difícil tarea en tanto aún existen resistencias desde el mismo personal médico y autoridades, quienes continúan practicando técnicas o conceptos de lógica biomédica con las que han trabajado por años. (Mera. D, comunicación personal, 10 de septiembre de 2020). Esto lentifica la implementación de un nuevo enfoque porque al desarrollar dichas prácticas, reproducen la misma lógica en la ciudadanía. Es por eso que parecidas resistencias se han reconocido en los familiares, la sociedad y los espacios de formación académica, de quienes depende el sostenimiento de un modelo integral y comunitario. (Silva. R, comunicación personal, 01 de septiembre de 2020). La academia, en este caso, juega también un papel importante en la transformación de lógicas medicas. Es necesaria la actualización de mallas curriculares que formen profesionales con enfoques más amplios y variados.

Otro aspecto importante que condiciona al sistema de salud mental ecuatoriano es la insuficiente asignación presupuestaria. Este es un determinante importante de la salud pues se conoce que, por ejemplo, únicamente el 1,46% del presupuesto total en salud, es dirigido al área de salud mental, siendo aproximadamente la mitad de dicho monto destinado a los hospitales psiquiátricos. (Organización Mundial de la Salud, 2015). Es decir, más allá de no brindarse el suficiente apoyo económico al área de salud mental, aun se da prioridad al sistema hospitalocéntrico de los centros psiquiátricos. Lo que no permite el pronto fortalecimiento y posicionamiento de la salud mental en los servicios de niveles inferiores, ni la debida articulación entre ellos, mucho menos con entidades sociales. Esta escasez presupuestaria influye también en la posibilidad de contar con personal capacitado, además de los implementos o espacios necesarios para la promoción de salud mental.

Otra situación poco favorable para la salud integral es la accesibilidad a los servicios de salud mental. General e históricamente los hospitales psiquiátricos han sido reconocidos como los espacios oficiales a los que se acude en casos de enfermedad mental y éstos como principales puntos no han sido distribuidos geográficamente de manera equitativa. Estas instituciones se encuentran concentradas únicamente en las grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca (Organización Mundial de la Salud, 2015). Lo que deja a una considerable parte de la población sin el acceso a estos servicios o en caso de acceder, lo hacen con gran esfuerzo. Esto desde luego incide en el fortalecimiento del estigma social hacia los enfermos mentales que existe en el Ecuador, ya que el poco acercamiento con la salud mental genera ideas equivocadas sobre ella.

Estas realidades pretenden ser cambiadas desde algunas estrategias integradoras, siendo la principal el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), que se basa en procesos preventivos y de promoción, así como en la vinculación de las diferentes entidades médicas para garantizar una atención de mayores opciones, siendo una de ellas la atención en salud mental. En esa línea, se pretende que los servicios de salud, sobre todo aquellos que mayor cercanía tienen con la población, incluyan acciones dirigidas al cuidado de la salud mental en sus carteras de servicios. Así, los servicios de salud mental alcanzarían también a topo tipo de población y se atenderían las "demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 44).

1.4 Concepción de salud y enfermedad mental.

La concepción de Salud Mental en que el MSP basa su línea de trabajo, es dispuesta por la Organización Mundial de Salud (OMS), en posición de organismo internacional quien por el desarrollo de los sistemas de salud en el mundo. De acuerdo con la misma, hablar de Salud Mental comprende "un estado de completo bienestar físico, mental y social" (Organización Mundial de la Salud, 2018), donde las personas cuenten con las condiciones adecuadas y dignas para desarrollar sus actividades cotidianas y elegir estilos y hábitos de vida saludables. Es decir, los intereses de la OMS y MSP coinciden al procurar una salud integral que considere más allá de la ausencia de enfermedades físicas o mentales, el contexto social en que viven las personas como determinante de salud. La salud mental, en ese sentido, es posible cuando una persona cuenta con las condiciones de vida favorables, que le permitan adaptarse a su entorno y relacionarse adecuadamente con los otros, además de afrontar el estrés diario. (DuBois et al., 2014).

De ahí la importancia del trabajo vinculado entre las instituciones del sistema de salud, así como el sistema de seguridad social, que aseguren el bienestar equitativo de los ecuatorianos. Lo que significa que se vele también por la protección a los enfermos mentales quienes viven la desventaja directa del estigma por su condición. Es fundamental asegurar que éstos tengan asistencia médica, redes de apoyo y las condiciones necesarias para una vida digna.

Por otro lado, y a partir de la misma óptica, el concepto que la OMS tiene sobre enfermedad o trastorno mental comprende "la combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás" (Organización Mundial de la Salud, 2019). Es decir, una persona en condición de enfermo o enferma mental no cuenta con las herramientas personales que le permitan entender y desarrollar sus actividades con naturalidad. La manera de percibir y conceptualizar el mundo puede ser diferente a la socialmente esperada, de acuerdo con cada caso. Lo que modifica las dinámicas a nivel individual, familiar y comunitario. Esta concepción también involucra, más allá de condiciones netamente orgánicas, a elementos sociales y del entorno.

1.5 Instrumentos de práctica clínica en salud mental

El Ministerio de Salud Pública, la Comisión de salud mental y otros actores del SNS han dispuesto diferentes guías y manuales de trabajo como herramientas de uso nacional para las instituciones de salud. Estos documentos se basan en las concepciones y sugerencias que presenta la OMS, así como demás estudios y modelos aplicados en otros sistemas de salud. Son varias las guías que se han elaborado como respuesta a necesidades específicas, donde se analizan diferentes tipos de enfermedades y sus posibles tratamientos. Así mismo existen manuales que explican el enfoque ideal de trabajo y las estrategias que los servicios de salud deben aplicar. En este caso, se describirán las tres principales herramientas de guía clínica dispuestas por las autoridades sanitarias.

1.5.1 Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

A partir del año 2012 se propone el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual modifica la lógica biomédica tradicional al incluir las principales esferas de organización social que determinan el bienestar de un ser humano. Este modelo es presentado por el MSP a modo de paraguas, siendo la principal guía de atención que define el enfoque de trabajo que deben seguir todas las entidades del SNS. Su estructura se sostiene en algunos instrumentos normativos del país, como la Constitución de la República, el Plan Nacional

de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio (DuBois et al., 2014).

La Constitución Ecuatoriana a través del Artículo 358 asegura que: “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural” (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p. 34). Lo que significa que el presente modelo de atención responderá a las necesidades de las principales áreas que constituyen la vida de una persona, así como a la diversidad étnica. Siendo justamente tal respuesta lo que involucra el enfoque de salud integral. Además, esta salud integral como derecho, se vincula con otros como la educación, la seguridad social, la alimentación, etc.

El MAIS-FCI como su nombre lo indica, considera las áreas familiar, comunitaria e intercultural. Las dos primeras representan el ambiente o escenario inmediato en el que las personas se desarrollan y establecen relaciones interpersonales. Son espacios importantes por considerar ya que estos pueden ser factores de riesgo o por el contrario pueden favorecer a las potencialidades de una persona. (Ministerio de Salud Pública, 2012). La familia y el entorno comunitario influyen directamente en la subjetivación y el bienestar de las personas, incluso pueden influir en "el desarrollo de tal o cual enfermedad física, somática o psíquica” (Gonzáles et al., 1998, p. 10).

El aspecto intercultural es también considerado dentro de este modelo de trabajo como un elemento fundamental que define las formas de vida y sistemas de creencia de las personas. Es un concepto que no puede ser omitido en este país, ya que el territorio ecuatoriano es habitado por una gran variedad de grupos culturales y étnicos con el mismo derecho de acceso a la salud. Grupos que poseen su propio saber cultural en medicina y merecen su reconocimiento. En ese sentido, el MAIS-FCI anuncia su interés por “implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención” (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 46). Lo que evidentemente requiere de un concentrado trabajo de capacitación en el recurso humano sobre enfoque intercultural. Lo que hasta la actualidad continúa siendo una realidad ideal no cumplida en su totalidad, debido a las condiciones de desventaja antes analizadas.

Este modelo familiar, comunitario e intercultural tiene como principales componentes la "promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad" (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 09), que justamente son trabajados desde la Atención Primaria de la Salud. Es decir, uno de los objetivos que el MAIS-FCI persigue es el fortalecimiento de las APS como estrategia transformadora del SNS.

La disposición nacional de este manual de atención en salud integral no asegura que sea cumplida en todos los servicios de salud de manera estricta. Incluso, no asegura que todos los actores que conforman el sistema de salud como las mismas autoridades y equipo médico tengan conocimiento de ella. Es decir, continúa pendiente el trabajo de capacitación respecto de este enfoque integral. Dicho en palabras de los profesionales en salud mental, el MAIS-FCI "es interesante en la lectura, pero en la práctica puede tener muchas limitaciones" (Mera. D, comunicación personal, 10 de septiembre 2020). Porque "al ser un modelo, funciona como un ideal" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020) y posiciona un horizonte de trabajo, pero necesita ser asentado a la realidad ecuatoriana con todas sus debilidades.

Además, la creación de este modelo puede ser percibida de diferentes maneras, comenta la gerencia del hospital en estudio; una de ellas pone sobre la mesa el tema de una ley de salud mental ausente en la constitución ecuatoriana, que se escuda con la existencia del MAIS-FCI. Sin embargo, desde otra óptica, menciona él mismo, se hallaría importante la implementación de este modelo en tanto permite que la salud mental empiece a ser vista de otra manera y se pueda debatir sobre ella (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020).

1.5.2 Modelo de Atención de Salud Mental

A partir del año 2014 se propone el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que busca la implementación de la salud mental dentro de todos los niveles de atención como proceso de descentralización y articulación de los servicios de salud. Este modelo también sigue los conceptos de la OMS y se basa en los mismos objetivos del MAIS-FCI. Sus principales componentes son: la Promoción de salud mental, Provisión de servicios de salud mental y Organización del SNS (DuBois et

al., 2014). Es decir, es una guía técnica que orientará la implementación, clasificación y difusión de la salud mental, para garantizar los derechos en salud.

En lo que respecta a la Promoción de salud mental, el MSP diseña y gestiona el cumplimiento de "actividades individuales, sociales y ambientales para el buen desarrollo psicológico, biológico y social" (DuBois et al., 2014, p. 50). Es decir, incentiva y busca la generación de condiciones necesarias para que la ciudadanía tenga posibilidades amplias en el cuidado de su salud. Este trabajo involucra a actores sanitarios, autoridades, entidades sociales y la comunidad en general. Es decir, se trata de un equipo multidisciplinario encargado de trabajar en la integración las diferentes áreas de desarrollo de una persona para encaminar buenas prácticas sanitarias.

Por otro lado, la provisión de servicios de salud mental busca la ampliación de la cobertura y accesibilidad al cuidado de la salud mental para toda la población ecuatoriana. Lo que implica dar respuesta a las especificidades que demanda la ciudadanía. Así surgen Unidades de acogida para personas con trastornos mentales graves (UA-TMG), Centros de salud y espacios de acogimiento transitorio, Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), Unidades ambulatorias para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD), Centros de atención psicosocial (CAPS), Unidades de salud médica hospitalaria (USMH), Hospitales especializados y de especialidades y Hospitales Psiquiátricos. (DuBois et al., 2014)

El último componente de este modelo manifiesta la organización y distribución de los servicios de salud mental en las instituciones del SNS. Estos servicios, al igual que la clasificación general de entidades médicas, son ubicados de acuerdo con su capacidad resolutiva dando lugar a los tres niveles de atención que se exponen en la Tabla Nro. 3, donde se evidencia la categoría aún atribuida a los hospitales psiquiátricos como las instituciones de mayor jerarquía o como el único espacio capaz de atender problemáticas graves. Tal consideración hace que muchas veces estas pocas instituciones de salud se encuentren saturadas. Realidad que refleja la importante necesidad en el fortalecimiento de la salud mental dentro de los servicios de salud ambulatorios de todos los niveles. Así será posible la descentralización del sistema de salud ecuatoriano

Tabla Nro. 3. *Organización de los servicios de salud mental por nivel de complejidad*

Nivel de Atención	**Categoría del establecimiento de salud**	**Nombre**
Primer Nivel de Atención	2do nivel	Consultorio Psicológico
	3er nivel	Centros tipo A (apoyo de psicología)
	4to nivel	Centros tipo B (atención psicológica)
	5to nivel	Centros tipo C (Servicio de psicología y psico rehabilitación de base comunitaria y CATAD)
		Centro de atención psicosocial CAPS
	UM	Unidad Móvil (atención psicológica)
Segundo Nivel de Atención	1er nivel	Consultorio de especialidad (psiquiátrica)
	3er y 4to nivel	Unidad de salud mental en hospital general y básico
Tercer Nivel de Atención	1er nivel	Centro especializado en salud mental/psiquiatría
		Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)
	2do nivel	Hospital Psiquiátrico

Fuente: Equipo de Salud Mental. MAIS-FCI (2014)

1.5.3 Plan Estratégico de Salud Mental

A partir del año 2014 se aprueba el Plan Estratégico de Salud Mental, a través del Acuerdo Ministerial Nro 00004927. Documento que se genera como instrumento legal que determina los lineamientos específicos que deben seguir e implementar los servicios de salud en el área de la salud mental a nivel nacional. El Plan Estratégico, coincide con los intereses y conceptos de la OMS, asumiendo que no basta con garantizar la atención en salud mental, sino que es importante atender las variables sociales influyentes en ella, con todos los actores involucrados.

En el caso del Ecuador, ya que la atención en salud mental aun no es totalmente garantizada, el presente plan procura que ésta sea incluida en todos los servicios de salud. Para esto, "junto con el MAIS, han incorporado en los equipos básicos de primer nivel, así como en el resto de los niveles, al menos un profesional en salud mental" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020). Sin embargo, dependerá de la participación social, así como de los intereses políticos, que existan las condiciones necesarias para el sostenimiento de este plan.

En este caso, al igual que el resto de modelos y manuales, no todos los actores del sistema de salud tienen conocimiento o han estudiado este documento a profundidad. Lo que resalta la importancia de los espacios de socialización y capacitación sobre dichos manuales de aplicación clínica, así como su seguimiento. Es importante también que estos espacios de formación sean abiertos para el público y así la responsabilidad del bienestar ciudadano sea asumida por todos, no únicamente por el personal de salud. El cuidado sanitario involucra al "Estado, la sociedad, la familia y el individuo" (DuBois et al., 2014, p. 49).

Tabla Nro. 4. *Lineamientos estratégicos en salud mental.*

Lineamientos Estratégicos en Salud Mental	
Nombre	Descripción
Primer lineamiento estratégico	Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los

	determinantes sociales de la salud que influyen en la salud mental.
Segundo lineamiento estratégico	Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de Salud, como establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización.
Tercer lineamiento estratégico	Brindar Atención Integral en Salud a las personas que usan o consumen drogas, acorde a lo propuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
Cuarto lineamiento estratégico	Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental.
Quinto lineamiento estratégico	Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria.

Fuente: Elaboración propia con base en datos MSP (2014).

Como se puede analizar en la tabla Nro. 4, estos lineamientos orientan la implementación del enfoque integral en el SNS, haciendo énfasis en el abordaje de la salud mental desde una visión desinstitucionalizadora que asegure la vida digna de las y los ecuatorianos. Para ello se sugiere fortalecer la APS y sus componentes de prevención y promoción en salud mental, así como el fortalecimiento del mismo MSP como autoridad rectora y sus planes de gestión de la salud mental dentro de todo el sistema de salud en general. Además, se habla del enfoque comunitario de salud mental que va de la mano con la lógica de trabajo integral.

1.6 Lineamientos aplicados dentro del hospital psiquiátrico de estudio

Los lineamientos que propone el Plan Estratégico de Salud Mental son emitidos con la finalidad de que sean considerados y aplicados dentro de las agendas institucionales de los servicios de salud a nivel nacional. Esta disposición incluye al hospital en cuestión, como entidad dependiente del MSP. Por lo tanto, a continuación, se analizará la forma en

que estos cinco puntos son trabajados dentro de esta institución psiquiátrica ubicada en la ciudad de Quito.

1.6.1 Implementación de un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud que influyen en la salud mental

La Promoción de la Salud Mental es concebida por la OMS como una "acción social, educativa y política" (Gonzáles et al., 1998, p. 48), que impulsa estilos de vida saludables, así como la conciencia pública de un adecuado cuidado de la salud mental. Esto con la finalidad de prevenir en la ciudadanía, "la incidencia, prevalencia, y recurrencia de trastornos mentales" (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016, p. 09). En ese sentido, se entienden a la prevención y promoción en salud mental como una serie de actividades encaminadas a "proteger, mantener y mejorar la salud mental" (DuBois et al., 2014, p. 44), desde luego, con enfoque integral.

El bienestar mental de una persona no depende únicamente de la atención médica, psiquiátrica o psicológica, sino que como Sigerist (1946, citado en Gonzáles, 1998) afirma, existen otros factores como "un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación" (p. 35). Estos factores son parte de los determinantes sociales que influyen en la salud mental de las personas. Dichos determinantes son definidos desde la OMS como esas "circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen" (Organización Mundial de la Salud, 2020), tomando en cuenta la influencia directa de la distribución de los recursos y el poder, que definen los estratos sociales.

Comprendida la influencia que las condiciones sociales tienen sobre la salud mental, el trabajo de promoción y prevención que el hospital psiquiátrico en cuestión desarrolla parece ser pasivo. Esto debido a que "esta es una institución de especialidad" (Moreno. J, comunicación persona, 02 de septiembre de 2020) y ha funcionado desde su creación como un hospital de agudos, que se encarga específicamente del tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, tomando en cuenta el proceso de transformación que el SNS vive, se implementaron estrategias como "brigadas de reinserción y grupos autoconvocados" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de

2020). Las cuales básicamente han funcionado como espacios de información sobre condiciones mentales específicas, siguiendo la línea biomédica.

En los profesionales del hospital existe conocimiento general respecto de los determinantes sociales de la salud mental, sin embargo, desde este espacio aún no se desarrollan actividades específicamente dirigidas a combatirlos. Lo que generalmente ocurre es que se abordan estos determinantes de acuerdo con el contexto de cada paciente, como parte del trabajo psicoterapéutico individual. La implementación de acciones de promoción de la salud mental y prevención de enfermedades mentales, en relación con estos determinantes es un tema nuevo en esta institución. La actual administración trabaja en fortalecer los procesos actualmente existentes, como es las brigadas de reinserción. Estas planean desarrollarse de manera más amplia, involucrando un equipo de trabajo multidisciplinario que busque las mejores alternativas para el paciente, siendo una de ellas la vinculación a redes seguras de apoyo o vinculación a servicios de salud ambulatorios. Este equipo multidisciplinario se conformaría por profesionales en "trabajo social, terapia ocupacional, psiquiatría, psicología y otros" (Mera. D, comunicación personal,10 de septiembre 2020).

Además, desde la nueva administración de este hospital se está trabajando en el diseño de un plan de trabajo integral y participativo, basado en estrategias que prevengan y promuevan la salud mental partiendo de las necesidades de los pacientes. Necesidades que desde luego serían reflejo de los factores o determinantes sociales que influyen en su bienestar. En ese sentido, una de las principales estrategias comprende el desarrollo de asambleas de salud mental, que seguirán una lógica de escucha e interacción con distintos actores como familiares, personal de salud, pacientes y expacientes. Esta estrategia hace énfasis en que "es importante la participación de la ciudadanía en la reconstrucción de sus derechos" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020). Así mismo sobresale la importancia de que "los pacientes se empoderen de su condición" (Mera. D, comunicación personal, 10 de septiembre de 2020) y puedan ser parte, por ejemplo, de las discusiones que surjan alrededor de su diagnóstico. Los profesionales y autoridades de salud y seguridad social deben ser partícipes de estos espacios, ya que con ellos se diseñarían los planes que respondan a las necesidades variadas que puedan surgir en la población, para asegurar el cuidado de la salud mental.

1.6.2 Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de Salud, como establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización.

La atención primaria se ha convertido en el eje principal de transformación de los sistemas y modelos de salud (Ministerio de Salud Pública, 2012), en tanto busca mejorar las condiciones sanitarias de las personas, basándose fundamentalmente en la promoción y prevención, así como en la interacción intersectorial que permita la inclusión social y equidad en salud. La APS, en este sentido, se ubica como "la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 44), ya que sus planes de acción requieren justamente del trabajo integrado de los actores responsables del bienestar sanitario, especialmente de la articulación de los servicios de salud. Esta línea de atención evidentemente requiere ser fortalecida en el Ecuador, pues de ella depende la implementación del enfoque integral y la eliminación del enfoque hospitalocéntrico y biomédico que institucionaliza al enfermo mental.

Los procesos de promoción y prevención en salud mental que se desarrolla la APS, como se analizó antes, requieren ser trabajados desde sus determinantes sociales. Por lo tanto, es fundamental trabajar en el acercamiento de la ciudadanía con los servicios de salud mental ambulatorios, evitando así la necesidad de hospitalización y cronificación de los pacientes. Para esto, desde noviembre del 2013, el hospital en cuestión aplica una "política de desinstitucionalización" (Naciones Unidas, 2017), que comprende una atención enfocada en la reinserción del paciente con su familia y comunidad. Esta política va de la mano de la atención primaria y pretende evitar que los hospitales de tercer nivel sean percibidos como "depositario de las personas con trastorno mental de las que nadie se quiere encargar" (Organización Mundial de la Salud, 2015, p. 18).

Como parte de dicha estrategia desinstitucionalizadora, se ha modificado en esta institución psiquiátrica la metodología de atención con los pacientes internados. Si bien, en el pasado muchos enfermos mentales permanecían durante meses o años dentro este tipo de centros, actualmente, se estima que la estadía de las personas hospitalizadas no exceda de los 21 días. Tiempo considerado como oportuno para evitar la cronificación de los pacientes. Tiempo en el que además se trabaja en la reinserción de los enfermos

mentales en su entorno social. La aplicación de esta política interna se ha visto reflejada en el perfil epidemiológico institucional del año 2018. Este, en base a los registros existentes, expone que la media de días en que una persona ha permanecido ingresada en este hospital corresponde a dieciséis y la moda a catorce (Unidad de Epidemiología HEJE, 2019).

Evidentemente para que la política de reducción de días de hospitalización sea posible, se ha necesitado de la participación de todo el recurso humano en equipos de trabajo multidisciplinarios e integrales. Pero la desinstitucionalización no depende únicamente de la regulación de los días de internamiento, sino también de "la formulación de redes de apoyo" (Aucatoma. C, comunicación personal, 02 de septiembre 2020). Lo que significa que exista un enlace con los servicios de salud mental ambulatorios y se brinde un seguimiento a los pacientes que salen del hospital. Para esto último, desde el hospital en cuestión, se está diseñando un servicio de brigadas móviles como parte de las brigadas de reinserción. Estas brigadas móviles serán un equipo multidisciplinario de profesionales que realicen "visitas domiciliarias periódicas, evitando que el paciente tenga que acudir al hospital" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020), y que éste logre generar los vínculos u organización necesaria para reinsertarse en su comunidad.

Por otro lado, respecto de conectar a los pacientes con los servicios ambulatorios, esto implica que tales servicios se encuentren funcionando optima y articuladamente. Pero como ya ha sido analizado, para hacer eso posible urge la necesidad de "capacitaciones a las unidades de salud de todos los niveles, especialmente a los niveles más básicos. Claro, con la ayuda de los hospitales de alto nivel" (Moreno. J, comunicación personal, 02 de septiembre de 2020). Esto evitaría que el hospital psiquiátrico continúe siendo esa última instancia de tratamiento, para casos que no han podido ser atendidos o resueltos en el resto de los niveles. Así sería posible, además, la articulación y mejor comunicación entre estos niveles, logrando un trabajo integral.

Mientras mayor cercanía exista entre los servicios de salud mental y la población, se promueve la conciencia y cultura de cuidado de la salud mental. Esto hace que el estigma existente alrededor de la enfermedad mental caiga, y a la vez posibilita los procesos de desinstitucionalización. Pues es la lógica de los psiquiátricos la que fomenta la existencia de dicho estigma y esa condición hace que los enfermos mentales muchas

veces se desvinculen de su familia, se desconecten de sus amigos y se dediquen a cumplir con lo que el diagnóstico impuesto indica (Moffatt, 1975). De ahí la importancia de trabajar en la reinserción de los pacientes con la participación de su familia y la comunidad.

1.6.3 Brindar Atención Integral en Salud a las personas que usan o consumen drogas, acorde a lo propuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

El hospital psiquiátrico en cuestión no atiende a personas con consumo de drogas pues, cabe mencionar que, a pesar de las debilidades en esta área, existen centros especializados a los que se remiten este tipo de casos. Lo que generalmente sucede cuando acude un paciente con descompensación por el uso de drogas, es que "se pasa a un proceso de estabilización del cuadro y se gestiona la continuación del tratamiento en un servicio especializado de adicciones." (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020). En este caso, la atención integral por parte de esta institución psiquiátrica con personas que usan o consumen drogas, se basaría en la estabilización emocional y la remisión a las redes de apoyo pertinentes; desde luego, con su debido proceso de seguimiento.

1.6.4 Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental

El Sistema Nacional de Salud, como ya se mencionó, se encuentra en un proceso de transformación importante, basado en el enfoque integral que involucra las áreas familiar, comunitaria e intercultural. Todo esto desde la rectoría del MSP, quien al aprobar la creación de la Comisión de Salud Mental empieza a establecer un sistema que se encargue específicamente de las acciones nacionales para el cuidado de la salud mental. De tal gestión surgen los manuales y guías de práctica clínica que orientan el trabajo de los diferentes servicios de salud. Por lo tanto, la Comisión de Salud Mental, así como otros equipos de trabajo que surgen a partir de ella, tienen la función de sostener el sistema de salud en general, para apoyar a la máxima autoridad sanitaria.

Tal forma de estructuración dispuesta por el MSP pretende mantener las acciones y planes de trabajo organizados, con eficiente fluidez y solidez. Reconociendo que es una tarea que necesita de diversos actores para su funcionamiento. En ese sentido, el personal del hospital psiquiátrico en estudio identifica la necesidad e importancia de "involucrar a

los municipios, seguros sociales, incluso al sector privado" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020), para que con ellos se establezcan las redes de apoyo y acciones que sostengan una verdadera atención integral. En consecuencia de este trabajo mancomunado, la rectoría del MSP se vería fortalecida en estructura y permitiría la transformación del sistema de salud en general, sobre todo se ampliaría el trabajo en el área de la salud mental. Lo que es positivo para los usuarios, pues se haría efectivo su derecho constitucional a la salud integral y quizás encaminaría la necesaria implementación de una ley en salud mental.

La organización y distribución de funciones entre las autoridades sanitarias y otros actores sociales como el Estado, municipios, familias y demás, evitan la acumulación del poder y responsabilidades únicamente en el MSP. Lo mismo sucede con el trabajo articulado entre los servicios de salud mental de todos los niveles de atención. Al trabajar todos bajo constante diálogo y coordinación, generan respuestas más eficientes a las exigencias variadas de la ciudadanía, fortaleciendo el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

1.6.5 Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria.

Se ha reconocido, a lo largo de este trabajo de investigación, que es indispensable la formación en el enfoque que se quiere aplicar, y más allá de eso, se trata de una obligación ética el proceso de formación y actualización de conocimientos por parte de los actores involucrados. Por lo que un importante pilar en el proceso de mejorar de las condiciones de salud y vida de la población, es la investigación encaminada a la formación colectiva. Para que eso sea posible, es necesario que se invierta tiempo y recursos en el desarrollo de estudios y acciones que permitan la "actualización, avance y retroalimentación" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020) de los conocimientos que el personal médico tiene y aplica en su función clínica.

Se considera importante también que este conocimiento llegue a los mismos pacientes y sus familias. En este sentido, los resultados de los trabajos investigativos deben ser accesibles a la población en general. Tener acceso a dicha información

debería ser interés tanto del personal que trabaja en salud, como del personal administrativo, autoridades y comunidad. El constante intercambio de conocimientos y capacitación de dichos actores, permitiría "lograr excelencia técnica, integralidad y compromiso" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 48) en dichos actores.

El hospital en cuestión promueve la investigación y formación del personal que lo conforma a través de espacios de diálogo académico semanal, denominados "docencia". Espacios que generalmente han sido manejados bajo la dinámica de exposiciones sobre temáticas de interés clínico, por parte del mismo personal médico. Esto ha permitido la socialización del conocimiento de distintas ramas médicas manejadas en el hospital. Proceso que, desde el último cambio de autoridades institucionales, se pretende fortalecer con el diseño de un plan de educación que incluya a profesionales o expertos en temáticas adicionales a las biomédicas, como "derechos humanos, problemáticas sociales, psicoanálisis, comportamentalismo, enfoque sistémico, enfoque de género, temas culturales, abordaje antropológico, etc" (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020).

Es decir, existe la propuesta de una metodología de trabajo que incluirá a diferentes enfoques. En ese sentido, se incentivará la participación de miembros de fundaciones, ONG´s, grupos sociales, sociedad civil y principalmente a las universidades, para que de manera multidisciplinaria e integral sea posible la producción de un amplio y variado conocimiento que sea para todos y todas.

Es importante mencionar en este punto, que el personal profesional de este hospital considera que uno de los espacios primordiales de investigación y formación en enfoque de salud mental comunitaria, es la academia, que corresponde a las universidades o escuelas de formación. Haciendo referencia a que "las mallas curriculares deberían incluir otros enfoques que amplíen las posibilidades de tratamiento de los pacientes" (Aucatoma. C, comunicación personal, 02 de septiembre 2020). Esto para que los nuevos profesionales no centren su práctica clínica en el uso de psicofármacos, por ejemplo, sino que exista una cartera de servicios que vaya más allá de la comodidad de la clínica.

Es evidente que trabajar en red, posibilita el fortalecimiento del área investigativa y de todas las áreas de trabajo en salud. Por lo tanto, resulta importante

“salir de los muros de los hospitales y abrir las puertas del hospital a profesionales de otros establecimientos y ramas” (Silva. R, comunicación personal, 31 de agosto de 2020). Considerando además que no se habla de muros o puertas físicas únicamente, sino que es necesario aprender a trabajar en equipo con estos otros enfoques, dejando de lado las resistencias que puedan presentarse.

2. SEGUNDO CAPÍTULO. MODELO DE SALUD MENTAL APLICADO EN LA COMUNIDAD KICHWA LA CALERA

Este capítulo estudiará la salud de la población andina ecuatoriana que practica medicina ancestral y procurará explicar el modelo de salud mental aplicado en la Comunidad La Calera, a pesar de no existir institucionalidad sanitaria dentro este grupo cultural. Esto en base al análisis de la estructura organizativa de las comunidades indígenas de Cotacachi y la vivencia del principio andino de relacionalidad dentro de esta comunidad. Además, se hablará de las concepciones que tienen los comuneros de La Calera en torno a la salud, enfermedad y salud mental, para explicar de manera general la dinámica de la medicina ancestral y la práctica ritual de sanación vigente en este territorio. De ese modo destacarán elementos sociales y culturales que determinan la forma de vida del *runa* u hombre andino.

2.1 Contexto de la comunidad

La Calera se encuentra ubicada en el cantón Santa Ana de Cotacachi, provincia de Imbabura. Esta comunidad forma parte de lo que se conoce como el mundo andino, haciendo referencia a un territorio con historia y una población predominantemente indígena (Rhoades, 2006), quienes conviven con la población mestiza, que representa una minoría significativa en cantidad. En cifras aproximadas, este territorio es habitado por "3800 comuneros distribuidos en 450 familias" (Fueres. M, comunicación personal, 14 de octubre de 2020). Mismas que se dedican principalmente a actividades de tipo agrícola, artesanal y turística. Su población tiene como idioma materno el kichwa, siendo el castellano el segundo idioma hablado en este territorio. Sus prácticas y creencias religiosas configuran "un sincretismo propio y auténtico" (Estermann, 2006, p. 284) compuesto por elementos de la doctrina católica, otras doctrinas religiosas, así como elementos propios de su cultura. Actualmente esta comunidad tiene 82 años desde su fundación en 12 de mayo de 1938 (Calera Tourism, 2020).

2.2 Organización indígena comunitaria

Las comunidades indígenas "constituyen pequeños universos sociales con su propia organización, costumbres, tradiciones, redes sociales, prácticas culturales, etc." (Stavenhagen, 2010, p. 174). Se caracterizan por vivir en constante interacción e interrelación entre los entes que lo componen, siendo comunidad dentro de una misma

pachamama o madre tierra. Estos entes van desde los comuneros en su individualidad, los comuneros con su *ayllu* o familia, los comuneros con sus ancestros y los comuneros con su territorio natural. Son justamente esas relaciones las que dan lugar al *runa* o ser humano andino, éstas definen su identidad comunitaria y cultural. Lo que significa que los comuneros antes de ser un 'yo', son un 'nosotros'; son parte de una cultura de herencia ancestral (Estermann, 2006).

Dentro de la organización comunitaria andina se comparte, en la medida de lo posible, la mentalidad de vida colectiva y equitativa. Los pueblos indígenas originariamente no seguían las lógicas capitalistas de progreso. De acuerdo con sus principios, en las comunidades "no hay cuestión de estatus social porque el "nosotros" nivela las relaciones al interior de la comunidad" (Meza, 2017, p. 122) y las lógicas de valor no responden cuestiones monetarias o materiales, sino que implican áreas como la familia, un territorio y el bienestar relacional con el entorno. Sin embargo, efecto de la globalización, diferentes lógicas se han introducido en las dinámicas andinas modificando ese ideal de equidad colectiva. Esto no quiere decir que la vida comunitaria se haya vuelto desarticulada o injusta en su totalidad, pues a pesar de las variables, la identificación del *runa* con su cultura y raíces continúa siendo el eje que sostiene a los pueblos indígenas.

La estructura y dinámicas comunitarias, como se ha visto, refuerzan la existencia de un mundo andino diferente al mundo occidental. La organización y el compartir de un vínculo colectivo, son la esencia de la vida comunitaria. Lo que significa que los miembros de una comunidad comparten sistemas de creencias y una cosmovisión relacional del mundo. En el caso de los grupos indígenas, el compartir de sus prácticas culturales genera mayor cohesión en ellos y mayores capacidades resolutivas. En ese sentido, "se puede suponer que cuanto más sólida sea la estructura de la comunidad indígena más nítida será la identidad de sus miembros" (Stavenhagen, 2010, p. 175). Y es a partir de esta identidad que cada persona se posiciona frente al mundo y toma las decisiones fundamentales para su vida, como el modo en que cuida su salud y bienestar general. Por lo tanto, es necesario que el cuidado de la salud en las poblaciones indígenas sea comprendida y trabajada desde la organización comunitaria, así como desde sus conceptos o principios de vida.

2.2.1 El *Ayllu*

El *Ayllu* o familia, representa al sistema central y originario en la vida de un comunero, "es la entidad colectiva fundamental (hasta podríamos decir: 'trascendental') y la base imprescindible de la 'identidad'" (Estermann, 2006, p. 220). Este sistema se encuentra conformado por aquellos que comparten un grupo sanguíneo o parentesco, y es el espacio en que se mantiene y transmite "la cosmovisión, la racionalidad, las formas de educación y de vida, y la existencia de una cultura" (Flores, 2018, p. 185). El *ayllu* es el primer espacio de formación de los comuneros indígenas, donde aprenden su lenguaje el kichwa, aprenden cuentos y leyendas, aprenden a sembrar y producir la tierra, y aprenden el saber medicinal.

Esta esfera social es la más íntima y permite la persistencia de una matriz cultural heredada "desde los ancestros, quienes han desarrollado sus instituciones políticas y culturales guiados por las leyes de la Pacha Mama, de las montañas, de los ríos, de las plantas, entre otros referentes naturales." (Pilataxi, 2014, p. 41). Dentro de este sistema nuclear, "la autoridad de los padres y abuelos es respetada por su ancestral sabiduría" (Montufar. J, comunicación personal, 11 de octubre de 220). Éstos han sido el sostén del *ayllu* y a su vez de la estructura comunitaria en general. Son considerados como "los depositarios de la historia de la cultura y la tradición de la etnia" (Bermúdez et al., 2005, p. 30), ya que guardan la herencia oral del conocimiento andino. Así mismo cumplen con la función organizativa o de guía dentro de esta primera esfera social, pues en caso de presentarse algún tipo de conflicto o situación que rompa con la armonía del hogar, son ellos quienes aconsejan y toman las decisiones fundamentales.

El *ayllu* influye entonces en el modo en que los *runas* conciben el mundo, el *ayllu* forma al indígena y forma el sistema social de éste. La familia andina se caracteriza por los vínculos de reciprocidad y hermandad que permanecen en sus miembros a pesar de éstos formar nuevas familias. Es un sistema que sostiene y forma un tejido social más amplio. En ese sentido, mientras mayor solidez tenga esta primera organización central, mayor estabilidad tendrá la organización comunitaria. Dicho en palabra de *Tayta* Wayra Calapi, *yachak* (sabio) representativo de La Calera, "si la familia está bien, la comunidad está bien" (comunicación personal, 17 de noviembre de 2019).

2.2.2 El Cabildo

Más allá del sistema político y económico que configura el país, la estructura organizativa que prima dentro de las comunidades kichwas de Cotacachi, se basa en los cabildos o gobiernos comunitarios, quienes son los principales administradores de todo lo que respecta a al grupo comunitario. En el caso de la comunidad La Calera, este cabildo es conformado "por un presidente, secretario y vocales, a partir de esto se organizan comisiones enfocadas al cuidado y administración del agua potable de consumo y agua de riego para los cultivos locales" (Calera Tourism, 2020). Así mismo se conforman comisiones encargadas de las diferentes áreas que mantienen el equilibrio y bienestar de la comunidad. Es importante recalcar que la organización de los cabildos trabaja con dichos actores administrativos y de autoridades, quienes cumplen su función sin recibir ninguna remuneración.

El Cabildo comprende un modelo de organización diferenciado por tener "carácter descentralizado, horizontal y participativo" (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 202). Donde los principios básicos de funcionamiento siguen una línea de la participación y poder de decisión de los comuneros en espacios como asambleas o consejos ampliados. "La Asamblea Comunitaria, constituye la instancia de mayor poder de decisión al interior de la comunidad" (Morales, 2012, p. 62). Esta se realiza cada tres meses con la participación de los jefes de hogar y los jóvenes comuneros mayores de edad. En este espacio se discuten temas fundamentales como la conformación del cabildo y comisiones, la administración del agua, las gestiones desarrolladas y planes a desarrollar, el presupuesto participativo, las principales festividades, entre otros. (Arias. L, comunicación personal, 12 de octubre de 2020).

Este grupo organizado, en su posición de autoridad, es el que generalmente se encarga de resolver cualquier tipo de conflicto que se presenta en la comunidad. Esto involucra temas de tierras, delitos, discusiones familiares, política, situaciones problemáticas de salud, problemas entre comuneros, etc. Cada situación pasa por un proceso específico de resolución en el que, de alguna u otra manera, todos los miembros de la comunidad tienen el derecho de participar. Estas autoridades además, guardan un importante respeto hacia el organismo central del *ayllu* y hacia el saber de los ancianos, a quienes muchas veces acuden en busca de consejos para los procesos de resolución mencionados.

2.3 Principios generales de la cosmovisión andina

Para lograr comprender tanto la organización y forma de vida de las comunidades indígenas es importante entender a esta población como 'otros' diversos y culturales. Es necesario que se ubiquen lógicas diferentes a la occidental. Se trata de una vivencia alterna, "otro sistema de organización ecológica o cultural, otra forma de pensar, sentir o valorar, otra forma de ver" (Bermúdez et al., 2005, p. 48). Y esta otra lógica conecta conceptos o principios dinámicos de vida totalmente válidos, que incluyen al ser humano, sus ancestros, el espacio territorial, elementos energéticos, los tiempos, etc. Sobre todo, se basa en el profundo respeto a la madre naturaleza o *Pachamama.*

Los principios o lógicas de los pueblos y nacionalidades indígenas no son cuestiones establecidas y documentadas, no siguen otra ley que la ley natural y cósmica. Además, su sentir depende de las características culturales y contexto de cada grupo étnico. No existe una constitución o manual legal que disponga estos principios ni delegados que velen por el cumplimiento de estos. Sin embargo, la consideración de estos es fundamental para mantener el equilibrio y bienestar de vida. En ese sentido, a continuación, se mencionarán algunos conceptos fundamentales para la explicación de las formas de vida en la población andina ecuatoriana. Cabe recalcar que todo dependerá del grupo comunitario, así como de la individualidad característica de cada persona.

Principio de relacionalidad

La relacionalidad en la cosmovisión andina corresponde a un sentido de vivencia holística. "Este principio afirma que todo está de una u otra manera relacionado (vinculado, conectado) con todo" (Estermann, 2006, p. 126). Se trata de un "conjunto de seres y aconteceres interrelacionados" (Bermúdez, et al, 2005, p. 29). Donde la existencia misma de una persona no se considera una situación casual, sino que viene conectada con algo más y para algo más, se corresponde con más elementos. Estas relaciones se establecen entre las personas, animales, lugares, tiempos, espíritus, acciones y demás. No de manera lineal, contigua, ni lógica desde ojos occidentales, sino que es una red dinámica que trasciende temporalidad y espacialidad.

En la vida del *runa* es fundamental la existencia de estas relaciones, se podría incluso decir que es aquello que le hace ser en el mundo, porque el indígena por naturaleza es un ser colectivo, y esa relacionalidad con la naturaleza y todo lo existente en ella es lo

que determina su riqueza. Las relaciones determinan su estado de completud y equilibrio cósmico. En ese sentido, cuando esto no es alcanzado, cuando una persona carece de relaciones se considera una persona en pobreza, una persona "*wakcha*", huérfana, desposeída o abandonada. Alejada no solo de las personas, sino también de las bondades y bendiciones de la vida.

Principio de complementariedad

Este principio se comprende a partir del sentido relacional antes explicado. Aquí sobresale la correspondencia entre los entes existentes, pues éstos cumplen con determinadas características que complementan a las especificidades de otros entes, lo que genera una conexión con objetivos y sentido. Tales conexiones permiten la completud de un ser, ubicando su sentido de vida y su bienestar cósmico. La complementariedad significa "paridad: hombre-mujer; frío-caliente; día-noche; sur-norte; eso no implica que son contrarios, sino que son necesarios para generar, armonizar y equilibrar la vida" (Pilataxi, 2014, p. 46). De acuerdo con esta línea, incluso la salud-enfermedad tienen un sentido de correspondencia y funcionalidad para el equilibrio, así mismo la vida y la muerte. Ya que representan sucesos importantes que dan paso a nuevas etapas dentro de una lógica circular y cíclica.

Al hablar tal paridad o polaridad dual, que es fundamental en la vivencia andina, es necesario ubicar también la importancia de los procesos cíclicos donde cada ente tiene su tiempo y espacio correlacionados para cumplir con su deber cósmico. Por lo tanto, se podría decir que las relaciones complementarias son móviles y circulares, mas no lineales. Todo tiene un inicio y un fin, pero no se trata de un fin definitivo, sino que luego de cumplido un propósito específico todo llega a un punto decisivo de volver a nacer

De este modo se hace evidente la importancia de la interrelación del *runa* con todo lo existente, así como la significación que puede tener cada experiencia de vida o condición personal. Pues desde esta lógica todo tiene su tiempo y espacio, su proceso y funcionalidad con el universo. Todo necesita ser vivido y encaminado al equilibrio: nada puede quedar suelto. De ahí que incluso (y sobre todo) en la enfermedad, el *runa* es acompañado; se busca aquello que lo vuelva a completar, aquello que devuelva el equilibrio colectivo. Por eso dentro de la vivencia indígena comunitaria, la lógica del hospital psiquiátrico o la idea de aislar a una persona enferma para curarla, no tiene efecto.

De acuerdo con la cosmovisión indígena, el aislamiento deshumaniza al *runa*, porque éste es con su *ayllu* y con su comunidad. Además, al igual que en la organización comunitaria, todos los entes físicos y espirituales aportan para la resolución o restablecimiento de su situación.

Ayni o reciprocidad

La acción del *ayni* se basa en un tejido de intercambios recíprocos, "se concreta en "Dar y Recibir" que puede ser bienes materiales o saberes" (Pilataxi, 2014, p. 43). Es un movimiento de experiencias, valores, sentimientos y emociones. Este principio, al igual que el resto, involucra a seres animados e inanimados interactuando. Donde la acción de uno influye en la vida o las acciones del otro. Así la energía o la 'inversión' en una acción es recompensada por una 'inversión' de la misma magnitud (Estermann, 2006). Pero no se trata de una retribución en el sentido económico capitalista, sino de un aporte al bienestar colectivo.

El ayni, para los pueblos indígenas, responde a una responsabilidad o deber cósmico relacional. Por lo tanto, las acciones o situaciones de la cotidianidad andina son un constante invertir para la armonía de un todo. Lo que generalmente sucede de manera espontánea entre familias y comunidades. Pero es importante mencionar que tanto la reciprocidad como otros principios, son situaciones ideales y corresponden a lo esperado en la vida comunitaria. Lo que, dentro de la individualidad de cada comunero y su contexto, puede variar. Ya que, en vista de que la cultura no es una condición estática y la globalización nos acerca a diferentes lógicas e intereses, la vida *runa* vive constantes modificaciones. Sin embargo, siempre hay algo que dar y recibir.

2.4 La Salud en la población andina ecuatoriana

En el Ecuador no es posible hablar de un Sistema Nacional de Salud Andino porque no existe. Los pueblos y nacionalidades indígenas no manejan una institucionalidad nacional en salud, mucho menos manuales o lineamientos específicos. Esta población mantiene una sabiduría colectiva acumulada que ha sido transmitida de generación en generación, a través de la oralidad y del hacer en la comunidad; un hacer que implica interacción, narraciones, rituales y costumbres en general. (Bermúdez et al., p 30). Por eso para comprender la salud andina, es necesario dejar de lado la visión occidental y considerar una visión multifacética y polisémica de salud (Estermann, 2006), que parte de los

principios descritos anteriormente, que encaminan la armonía "del runa consigo mismo (físico, emocional y espiritual), con la familia, con la comunidad y con el entorno" (Lema et al., 2011, p. 15).

A lo largo de la historia, los pueblos y nacionalidades indígenas "han desarrollado sus propias estrategias para conservar la salud y curar la enfermedad" (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 183). Lo han hecho siguiendo una "visión integral entre hombre y naturaleza" (Bermúdez et al., p. 12), donde el bienestar de uno depende del otro y viceversa. *Tayta* Wayra Calapi, practicante de la medicina ancestral, identifica a tal saber como una "Ciencia Cultural Andina" (comunicación personal, 19 de noviembre 2019), aunque no en el sentido estricto de la palabra, ya que no responde a una racionalidad metódica o sistemática; sin embargo, esto no la aleja de ser una filosofía auténtica (Estermann, 2006). Es una ciencia que se construye en la cotidianidad de la vida comunitaria y en su interrelación con la *Pachamama* (madre naturaleza o madre tierra). Además, la existencia de una medicina o ciencia medicinal indígena no asegura que todas las personas identificadas con esta cultura la practiquen, ya que muchas de estas pueden decidir la práctica médica occidental para la atención de sus enfermedades.

Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), muestran que las personas autoidentificadas como indígenas en Ecuador, representan un grupo minoritario de 7,03%, en relación con una significativa mayoría del 71,3% que se identifica como población mestiza (INEC, 2010). De acuerdo con eso, así como la población, el modelo de salud que prima no es indígena, al contrario, sigue la "tradición occidental dominante" (Estermann, 2006, p. 26). Tradición que toma únicamente ciertas consideraciones sobre esta cultura dentro de su modelo legal. Lo que significa que las entidades del sistema de salud occidental tienen una posición de respeto básico y consideración contextual para el diseño de planes médicos, mas no de una inclusión estructural de prácticas medicinales andinas o de un fortalecimiento en estos saberes.

Los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador tienen "representantes de salud ancestral en organizaciones grandes como la CONAIE, FENOCIN, etc." (Fueres. M, comunicación personal, 14 de octubre 2020). Sin embargo, no se ha conformado un sistema o red articulada de estos saberes a nivel nacional, a pesar de haber existido intentos. Uno de estos tuvo lugar durante los años 1993 y 1994, como proyecto de conformación de un equipo de trabajo que considere a los modelos alternativos de salud,

para atender las problemáticas sanitarias de la población andina ecuatoriana; se trata de la División Nacional de Salud Indígena (DINASI) (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 170), que finalmente no logró ser sostenido por el MSP, ni el mismo Estado.

Las redes de curanderos indígenas o especialistas de técnicas andinas son conformadas en cada territorio; esto puede ser a nivel provincial, de cantón o de comunidad (Bonilla. B, comunicación personal, 12 de octubre de 2020), aunque no todos los territorios cuentan con estas redes. Es una realidad que muchos yachaks trabajan de manera desarticulada. Generalmente las y los curanderos andinos atienden desde sus propios hogares o realizan visitas domiciliarias a sus pacientes. Sus técnicas diagnósticas "incluyen la limpieza con el cuy y con el huevo, la lectura de la orina y de la vela, palpar el pulso del enfermo, la predicción con los elementos de la naturaleza en su dimensión temporal y espacial (luna tierna, luna llena, invierno, verano)" (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 177), lo que evidencia la relacionalidad del hombre andino con la naturaleza y cosmos.

En el Ecuador existen pocos espacios formales de atención en medicina tradicional indígena, dos de ellos son el Hospital Andino de Riobamba y el Hospital Jambi Wasi de Otavalo. El primero "aplica las técnicas ancestrales de sanación para complementar los procesos médicos tradicionales" (La República, 2018). Se trata de un proyecto que articula el conocimiento médico occidental con el andino, donde adicional a las intervenciones biomédicas se responde a las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes, desde la sabiduría ancestral de *yachaks* o curanderos. El Hospital Jambi Wasi, funciona de manera similar ya que "es una institución privada sin fines de lucro, integrada por profesionales indígenas y no indígenas comprometidos a trabajar por el fortalecimiento de la salud intercultural" (La Hora, 2019). A diferencia de los hospitales convencionales, esta institución ofrece dentro de su cartera de servicios, las alternativas de curación de espanto, limpia de mal aire, diagnostico con el cuy, fregador, partera, etc.

2.5 La Salud en la Comunidad La Calera

La población de la comunidad La Calera es practicante tanto de la medicina andina, como de la occidental. Es decir, a pesar de entender que es un grupo étnico con características culturales compartidas y una sola organización administrativa, es importante entender que sus prácticas o forma de vida no son homogéneas ni mucho menos obligatorias. En ese sentido, tras desarrollar una breve encuesta virtual con los

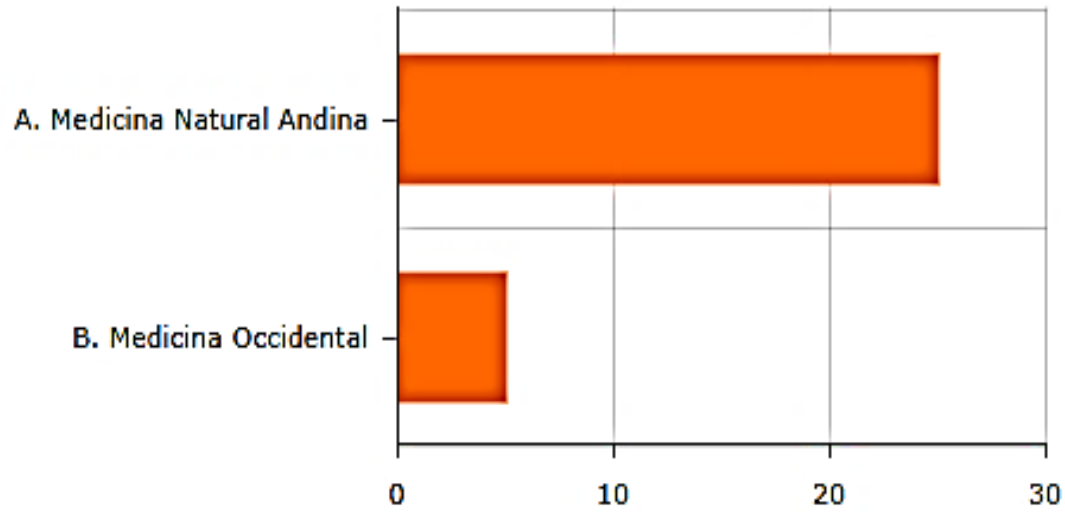
comuneros de este territorio (Anexo 1), se puede ver que de los 30 participantes, 25 optan por la medicina natural andina al presentarse una enfermedad o molestia, representando al 83,3% del total. Mientras que el 16,7% de los comuneros encuestados, refieren acudir a la medicina occidental. (Figura 1)

Figura Nro. 1 *Encuesta: Cuando tiene alguna molestia o enfermedad ¿Qué tipo de medicina elige?*

Número de participantes: 30

25 (83.3%): A. Medicina Natural Andina

5 (16.7%): B. Medicina Occidental



Fuente: Elaboración propia

Para quienes deciden acudir a la medicina occidental, la entidad médica más cercana a esta comunidad es el Hospital Asdrubal de la Torre, que se ubica a 3.2 kilómetros de La Calera. Este hospital es parte del Sistema Nacional de Salud, por lo tanto, los servicios brindados siguen el modelo explicado en el capítulo anterior.

Por otro lado, para los practicantes de la medicina tradicional andina, este territorio aún cuenta con algunos conocedores de tal sabiduría, que han sido los encargados de atender las dolencias de muchos comuneros. *Tayta* Julio Montufar, uno de los pocos *yachaks* que quedan en La Calera, refiere que se trata de "hombres y mujeres con herencia ancestral" (comunicación personal, 11 de octubre de 2020), cuyo

conocimiento es producto de la transmisión oral de sus padres y abuelos, así como de la convivencia y diálogo con la *pachamama*. Conocimiento que además es compartido, de una u otra manera, por todos los miembros de la comunidad, a pesar de éstos no ser especialistas.

Los curanderos y curanderas indígenas no cuentan con espacios físicos institucionalizados dentro de la comunidad, ya que su tratamiento tiene una metodología personalizada de atención. Sus formas de sanación son a través de rituales que pueden ser desarrollados en el hogar de la persona atendida como en espacios naturales de carácter sagrado. Las exigencias y características de los rituales dependen de la técnica que use cada sabio y "no pueden obviarse porque son parte del sistema de significado de la persona y, por tanto, forma parte del proceso de sanación." (Rodríguez, 2006, p. 199). Las técnicas que comúnmente se practican en La Calera son: las bebidas, alimentos y emplastos en base a plantas medicinales, la limpia del mal viento, la curación de espanto, los baños rituales de purificación, y la apiterapia.

Este conocimiento ancestral en medicina, a pesar de tratarse de un saber comunitario y culturalmente estructurante, no tiene espacios formales de difusión, ni documentación pública ampliada a la que se pueda acceder en caso de trabajar investigaciones. Esto sucede justamente por la tradición oral de esta cultura, pero también debido a que algunos *yachaks* de la Calera prefieren no compartir sus técnicas de curación. En relación con esto último, Magdalena Fueres, presidenta de la comisión de mujeres de la UNORCAC (Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi) menciona que existe cierto celo en algunos mayores por divulgar su conocimiento, ya que piensan que su sabiduría puede ser usada por algunas personas para fines lucrativos, lo que deterioraría el sentido de tal herencia cultural. (comunicación personal, 14 de octubre de 2020). Esta desconfianza, desde luego, tiene origen en una cuestión histórica de opresión desde la misma colonización.

Los conocedores en medicina tradicional, por lo tanto, tienen una función y responsabilidad que "no es sólo de carácter curativo, sino de liderazgo social, político y espiritual" (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 176). Estas personas, más allá de proteger y encargarse de la salud de los comuneros, luchan también por el fortalecimiento de su cultura: son guardianes del saber ancestral. Saber que se fortalece en la organización y forma de vida comunitaria, donde se construye "una contra-ideología basada en

concepciones alternativas" (Stavenhagen, 2010, p. 189) a las lógicas convencionales de consumo o incluso explotación. Dicho en otras palabras, la práctica ancestral de la medicina andina representa la resistencia de esta comunidad y de los pueblos y nacionalidades indígenas en general, contra los planes colonizadores del sistema capitalista. Planes que se basan en la transformación del saber en mercancía con valor de cambio, haciendo que se pierda su valor real de uso y beneficio colectivo (Lyotard, 1998).

Es triste, menciona *Tayta* Julio Montufar, ver como se está asentando la mentalidad del 'yo sé más' y yo 'voy a cobrar más', en los comuneros (comunicación personal, 11 de octubre, 2020). Pensamiento que va en contra de los principios andinos, del respeto a la naturaleza y de la propia cultura. Pensamiento que además da cuenta de la introducción de lógicas occidentales dentro de la vida comunitaria. Pues al dar un valor mercantil al saber ancestral, éste deja de ser un bien colectivo para convertirse en propiedad privada de valor monetario. En relación con esto, *Tayta* Wayra, explica que la Ciencia Cultural Andina "no es como la ciencia del consumo y dependencia, sino de sanar y compartir" (comunicación persona, 17 de noviembre de 2020). Haciendo énfasis en que la idea de sanación andina se vincula con el bienestar colectivo y el compartir de saberes, procurando el equilibrio cósmico, más no con una lógica de propiedad intelectual "orientada a la protección de los intereses del lucro capitalista" (Solano, 2007, p. 90). Intereses que evidentemente ignoran la importancia de la relacionalidad entre el hombre y la naturaleza.

2.5.1 Comisión de Salud de La Calera

En la parte administrativa de esta comunidad, bajo la autoridad del cabildo, existe la Comisión de la mujer y salud, que se encarga de asesorar y dar seguimiento a las personas que tengan alguna enfermedad o molestia, así como a las mujeres que se encuentren en alguna situación de vulneración. Luz María Arias, dirigente de esta comisión menciona que cuando una enfermedad aparece, la primera opción siempre es buscar medicina natural, pero si la persona no confía se la lleva al hospital; así mismo, cuando una mujer vive alguna situación problemática, el caso es analizado primero de manera interna con su familia y en caso de ser necesario se consulta con la comunidad. (comunicación personal, 12 de octubre de 2020). Es importante que cada caso tenga su debido acompañamiento. De tal modo que se evite que la persona afronte sus crisis como

problemas individuales o se convierta en un caso patológico y desequilibrante para el sistema comunitario. (Flores, 2017)

Esta comisión, dentro de sus funciones, también coordina campañas de salud propuestas por entidades del MSP, ONG´s y autoridades locales; además de campañas de salud para animales domésticos (Bonilla. B, comunicación personal, 12 de octubre de 2020). Actividades que generalmente han sido propuestas desde el modelo médico occidental, haciendo evidente la escasez de proyectos o planes que fortalezcan la medicina ancestral.

2.5.2 Concepción de salud y enfermedad en La Calera

Los *yachaks* de la comunidad La Calera coinciden en que la salud no se determina por la ausencia de enfermedades físicas únicamente, sino que "tiene un sentido integral y holístico" (Bonilla .B, comunicación pérsonal, 12 de octubre de 2020) de armonía entre hombre y naturaleza. En esta concepción sobresale el principio de relacionalidad y el equilibrio cósmico que dicho de manera general es el "buen convivir con las familias humanas, naturaleza, divinidades y ancestros" (Lema et al., 2011, p. 15), o denominado *sumak kawsay* en palabras kichwas. Es decir, el equilibrio de las relaciones vitales del *runa* permite que éste goce de buena salud y sea funcional en su entorno. Sobre todo, la existencia de estas relaciones, es lo que brinda estabilidad y bienestar de las personas.

Por otro lado, la enfermedad o '*unkuy*' es el desbalance de estas relaciones, lo que *Tayta* Julio llama "desalineación de energías" (Montufar. J, comunicación personal, 11 de octubre de 2020). Este desequilibrio cósmico o energético ubica a la persona en una condición de debilidad que no le permite desenvolverse en sus actividades con normalidad. En palabras de Luz María Arias, "una persona enferma es quedada, no puede hacer nada" (comunicación personal, 12 de octubre de 2020); es decir, su desarrollo se estanca. No alcanzaría entonces con el ideal de completud equivalente al bienestar dado desde el balance energético y relacional.

Tayta Wayra Calapi identifica como determinantes de la salud a la alimentación, la etapa de vida, la dinámica familiar y comunitaria, la posición lunar, el frío y calor, las energías de los lugares por los que uno camina y la práctica ritual. (comunicación personal, 17 de noviembre de 2019). Determinantes que dan cuenta de la lógica integral y holística andina, que no empareja con el modelo integral del MAIS-FCI, pues incluye

más allá de áreas o condiciones físicas y sociales, a elementos naturales, energéticos y cósmicos; involucra sobre todo a una cultura y su historia. En ese sentido, algunos autores kichwas ecuatorianos agrupan estos determinantes en "factores sobrenaturales (el influjo de espíritus, los augures), naturales (frio, calor, fases lunares, contagios), y personales (consumo de drogas, deseos insatisfechos, cólera, penas, mala conducta)" (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 177).

2.5.3 Concepción de Salud Mental en La Calera

Para los comuneros de La Calera, es importante el cuidado de su salud de manera integral, por lo que no es común hablar de salud mental como tal, o del cuidado de ésta en un sentido occidental. Lo que sucede, por un lado, debido a una cuestión cultural ecuatoriana de estigmatización a la enfermedad mental; y, por otro lado, porque la cosmovisión andina no divide a la salud en partes, sino que envuelve la globalidad del existir *runa*. Esa concepción "contrasta totalmente con el pensamiento y la racionalidad occidental que todo lo divide, lo separa y lo especializa" (Bermúdez et al., 2005, p. 29)

En ese sentido, es importante recordar que, a diferencia de la medicina occidental que "da la prioridad a la "enfermedad", "al órgano"" (Vallejo, 2006, p. 40), para la cosmovisión andina la "salud y enfermedad tienen que ver con el 'cuerpo colectivo'" (Estermann, 2006, p. 236). Dentro de la medicina indígena se analiza al ser social que enferma, ya que el *runa* no es individual, sino que es con el *ayllu*, comunidad, naturaleza y cosmos. Dentro de estas relaciones, los ancestros no dejan de ser miembros importantes, pues existe la creencia de que los espíritus de éstos acompañan a las personas. Además, "los seres humanos no son los únicos dotados con almas; el ambiente está repleto de espíritus" (Rhoades, 2006, p. 217). Estos espíritus, tanto de los ancestros como de la naturaleza, pueden influir de manera positiva o negativa en la vida de una persona. Las enfermedades mentales, en este caso, suelen atribuirse "a espíritus malignos y se asocia con formas no apropiadas de comportamiento social y moral" (Rodríguez, 2016, p. 198).

Tayta Julio Montufar explica en palabras kichwas, que hay espíritus que se pegan a las personas y les transmiten sus energías haciéndolos actuar de determinada manera, así uno puede estar "*aya katishka*" o seguido por el mal espíritu, también "*shwa katishka*" o seguido por el espíritu de ladrón, y "*wayna katishka*" o seguido del espíritu mujeriego (comunicación personal, 11 de octubre de 2020). Estos espíritus pueden influir en una

persona cuando su "red de relaciones está severamente dañada" (Estermann, 2006, p. 234). Es decir, al estar 'incompleta' una persona, sus energías se presentan bajas y su sistema debilitado puede dar paso a otras energías externas capaces de modificar la dinámica personal, familiar y comunitaria; generando un evidentemente desequilibrio en su vida. Siguiendo esta lógica, el concepto andino de salud mental en La Calera, no se aleja de su concepto de salud integral, que se explica a través del equilibrio relacional. Además, la perspectiva de enfermedad mental que tiene esta población no ubica una connotación patológica precisamente, sino de conductas moralmente incorrectas que pueden ser acompañadas y restablecidas.

Por otro lado, y recordando que la cosmovisión andina es dinámica y multifacética, existe también dentro de esta concepción, la idea de enfermedad mental como algo similar a la enfermedad orgánica, en el sentido en que muchas veces es producto de alteraciones en la homeostasis, alteraciones en el entorno sociocultural y ambiente, incluso puede ser producto de una mala alimentación (Vallejo, 2006). Lo que no se desconecta de la lógica relacional y energética descrita, pues las condiciones orgánicas son un elemento o un determinante más del bienestar integral del *runa*.

Así mismo, al revisar la historia de las poblaciones andinas, volviendo hacia los incas, por ejemplo, existen varias explicaciones para las enfermedades metales que reflejan sus convicciones culturales. En aquellos tiempos se habla de que "los eclipses provocaron reacciones 'traumáticas' y extáticas entre los pobladores; mediante rituales tenían que 'restablecer' el orden cósmico" (Estermann, 2006, p. 198). En ese sentido, para la vivencia indígena es importante también el movimiento astronómico como un determinante capaz de influir en la salud del *runa*. *Tayta* Wayra aporta que por esa razón es importante ser cuidadosos del tiempo y espacio que habitamos, pues incluso "la luna llena, o menguante o cada fase genera movimiento de energías que nosotros recibimos, por lo que podemos enfermar o también sirven para sanar" (Calapi. W, comunicación personal, 17 de nuoviembre de 2019).

2.6 Medicina ritual andina en La Calera

Como ya se ha mencionado, la vida de las poblaciones andinas se basa en el principio central de su cultura que es la relacionalidad del todo, donde importan las acertadas y equilibradas relaciones para el bienestar comunitario. Bienestar que implica

la salud integral. En ese sentido, “su práctica sanitaria constituye la vivencia proyectiva de la cultura” (Cujilema & Ochoa, 2003, p. 200), ya que se basa justamente en procesos rituales fundamentados en la concepción de restablecimiento de las relaciones deterioradas y del equilibrio cósmico. Estos rituales involucran más allá de acciones específicas, a elementos simbólicos, energéticos y espirituales que han sido ancestralmente heredados.

En este caso, los rituales de sanación se realizan en base a elementos de la naturaleza, especialmente con plantas medicinales, ya que éstas “tienen propiedades específicas que reorganizan los pensamientos, sentimientos y malestares de la persona” (Calapi. W, comunicación personal, 17 de nuoviembre de 2019). El fundamento curativo de éstas se encuentra en su “espíritu o esencia viral” (Lema et al., 2011, p. 45) purificadora y regeneradora. Se puede evidenciar así, el importante respeto que este grupo cultural tiene hacia la *Pachamama* como ser viviente y restablecedor de la vida. Además de que es la misma naturaleza quien provee al hombre de los elementos curativos como el agua, aire, fuego, tierra, espíritus y las plantas.

Siguiendo esa línea, debido a que la enfermedad mental tiene una concepción parecida a la orgánica, “el proceso terapéutico que utilizan los médicos indígenas para la restitución de la salud mental y orgánica será el mismo” (Vallejo, 2006, p. 45). Por ello los rituales o procedimientos de sanación que se practican en la medicina tradicional de los pueblos indígenas, buscan la expulsión de lo negativo, sea esto objeto o energía, para restablecer el equilibrio y bienestar tanto de la persona como de su entorno. Esta expulsión genera un efecto liberador y se nota la modificación del sistema personal y comunitario.

Considerando que la enfermedad andina representa una vivencia colectiva, sus rituales comprenden también una participación colectiva de sanación. Es por lo que más allá de elementos naturales y energéticos, de acuerdo con la gravedad del caso, se analiza la necesidad de participantes como los padres de la persona afectada o la misma comunidad, siendo generalmente el *yachak* quien lidera el proceso ritual (Montufar. J, comunicación personal, 11 de octubre de 2020). Este último es el intermediario de la energía cósmica y “debe estar pleno de fe, energía, seguridad de sí mismo como sanador, no haber bebido alcohol o estar chuchaqui, ser afectuoso y dialogar lo necesario con el doliente” (Lema et al., 2011, p. 47); debe estar también en equilibrio integral.

Durante los rituales existen espacios de diálogo en que los acompañantes expresan su afecto y deseos de restablecimiento para la persona. Esto se realiza en base al testimonio de experiencias de vida y consejos que encaminen la resolución del desequilibrio o estancamiento en se encuentre. El grupo comunitario, en ese sentido, brinda soporte al sufrimiento o crisis y permite que las personas se descarguen y alivien sus dolencias distribuyéndolas entre su *ayllu* (Flores, 2018). En palabras kichwas de Magdalena Fueres, luego de esto uno sale "*pankalla*" o liviano (comunicación personal, 14 de octubre de 2020) y tiene mayor probabilidad de recuperar su estabilidad integral, por consiguiente, mental y cósmica en general.

En ese sentido, la medicina ritual de La Calera no basa su análisis en los síntomas visibles y probables de la enfermedad únicamente, sino que tiene una consideración holística e integral de los determinantes personales, sociales, naturales y cósmicos que contextualizan la vida de una persona. Además, el tratamiento andino usa principalmente la intuición o *yachana*, que comprende el conocimiento del mundo y "la integralidad tanto de lo tangible como de lo intangible, tanto del cuerpo como del espíritu que anima al cuerpo" (Lema et al., 2011, p. 11). Lo que no sucede con el modelo biomédico que basa sus conocimientos en la razón y lo científicamente comprobable. De ahí la importancia de ubicar una visión diferente y flexible para entender la cosmovisión y medicina andina que evidentemente es distinta a la de occidente (Tabla 5).

3. TERCER CAPÍTULO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTERCULTURAL

Este capítulo analizará el componente 'interculturalidad' dentro del sistema de salud nacional y retomará conceptos relevantes de los capítulos uno y dos, para plantear una propuesta de intervención intercultural dentro de la comunidad La Calera, donde sea posible el diálogo equitativo de saberes. Lo que encaminará el fortalecimiento del proceso de transformación del SNS y la eliminación de procesos hospitalocéntricos, para implementar estrategias integrales, familiares, comunitarias e interculturales, que respondan a las necesidades diversas y específicas de las y los ecuatorianos.

3.1 La interculturalidad en el sistema de salud mental ecuatoriano

Como resultado de procesos históricos de lucha y reivindicación de los pueblos y nacionalidades indígenas, montubio y afro, el Ecuador se reconoce constitucionalmente como un país intercultural y plurinacional. Esto significa que el Estado y sus instituciones deben garantizar el cumplimiento de los derechos de todas las personas de manera equitativa y justa, lo que incluye el acceso a la salud. En ese sentido, las autoridades sanitarias han implementado el "enfoque intercultural y la adecuacion cultural de los servicios, particularmente los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 46), dentro de las instituciones de salud a nivel nacional.

Con la implementación del componente 'interculturalidad' dentro del SNS, se pretende articular culturas sanitarias distintas que respondan a las necesidades integrales de la ciudadanía, sin embargo, "el estado ecuatoriano, aún está lejos de que se haga realidad una convivencia intercultural y plurinacional" (Pilataxi, 2014, p. 26). Factores como la inequidad social, la formación académica del equipo de salud, la participación social e incluso los intereses políticos, hacen que la transformación del sistema de salud sea un reto dificil de cumplir. (Gonzáles et al., 1998, p. 40). Además, en lo que respecta al área de salud mental en específico, el reto es aún más grande debido a factores antes analizados. En este caso, a pesar de que los manuales estratégicos indican prioridad en los enfoques de "derecho, interculturalidad y género" (DuBois et al., p. 54), las intervenciones de esta área requieren ser reforzadas.

La salud mental en el Ecuador, como se ha estudiado previamente, también se encuentra en un proceso de cambio de enfoque, en el que continúan vigentes ciertas prácticas del modelo dominante biomédico y hospitalocéntrico. La implementación del enfoque integral de atención familiar, comunitaria e intercultural dispuesta desde el MAIS-FCI ha permitido que las mesas de diálogo y planificación sanitarias por lo menos consideren el contexto social y cultural de las personas al momento de su tratamiento. Lo que representa un paso inicial de transformación que promueve el respeto hacia la tradición y sabiduría ancestral de las culturas ecuatorianas. Respeto que necesita ser desarrollado y potenciado, ya que aún no implica una inclusión estructural de intervenciones alternativas en salud mental o procesos de fortalecimiento de estas.

Por lo tanto, hablar de salud intercultural es hablar de un proceso de lucha por el reconocimiento y correspondencia horizontal entre saberes; es además una estrategia que permitirá la transformación cualitativa del sistema de salud, haciéndolo flexible y permeable a las realidades diversas y culturales del usuario (Alarcón et al., 2003). Esto combatiría las brechas de la salud ecuatoriana "expresadas en inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones culturales, muchas veces producto de desconocimiento o subestimación" (Hasen, 2012) de las cosmovisiones distintas. Brechas que evidentemente ubican componentes sociales e históricos como determinantes de la salud que requieren ser trabajados para lograr una verdadera transformación en el SNS.

3.2 Contraste de significantes andinos y occidentales

Ha sido evidente que la cultura es un elemento importante y estructurante en la vida humana, puesto que "proporciona un sistema de significantes que toma forma en procesos cognitivos y de interacciones personales" (Rodríguez, 2016, p. 197). Significantes que posicionan a una persona frente al mundo al instaurar un sistema de creencias e influir en la elección de estilos de vida, donde se incluye el cuidado de su salud. En ese sentido, las cosmovisiones y filosofías tanto andinas como occidentales, parten de conceptos que caracterizan y difieren a sus grupos poblacionales y las prácticas que éstos desarrollan.

La filosofía de vida andina en su organización relacional y holística comprende al mundo a partir de *yachana* (intuición) y *yuyana* (razón). La primera representa el lado femenino, pasivo, equilibrador y armónico de las capacidades humanas; mientras que la

segunda se vincula al lado masculino, activo, calculador y guerrero (Lema et al., 2011). En este caso, tanto intuición como razón se correlacionan y complementan entre sí para producir el conocimiento y comprensión de las cosas. Es posible además que la intuición sea usada con mayor proporción en los pueblos indígenas, debido a que su sistema de creencias tiene conexión espiritual y cósmica de explicación irracional para posturas convencionales. De acuerdo con esa línea, la razón se ubica más como complemento "del conocimiento adquirido por los sentidos, sentimientos, emociones y presentimientos. Ella le ayuda a confirmar y comprobar la realidad que en definitiva es captada de forma vivencial y simbólica" (Bermúdez et al., 2005, p. 29)**.**

Por otro lado, la filosofía de vida occidental basa su conocimiento y práctica en la razón o *rattio* en su raíz etimológica latina, que significa 'medida' (Lema et al., 2011). Es decir, es un modo de aprendizaje en el que el conocimiento debe ser medido y comprobado para tener valor. Así mismo, la razón, desde su definición griega en *logos*, comprende "el lenguaje con el que pensamos y nos comunicamos; es la ley con la que juzgamos nuestras acciones y discriminamos entre lo justo y lo injusto; y es, en fin, el medio de conocimiento con el que nos representamos el mundo" (Campillo, 2013). En ese sentido, la concepción occidental conecta ideas y conceptos encaminados a la obtención de conclusiones, teorías o juicios lógicos. Mismos que generalmente pueden ser explicados y comunicados a través de un lenguaje universal. Además, la razón generalmente se ha usado para diferenciar al hombre del animal, atribuyendo al primero su capacidad de razonar y decidir a través de la reflexión de ideas.

Para complementar lo estudiado, la Tabla 5 recoge de manera general estos modos de percibir, aprender y comprender el mundo desde las dos filosofías o cosmovisiones. Es importante la consideración de estos significantes para poder pensar a la salud mental a partir de ellos.

Tabla Nro. 5. *Formas de percibir, aprender y comprender el mundo*

ANDES	**OCCIDENTE**
Usa principalmente la intuición para comprender el mundo	Usa la razón para entender el mundo

La intuición se desarrolla "viviendo" conscientemente el presente y el pasado	La razón se desarrolla teorizando y comprobando un hecho
El saber puede percibirse sin el razonamiento lógico	El saber se basa en el razonamiento lógico
El aprendizaje intuitivo se realiza haciendo	El aprendizaje racional se realiza teorizando
El mejor discurso en los Andes es "hablar haciendo"	El mejor discurso en Occidente es "hablar bonito (poético)"
Materialista-espiritual, no limitante.	Materialista y limitante
Filosofía "sentidora"	Filosofía razonadora.
Es afectiva y emotiva	Es fría y calculadora

Fuente: adaptado de Lema et al. (2011)

3.3 Propuesta: Jornada de Salud Integral en la comunidad La Calera.

3.3.1 Introducción

Esta propuesta se diseña en base al análisis previo de los modelos de salud mental desarrollados en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito y la comunidad kichwa La Calera, contrastando los componentes de estas dos culturas sanitarias para hacer énfasis en el elemento intercultural como estrategia de transformación del Sistema Nacional de Salud. Siguiendo esa línea, se propone la aplicación de prácticas comunitarias indígenas encaminadas al cuidado de la salud integral de las personas. Es un plan enfocado en el fortalecimiento del modelo de salud andino para que éste sea capaz de responder a las necesidades de la población y capaz de compartir su conocimiento con el modelo de salud dominante o convencional, procurando un sistema sanitario descentralizado e integral.

3.3.2 Justificación

Se ha visto que el sistema de salud ecuatoriano, a pesar de los importantes cambios que ha vivido, aún es un sistema centralizado y desarticulado, en el que domina un solo

modelo de atención sanitaria. Éste pretende ser inclusivo e incluyente, pero debido a distintas variables contextuales de este país, no se ha logrado completar tal objetivo. Lo que significa que el derecho constitucional y básico de acceso a la salud no está totalmente asegurado en este país para todos y todas. Por lo tanto es necesario que se trabaje en propuestas sanitarias pensadas desde los diferentes contextos de vida de la ciudadanía, considerando también y sobre todo a las minorías étnicas.

Las autoridades sanitarias ejecutan planes estratégicos destinados a la transformación de SNS. Sin embargo, al tratarse de un país de diversidad poblacional, así como de condiciones administrativas poco favorables, estos proyectos se han visto debilitados. Además, el Ecuador sigue un único modelo de salud oficial con institucionalidad a nivel nacional. Por lo cual, los modelos de salud alternativos aún se muestran pequeños en relación al anterior, lo que no significa que sean menos importantes, pero si los ubica en posición de desventaja. En ese sentido, es importante el fortalecimiento de las diferentes culturas sanitarias para que el SNS se aproxime a una verdadera atención familiar, comunitaria e intercultural, que posibilite el diálogo horizontal de los saberes ancestrales de diferentes pueblos y nacionalidades.

El pueblo siempre tuvo sus propias respuestas a los problemas de salud y en el caso de la salud mental, ha sabido resolver las perturbaciones surgentes desde sus propios recursos, conocimiento y organización (Moffatt, 1975, pág. 81). La población indígena no es su excepción, pues a pesar de que históricamente “las Constituciones y las Leyes que se han elaborado, siempre han pretendido desconocer la existencia de pueblos indígenas” (Pilataxi, 2014, pág. 21), éstos continúan practicando su saber ancestral con modificaciones en el tiempo. En ese sentido, considerando que una importante debilidad en el SNS es el manejo de la interculturalidad dentro de los servicios de salud y en vista de la vigencia de prácticas culturales en la comunidad La Calera, se plantea la creación de una jornada de salud integral que promueva tal concocimiento y los estilos de vida saludables.

3.3.3 Objetivos

Objetivo Principal: Desarrollar una jornada de actividades comunitarias basadas en el conocimiento ancestral de los *taytas* y *mamas* curanderos de La Calera y de expertos en medicina occidental, sobre el cuidado integral en salud.

Objetivos Específicos:

- Identificar a *taytas* y *mamas* de la comunidad La Calera expertos en medicina ancestral, así como a un/a psicólogo/a, nutricionista y médico/a general.
- Reunir a los expertos para programar de manera conjunta una jornada de salud integral.
- Desarrollar las actividades planeadas con la participación de la comunidad.

3.3.4 Descripción de la propuesta

La jornada de salud integral es una propuesta de intervención intercultural innovadora, participativa, de bajo costo y replicable, que pretende construir un sistema de salud desentralizado e integral. Se presenta como plan estratégico que puede ser desarrollado principalmente dentro de grupos comunitarios indígenas que aún practiquen la medicina tradicional.

En este caso, abrir dicho espacio en la comunidad La Calera es una tarea colectiva y multidisciplinaria en la que participan *yachaks*, conocedores en medicina andina, médicos formados en medicina occidental, autoridades del cabildo, padres y madres de familia, comuneros en general. Mismos que apartir de su conocimiento serán los protagonistas en el fortalecimiento de estilos de vida saludables dentro de su comunidad.

Este proceso se encuentra encaminado al reconocimiento y la preservación de este grupo cultural, bajo el convencimiento de que "para la concreción de los derechos de los pueblos indígenas es importante fortalecer la cohesión de la organización comunitaria e inter-comunal" (Pilataxi, 2014, p. 45). Por lo tanto, la presente propuesta abordará las diferentes áreas fundamentales y estructurantes de esta población organizada. Así se plantea un día de actividades comunitarias enfocadas al cuidado físico, psicológico, espiritual, familiar y colectivo de los comuneros. Agenda diseñada con enfoque sanitario intercultural, basada en el principio andino de relacionalidad, donde las actividades se correlacionan y complementan entre sí, procurando el bienestar integral y holístico .

Para el cuidado de la salud física se promueve el desarrollo de actividades deportivas y recreativas tradicionales, que más allá de contribuir al bienestar del cuerpo y su optimo funcionamiento orgánico, producen la "liberación de endorfinas, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés" (Barbosa & Urrea,

2018). Es decir, a través del deporte y juegos, los comuneros fortalecerán su bienestar mental, psicológico y los vínculos entre *ayllu* y comunidad.

Dentro de esta agenda también se propone el desarrollo de rituales ancestrales enfocados en el cuidado de la espiritualidad tanto individual como colectiva. Lo que dará lugar a "un campo social permisivo" (Moffatt, 1975, p. 97) en el cual los participantes puedan compartir sus contenidos psíquicos de manera abierta en compañía de su familia, comunidad, expertos en espiritualidad y psicología. De tal modo que se reconocerá la ritualidad como posibilidad terapéutica dentro de grupos culturales.

Así mismo, se considera fundamental la inclusión de una alimentación saludable dentro de este proceso, bajo el protagonismo de la mujer indígena que historicamente ha sido "el actor más importante en el aseguramiento de la alimentación de su familia y comunidad" (Peña et al., p. 26). Es pertinente mencionar que la cultura indígena resiste también gracias al conocimiento ancestral de las *warmis* (mujeres), quienes al mantener su comida tradicional, natural y nutritiva, fortalecen el estilo de vida integral andino. Además, en este evento, toda esa sabiduría indígena será dialogada en compañía de una persona especializada en nutrición desde el saber occidental, para complementar el saber comunitario. En ese sentido, se compartirá el *pampa mikuy* (comida de campo), en base a alimentos que han sido producidos y preparados por los comuneros de manera ancestral.

Esta propuesta lleva un sentido terapeútico y preventivo, que integra prácticas sanitarias diferentes, así como promueve la cohesión comunitaria y del *ayllu*. Lo que es importante puesto que estudios indican que las sociedades que tienen mayor cohesión social son las más saludables, además, el índice de mortalidad que estas tienen es más bajo". (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 18). Esto se construye, desde luego, en la misma cotidianidad comunitaria "donde la gente vive, ama, trabaja y se divierte; es la interacción entre ambientes y gente, en el proceso de la vida diaria, lo que crea un patrón de salud" (Gonzáles et al., 1998, p. 20). Ya que, únicamente a través de la reinterpretación de las técnicas psicoterapéuticas en base a la dinámica del pueblo, respecto de sus valores, creencias y tradición, se podrá establecer una verdadera cura (Moffatt, 1975, p. 02).

3.3.5 Actividades de la Jornada de salud integral

Tabla Nro. 6. *Cronograma y descripción de actividades*

Tiempo	Actividad	Descripción	Responsables	Espacio
08h00	*Tumarina* de bienvenida y presentación grupal	• Ritual de purificación • Los participantes ubicados en círculo alrededor de una *chakana* (cruz andina), son recibidos por los *yachaks*, quienes los envuelven con el humo del fuego sagrado. • Cada participante presentará a otro de su preferencia por su nombre frente a todos, colocando agua con flores en la cabeza de éste/a y expresando un deseo positivo para su jornada. • Al final cada persona elige un alimento que integra la *chakana* y se dirige al comedor	• *Yachaks*	Cancha de futbol

09h00	*Tutamanta mikuna* (Desayuno)	• Se compartirá un desayuno andino comunitario en base a productos de la zona • Mientras comen se dialogará sobre las propiedades e importancia de cada alimento	• *Warmis* • Nutricionista	Comedor comunitario
10h00	Partido de Ecuavoley para jóvenes y adultos	• Se desarrollará un partido de ecuavoley mixto.	• Comisión de deportes	Cancha de Ecuavoley
	Juego del *Kurikingue* para niños	• Los niños deben ubicarse en círculo y danzar dando saltos de *kurikingue* • Se ubicará una bebida en un lugar estratégico • Los niños a la señal de la persona que dirija, deben acercarse al lugar de la bebida y agracharse para beberla abriendo las piernas y sin doblar las rodillas.	• Grupo de jóvenes	Cancha de futbol

		• Quienes logren tomar la bebida sin derramarla y sin diblar las rodillas, ganan.		
	Espacio de consulta médica	• Los yachaks practicantes del *kuy pichay* (limpia con el cuy), apiterapia y otras técnicas andinas, junto con el/la psicologo/a, nutricionista y médico/a general tendrán espacios para atender a los comuneros que deseen consultar sobre su salud	• *Yachaks* • Psicólogo/a • Nutricionista • Médico/a general	Compartimentos de la casa comunal.
11h00	Diálogo sobre salud integral	• Los expertos en salud expondrán a todos los comuneros respecto de la importancia del cuidado de la salud de manera integral.	• *Yachaks* • Psicólogo/a • Nutricionista • Médico/a general	Hall de la casa Comunal

13h00	*Pampa mikuy*	• Almuerzo comunitario • Se tienden mantas en el suelo para esparcir en ellas los alimentos que cada familia llevó al evento con la finalidad de compartir entre todos.	• Padres y madres de familia	Comedor
14h00	Carrea de Cuyes	• Todos los participantes se reunirán con su *ayllu* para formar equipos. • Se definirá un punto de inicio y un punto meta. • Se entregará un cuy a cada equipo y en el momento indicado se soltarán los cuyes procurando que lleguen a la meta. • El equipo que más rápido dirija su cuy a la meta, gana.	• Cabildo	Hall de la casa comunal

15h00	Círculo de cierre	• Todos los comuneros se reunen en un círculo para expresar las experiencias de la jornada y su compromiso con la comunidad. • Se aplican las encuestas de evaluación. • Despedida.	• Comisón de salud y mujeres	Cancha de futbol

Fuente: elaboración propia

3.3.6 Resultados esperados

- Una comunidad indígena mejor articulada, donde los yachaks en medicina tradicional trabajen de manera coordinada, intercambiando y fortaleciendo sus saberes entre sí.
- Espacios formales de enseñanza y difusión de conocimientos andinos ancestrales sobre medicina y bienestar integral.
- Una Comisión de salud mejor posicionada en la comunidad La Calera, que mantenga vínculos con especialistas de salud de otros enfoques, para responder a las variadas necesidades sanitarias de esta población.
- Comuneros activos y protagonistas del cuidado de su salud, así como guardianes del saber ancestral en medicina.

3.3.7 Evaluación de la propuesta

La presente propuesta será evaluada, por un lado, en función de encuestas aplicadas a los participantes luego de desarrollada la jornada de salud integral. Dicha encuesta recogerá datos sobre las edades de los participantes, género, rol dentro de la

comunidad, pertinencia de la jornada, desenvolvimiento de los expertos, organización del evento, sugerencias y reconocimiento de necesidades para futuras jornadas (Anexos 2).

Por otro lado, la Comisión de salud de la comunidad La Calera, como principal gestor llevará un registro detallado de los pasos y actividades desarrolladas antes y durante la jornada. Esto se realizará en base a una matriz de monitoreo del plan de trabajo (Anexo 3), que medirá el cumplimiento del objetivo general y los objetivos específicos de esta propuesta.

Finalmente, con la recopilación de la información necesaria con las encuestas aplicadas, así como con el registro de monitoreo de actividades, se procederá a elaborar un informe del trabajo realizado para presentarlo frente a la Asamblea comunitaria. Esto con el fin de hacer un análisis y evaluación colectiva sobre la jornada de salud integral, en presencia de las autoridades comunitarias, autoridades sanitarias y comuneros en general.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Analizados los modelos de salud mental aplicados en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito y la comunidad kichwa La Calera, se encuentran evidentes diferencias al tratarse de grupos poblacionales que responden a culturas distintas. Sin embargo, existe similitud en algunos detalles respecto de la idea de salud integral que ambas pretenden alcanzar. Lo cual resalta la posibilidad de un trabajo coordinado que integre ambos enfoques. Así es posible el diseño de prácticas interculturales en el cuidado de la salud mental.
- Con la revisión del modelo de salud mental aplicado en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito, destaca el proceso de transformación y cambio de enfoque que atraviesa el Sistema Nacional de Salud. Donde existen significativos avances a pesar de las variadas limitaciones para su total ejecución. Lo que ubica la necesidad de una mejor administración, mayor compromiso y políticas públicas que lo facilite. Es urgente la implementación de leyes en salud mental.
- Con el análisis del modelo de salud mental aplicado en la comunidad La Calera, se reconoce que en el Ecuador no existe un Sistema Nacional de Salud Indígena institucionalizado ni espacios formales y públicos de atención en medicina andina. Tampoco es real la inclusión ampliada de los saberes medicinales andinos en los planes nacionales de salud. Los pueblos indígenas son parte de los grupos minoritarios existentes en este país. Uno solo es el modelo de salud dominante, al que se espera todos los ciudadanos accedan y encuentren respuesta a sus necesidades.
- El enfoque psicosocial brinda las herramientas necesarias para estudiar a una población y comprender su psicología. En ese sentido, aplicar intervenciones interculturales de salud mental en el Ecuador es posible. Los servicios de salud mental necesitan implementar planes de trabajo estratégicos con los pueblos y nacionalidades existentes. El componente intercultural requiere ser reforzado para responder a las especificidades de la ciudadanía y de los grupos étnicos ecuatorianos.

- La salud mental y salud en general, continúan siendo un privilegio al que no todos los grupos poblacionales tienen acceso. Las entidades de salud pública centralizadas dificultan la posibilidad de atención médica para personas que viven alejadas de las principales urbes. Es necesario el fortalecimiento de los servicios ambulatorios de salud y de las brigadas médicas de alcance rural. La implementación del enfoque integral, familiar y comunitario con visión a la desinstitucionalización depende del trabajo colectivo y multidisciplinario en redes de apoyo con actores como el Estado, los municipios, los cabildos, la familia, y la sociedad en general.
- La medicina indígena tiene una lógica distinta a la medicina occidental. La enfermedad mental no es tratada por separado, ni es alejada de la comunidad. Existe la convicción del restablecimiento de la salud y armonía en general, a través de rituales culturales que tienen efecto terapéutico. La salud mental en los pueblos indígenas integra el bienestar holístico y colectivo de una población. Son fundamentales las relaciones en la vida *runa* en cuanto estas responden a una ley natural cósmica de armonía y corresponsabilidad.
- La ciencia cultural andina opera desde un conocimiento adquirido por los sentidos y heredado ancestralmente. No existe amplia documentación respecto de estos saberes y la información va muriendo con los ancianos. En la comunidad La Calera, quedan pocos *yachaks* y éstos trabajan de manera desarticulada. No han existido espacios de intercambio o retroalimentación de sus prácticas entre ellos.

Recomendaciones

- Exigir políticas públicas que aseguren el acceso equitativo a la salud para todos y todas.
- Posibilitar el diálogo horizontal de saberes ancestrales de todos los pueblos y nacionalidades del Ecuador para diseñar planes de trabajo incluyentes y participativos. Las asambleas de salud o espacios de discusión abierta, como los que propone el hospital psiquiátrico en estudio, son estrategias que posibilitan el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

- Reconocer y fortalecer la vivencia cultural de los pueblos indígenas desde la individualidad del *runa*, con su ayllu y con su comunidad en general. Considerar sus prácticas ancestrales como métodos terapéuticos.
- Incentivar a la investigación y documentación de los saberes de los pueblos y nacionalidades del Ecuador. Las principales fuentes del conocimiento se encuentran en la vivencia comunitaria y los ancianos herederos del conocimiento ancestral.
- Diseñar propuestas de trabajo intercultural en salud que se adapten al contexto ecuatoriano; es decir, que sean prácticas y de bajo costo. Es fundamental conformar equipos multidisciplinarios de trabajo y la capacitación de los mismos en cosmovisiones diversas.
- Para el trabajo con comunidades indígenas es importante respetar la autoridad del Cabildo y la Asamblea comunitaria.

5. BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile, 131*(9), 1061-1065. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext&tlng=en

Arias, L. M. (12 de octubre de 2020). Salud en la población andina. (S. Vinueza, Entrevistador)

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.

Aucatoma, C. (02 de Septiembre de 2020). Modelo de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico. (S. Vinueza, Entrevistador)

Barbosa, S., & Urrea, Á. (enero-junio de 2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis*(25), 141-159. Obtenido de http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis

Bermúdez, O., Mayorga, M., Jacanamijoy, B., Seygundiba, A., & Fajardo, T. (2005). *El diálogo de saberes y la educación ambiental.* Bogotá: UNIBIBLOS.

Boceara, G. (2007). ETNOGUBERNAMENTALIDAD. LA FORMACIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD INTERCULTURAL EN CHILE. *Chungará (Arica), 39*(02), 185-207. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73562007000200003&script=sci_arttext

Bonilla, B. (12 de octubre de 2020). Salud en la población andina. (S. Vinueza, Entrevistador)

Calapi, W. (17 de Noviembre de 2019). Salud mental en la comunidad La Calera. (S. Vinueza, Entrevistador)

Calera Tourism. (07 de 09 de 2020). *Comunidad La Calera*. Obtenido de https://www.caleratourism.com/destination/comunidad-la-calera-2/#:~:text=La%20comunidad%20la%20Calera%20se,en%20la%20provincia%20de%20Imbabura.

Campillo, A. (13 de Abril de 2013). *La crisis del pensamiento occidental*. Obtenido de EL PAÍS: https://elpais.com/elpais/2013/02/01/opinion/1359743184_320902.html

Cujilema, M., & Ochoa, G. (2003). La salud indígena en ecuador, mapa estratégico de la dirección nacional de salud de los pueblos indígenas. En D. Orellana, *La Salud en la Globalización* (págs. 169-199). Quito: Abya Yala.

DuBois, A., Pérez, K., Llanos, G., & Enríquez, R. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de atención Integral de Salud (MAIS)-Con enfoque familiar, comunitario e intercultura.* Comisión de Salud Mental.

Estermann, J. (2006). *Filosofía Andina. Sabiduría indígena para un mundo nuevo.* (Segunda Edición ed.). La Paz: ISEAT.

Estermann, J. (2013). Ecosofía andina: Un paradigma alternativo de convivencia cósmica y de Vivir Bien. *Revista FAIA - Filosofía Afro-Indo-Abiayalense, 02*(9-10).

Flores, E. (2017). Teoría y práctica de la intervención en crisis: Una propuesta desde la psicología social. *Revista PUCE*(105), 181-207.

Flores, E. (2018). *Psicología Histórico Cultural.* Quito: Centro de publicaciones PUCE.

Fueres, M. (14 de octubre de 2020). Salud en la población andina. (S. Vinueza, Entrevistador)

Gonzáles, J., Del Bosque, S., & Del Bosque, T. (1998). *Manos a la Salud. Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la promoción de salud.* México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Hasen, F. (2012). INTERCULTURALIDAD EN SALUD: COMPETENCIAS EN PRÁCTICAS DE SALUD CON POBLACIÓN INDÍGENA. *Ciencia y Enfermería, 18*(03), 17-24. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext&tlng=en

INEC. (2010). *POBLACIÓN POR ÁREA, SEGÚN PROVINCIA, CANTÓN Y PARROQUI DE EMPADRONAMIENTO Y GRUPOS ÉTNICOS*. Obtenido de CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA (CPV-2010): www.ecuadorencifras.gob.ec

La Hora. (08 de Septiembre de 2019). *Medicina ancestral en la comunidad Panecillo, en Otavalo*. Obtenido de https://lahora.com.ec/loja/noticia/1102271177/medicina-ancestral-en-la-comunidad-panecillo-en-otavalo

La República. (12 de Mayo de 2018). *Hospital Andino de Riobamba recupera la medicina ancestral*. Obtenido de https://www.larepublica.ec/blog/2018/05/12/hospital-andino-de-riobamba-recupera-la-medicina-ancestral/

Lema, J., Báez, P., & Cachiguango, L. (2011). *Kuy Pichay: El ritual de la sanación andina con el kuy. Proyecto: Mejora de las condiciones de vida y defensa de la población andina de Cotacachi, Ecuador.* Cotacachi: CREA.

Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (Enero de 2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México, 53*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013

Lyotard, J. F. (1998). *La condición postmoderna.* Madrid: Ediciones Cátedra S.A.

Mera, D. (10 de Septiembre de 2020). Modelo de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico. (S. Vinueza, Entrevistador)

Meza, G. (2017). Tambos de Filosofías Indígenas: la perspectiva de la nosotridad. *Revista de estudios e pesquisas sobre as américas, 11*(2), 109-126. doi:10.21057/10.21057/repamv%vn%i.%Y.25711

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS.* Quito.

Ministerio de Salud Pública. (27 de septiembre de 2013). Acuerdo Ministerial 04349. Quito, Ecuador. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/documentos/ac_00004349_2013%2027%20sep.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Plan estratégico nacional de salud mental 2015-2017.* Quito: Comisión de Salud Mental.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Guía de Salud Mental Comunitaria. Primera Edición.* Quito: Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.

Moffatt, A. (1975). *Psicoterapia del oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular*. Buenos aires: Editorial Librería ECR.

Montero, V. (12 de agosto de 2012). *Nuevos enfoques y prácticas de psicología*. Obtenido de Psicología Comunitaria Peruana: vmonterolopez.blogspot.com

Montufar, J. (11 de octubre de 2020). Salud en la población andina. (S. Vinueza, Entrevistador)

Morales, J. D. (2012). *Incidencia de la iniciativa de turismo comunitario sobre el nivel de desarrollo de la comunidad la Calera. Tesis de Maestría.* Quito: FLACSO.

Moreno, J. (02 de Septiembre de 2020). Modelo de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico. (S. Vinueza, Entrevistador)

Naciones Unidas. (2017). *Informe sobre las medidas adoptadas respecto a las observaciones finales sobre el informe inicial de Ecuador: párrafo 29 a) y 31 a) y b).* Naciones Unidas. Obtenido de http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsocXytluzOs83fWWVlzUSPVvgIqeQWSX1KE6Y0vIkB3aEGi4jiREqLCo8N0TpGlAsjMt83E4b9jUYbk0SYtcLwFD5WouA7hvfiNTbI6yKMgowb%2BAniyc8q2It7hdP6Ipgw%3D%3D

Naranjo, A., Delgado, A., Rodríguez, R., & Sánchez, Y. (02 de Mayo de 2017). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud en Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 03*(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en el Ecuador. IESM-OMS.* Obtenido de https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2018). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta.* Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud. (28 de Noviembre de 2019). *Trastornos Mentales.* Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Organización Mundial de la Salud. (22 de agosto de 2020). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de https://www.who.int/social_determinants/es/

Peña, C., Mazorra, A., Acosta, L., & Pérez, M. (2009). *Seguridad alimentaria en comunidades indígenas del Amazonas: ayer y hoy.* Bogotá: Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas - Sinchi.

Pilataxi, C. (2014). *Sumak Kawsay, Organiazación comunitaria y emprendimiento productivo. El caso de San Pablo Urku, Cayambe.* Quito: Abya Yala.

Rhoades, R. (2006). *Desarrollo con Identidad. Comunidad, Cultura, y Sustentabilidad en los Andes.* Quito: Abya Yala.

Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética, 20*(2), 192-204. doi:10.5294/PEBI.2016.20.2.6

Silva, R. (31 de agosto de 2020). Modelo de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico. (S. Vinueza, Entrevistador)

Solano, M. (2007). La mercantilización del saber. *Tecnología en Marcha, 20-03*, 88-103.

Stavenhagen, R. (2010). Las identidades indígenas en América Latina. *Revista IIDH, 52*, 171-189.

Unidad de Epidemiología HEJE. (2019). *Perfil Epidemiológico-Hospital Especializado Julio Endara.* Quito.

Vallejo, Á. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta colombiana de psicología*, 39-46. Obtenido de https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/398/401

6. ANEXOS

Anexo Nro. 1. *Encuesta virtual sobre medicina tradicional andina*

Medicina tradicional andina

1. ¿Conoce usted sobre la medicina tradicional andina? *

Número de participantes:
30

27 (90.0%): sí

3 (10.0%): no



2. Cuando tiene alguna molestia o enfermedad ¿Qué tipo de medicina elige? *

Número de participantes:
30

25 (83.3%): A. Medicina Natural Andina

5 (16.7%): B. Medicina Occidental



Anexo Nro. 2. *Encuesta de evaluación*

JORNADA DE SALUD INTEGRAL EN LA COMUNIDAD LA CALERA

Lugar: **Edad:**
Fecha: **Género:**

Valorar:

1.-Sobre la jornada

	Si	Poco	No
• ¿La jornada fue de su agrado?			
• ¿La información recibida sobre salud integral resulta útil para usted?			
• ¿Recomendaría esta jornada a otras comunidades?			

2.-Sobre los expertos

	Si	Poco	No
• ¿Explicaron de manera clara sobre el cuidado de la salud integral?			
• ¿Se trabajó de manera dinámica y entretenida?			
• ¿Dieron respuesta a las dudas que usted tenía respecto de su salud?			

3.-Sobre la organización

	Si	Poco	No
• ¿La duración de la jornada fue adecuada?			
• ¿El lugar en que se desarrolló cada actividad fue adecuado?			
• ¿Se trabajó de manera coordinada y respetuosa?			

5.- ¿Cuál es el aprendizaje que se lleva de esta jornada?

_____
_____
_____

6.- ¿Qué otras áreas deberían ser incluidas en esta jornada?

_____
_____
_____

7.- ¿Tiene algún comentario o sugerencia extra?

_____
_____
_____

Anexo Nro. 3 . *Monitoreo del plan de trabajo*

Monitoreo del plan de trabajo						
Título de la Propuesta:		**Jornada de salud integral en la comunidad La Calera.**				
Actividad	**Indicador**	**Meta**	**Métodos y herramientas de verificación**	**Fuente de información**	**Desagregación**	**Responsable**
Objetivo general: Desarrollar una jornada de actividades comunitarias basadas en el conocimiento ancestral de los *taytas* y *mamas* curanderos de La Calera y de expertos en medicina occidental, sobre el cuidado integral en salud.						
Objetivo 1: *Identificar a taytas y mamas de la comunidad La Calera expertos en medicina ancestral, así como a un/a psicólogo/a, nutricionista y médico/a general.*						
Actividad 1.1 Realizar reuniones con los *taytas y mamas* expertos en medicina ancestral y expertos en medicina occidental.	**1.1.1:**Número de reuniones	6	**Recolección:** Cuantificación de reuniones	Fotografías y reporte .	1. Tema de reunión: Socialización de la propuesta y compromiso de participación 2. Modalidad: Visitas domiciliarias 3. Expertos en salud: Yachaks, psicólogo/a, nutricionista, médico/a general	Comisión de Salud y mujeres
	1.1.2:Número de expertos	6	**Recolección:** Cuantificación de expertos	Consentimiento informado	1. Especialidades: kuy pichay, apicultura, medicina natural,	

					psicólogo/a nutricionista, médico/a general. 2. Contactos: números de telefono y correos electrónicos	
Objetivo 2: *Reunir a los expertos para programar de manera conjunta una jornada de salud integral.*						
Actividad 2.1 Realizar una reunión con todos los expertos para programar la jornada de salud integral	**2.1.1:**Número de reuniones	1	**Recolección:** Cuantificación de reuniones	Fotografías y documento de planificación	1. Tema de reunión: Programación de la jornada de salud integral 2. Lugar: Casa Comnunal 3. Invitados: Expertos, Comisión de salud y Cabildo	Comisión de Salud y mujeres
	2.1.2:Número de participantes	10	**Recolección:** Cuantificación de individuos	Fotografías y registro de participantes	1. Participantes: 3 especialistas de medicina andina, 3 especialistas de medicina occidental, 2 miembros de la comisión de salud, 2 miembros del cabildo 6. Contactos: números de telefono y correos electrónicos	

	2.1.3:Número de actividades propuestas	6	**Recolección:** Cuantificación de actividades propuestas	Documento de planificación	1. Áreas de bienestar: físico, mental, espiritual, relacional. 2. Poblaión de trabajo: Miembros de la comunidad, miembros del cabildo comunitario. 2. Cronograma de actividades 3. Responsable de cada actividad 4. Espacio destinado para cada actividad 5. Descripción de cada actividad 2. Materiales necesarios para cada actividad	
Objetivo 3: *Desarrollar las actividades planeadas con la participación de la comunidad.*						
Actividad 3.1 Desarrollo de la jornada de salud integral	**3.1.1:**Número de jornadas	1	**Recolección:** Cuantificación de reuniones	Fotografías, reporte y documento de planificación	1. Temática de jornada: Salud Integral 2. Localidad: Comunidad La Calera 3. Modalidad: presencial 4. Participantes:	Comisión de Salud y mujeres

					Expertos en salud andina y occidental, comisión de salud, cabildo, comuneros en general.	
	3.1.2:Número de participantes	40	**Recolección:** Cuantificación de individuos Aplicación de encuestas de evaluación.	Fotografías, registro de participantes y encuestras aplicadas.	1. Edades 2. Género 3. Rol en la comunidad 4. Encuesta: Pertinencia de la jornada, desenvolvimiento de los expertos, organización, sugerencias y reconocimiento de necesidades. 4. Contactos: número de teléfono y correo electrónico.	
	2.2.3:Número de actividades desarrolladas	6	**Recolección:** Cuantificación de actividades desarrolladas	Fotografías, reportes y documento de planificación	1. Horario para cada actividad 2. Descripción de cada actividad 3. Responsable de cada actividad 4. Espacio destinado para cada actividad	

Anexo Nro. 4. *Formato del consentimiento informado para los participantes en la investigación.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Estudio comparativo de los modelos de salud mental desarrollados en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito y La Comunidad La Calera. Estudio realizado desde el enfoque psicosocial, como una propuesta de intervención intercultural.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Shayana Alcamary Vinueza Quilumbaquí.

Director: Msc. Ernesto Bayardo Flores Sierra

INSTITUCIONES: Hospital Psiquiátrico Julio Endara y Comunidad La Calera

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: Analizar el modelo de Salud Mental en un hospital psiquiátrico de Quito y dentro de la comunidad kichwa La Calera, para contrastar las lógicas médicas tanto occidental como andina, y proponer la consideración de prácticas interculturales en las intervenciones clínicas.

PROCEDIMIENTOS: Si decide participar, se procederá a realizarse entrevistas semiestructuradas grabadas en audio, con el objetivo de conocer su concepción sobre Salud Mental y las prácticas que realiza desde su función en torno a tal concepción. Así mismo, se llevará a cabo un registro fotográfico del procedimiento.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con Shayana Alcamary Vinueza Quilumbaquí al 0983205851 o al correo electrónico: shayana_vinueza@hotmail.com; también con Ernesto Bayardo Flores Sierra al 0993535729 o al correo electrónico: eflores293@puce.edu.ec.

Además, para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con Paulina Barahona Cruz, Decana de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, al número 2991700 ext. 1241/1267/1640 en Av. 12 de octubre 1076 y Roca- en Quito, Ecuador.

Yo, …….. confirmo que he sido informado/a sobre la investigación denominada: *Estudio comparativo de los modelos de salud mental desarrollados en un hospital psiquiátrico de la ciudad de quito y La Comunidad La Calera. Estudio realizado desde el enfoque psicosocial, como una propuesta de intervención intercultural*. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICPANTE: _____

Cc: _____

FECHA: _____

INVESTIGADOR/A: _____

Cc: _____

FECHA: _____