

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XIII

**

Editoras

Magalí Civera Cerecedo
Martha Rebeca Herrera Bautista



Instituto Nacional
de Antropología
e Historia



Consejo Nacional
para la
Cultura y las Artes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2007

Comité editorial

Xabier Lizarraga Cruchaga
Abigail Meza Peñaloza
Florencia Peña Saint Martin
José Antonio Pompa y Padilla
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2007

© 2007, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2007, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2007, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización
escrita del titular de los derechos patrimoniales

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

SALUD MENTAL Y ALCOHOLISMO: UN TEMA
INTERCULTURAL OLVIDADO. PROPUESTA
DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD
QUE ATIENDE A POBLACIÓN INDÍGENA

Sergio Lerín
Enrique Ríos*

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

**Secretaría de Salud*

RESUMEN

Se trata uno de los temas más problemáticos en materia de salud, y hasta cierto punto olvidado, como es el alcoholismo, la alcoholización y la salud mental en contexto intercultural. En un primer nivel se argumenta sobre la salud intercultural o enfoque intercultural en salud y posteriormente se da a conocer una propuesta de capacitación para el personal sanitario, cuyo objetivo fue sensibilizar y capacitar con contenidos de salud intercultural y salud mental a personal de la Secretaría de Salud de México, que presta servicio en contextos indígenas, en el primer y segundo niveles de atención.

PALABRAS CLAVE: interculturalidad, salud mental, alcoholismo, alcoholización y capacitación.

ABSTRACT

It is one of the most problematic of health issues, and to a certain degree, a forgotten subject, like alcoholism, alcoholization, and mental health in an intercultural context. At first I argue about intercultural health or an intercultural approach to health and later I offer a proposal for sanitary staff training, with the objective to sensitize and train the Ministry of Health staff that provides

services in indigenous contexts with intercultural health and mental health contents, in the first and second level of assistance.

KEY WORDS: interculturality, mental health, alcoholism, alcoholization and training.

DE LA INTERCULTURALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD

A pesar de los logros que el sector salud ha tenido en los últimos años en las zonas más alejadas y rezagadas, como el descenso de la mortalidad materna, de la mortalidad infantil y la baja sostenida en la paridad en mujeres en edad reproductiva, es necesario reconocer que la atención sigue presentando barreras específicas, como la falta de médicos, las visitas muy espaciadas de los equipos itinerantes en salud, así como el pudor, la desconfianza y las preferencias que tiene la población de ser atendida en algunos padecimientos por médicos tradicionales. Aguirre Beltrán (1980) plantea un ejemplo ilustrativo en su clásico texto *Programas de salud en situación intercultural*, respecto a la atención gineco-obstétrica, cuando señala: “En el campo indígena la atención del enfermo y la parturienta se lleva a cabo en el ambiente cálido del hogar... y sólo en el caso de lesiones... se ven obligados los indígenas a aceptar, de agrado o a la fuerza, la atención impersonal del hospital”.

Las barreras culturales entre el personal de salud y los pacientes indígenas se refieren al uso de lenguas distintas, al alto analfabetismo, a una “falta de cultura médica” de las poblaciones indias y a la descalificación que el médico hace de las terapias tradicionales. Las dificultades de mayor tensión se presentan cuando los indígenas padecen cuadros de malestar que sólo los médicos tradicionales son capaces de entender-atender-resolver-contener. Algunas de las enfermedades tradicionales y en especial el susto, la pérdida del alma, el embrujo, el alcoholismo y la alcoholización han representado y siguen representando un gran desencuentro intercultural, no sólo en términos de identificación y diagnóstico, sino también en términos de eficacia.

Actualmente, en México se presenta una incapacidad para formular estrategias compartidas en las que el médico alópata y el tradicional atiendan los padecimientos mentales o del alma, de manera conjunta, como ya sucede en otros países, Bolivia con la salud intercultural o

Brasil con la atención diferenciada y sobre todo Chile que, desde hace diez años y en colaboración con la OPS, viene proponiendo estrategias en donde las acciones interculturales en zonas aymaras y mapuches han adquirido el rango de política nacional, y hoy se reproducen acciones articuladoras entre población indígena, médicos tradicionales, “Loncos”, Machis” y profesionales de la salud de manera claramente institucional (Sáenz 1999). También aparecen figuras institucionales como los “enlaces interculturales”. Sin embargo, hay que señalar que en todas estas propuestas persiste la ausencia del tema de la salud mental.

En este trabajo se recupera una experiencia institucional en salud y se da a conocer una propuesta de capacitación, para el personal sanitario, construida por un equipo interdisciplinario (antropólogos sociales, psiquiatra, médicos y psicólogos), cuyo objetivo fue sensibilizar y capacitar con contenidos de salud mental e interculturalidad al personal directivo y operativo de la Secretaría de Salud que trabaja en contextos indígenas en el primer y segundo niveles de atención.

Esta experiencia se realizó como parte de un conjunto de acciones en salud intercultural impulsado por el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas (PROSANI-SSA), que pretendía incidir en las políticas de salud dirigidas a la población indígena, en 13 estados de la república en los que la presencia indígena es importante, durante el periodo 2002-2004.

La propuesta original se focalizó alrededor de ciertos problemas “comunes”, “cotidianos”, “no graves” y no incapacitantes, y sobre todo no muy frecuentes en el primer nivel de atención, por carencia de registro, falta de capacitación del personal y principalmente por la ausencia de la salud mental en los programas que se realizan en el contexto indígena. Nuestra propuesta consistió en construir contenidos para la capacitación que vincularan los padecimientos, populares y/o tradicionales y las acciones en salud que se orientan hacia la población indígena.

Cuando iniciamos los trabajos en 2001, nos dimos cuenta que en México había rezago respecto a los aportes de un enfoque intercultural en salud que hoy están más vigentes que nunca en América Latina, ya que institucionalmente son casi nulas las acciones con este enfoque, a pesar de que en los años 50 y 60 en México y Guatemala se desarro-

llaron importantes acciones desde el Estado para favorecer la salud intercultural.

Reconocíamos, de entrada, que siguen persistiendo algunos de los siguientes problemas en la atención que se brinda en zonas indígenas: la existencia de prejuicios del personal de salud hacia la población indígena, la presencia de conflictos en la relación médico-paciente y usuarios-servicios de salud en comunidades indígenas, y una baja asistencia de los indígenas a las unidades médicas, más aún tratándose de problemas psico-emocionales o manejados por la medicina tradicional como “problemas del alma”.

A pesar de que los equipos de salud itinerantes cubren a la población más alejada y rezagada del país, es necesario reconocer que la atención a la población indígena sigue presentando barreras específicas de carácter sociocultural.

En este trabajo reflexionamos sobre la dimensión sociocultural de la salud mental e incluimos algunos malestares vinculados con el susto, el espanto, el embrujo, la pérdida del alma, el alcoholismo y la alcoholización, padecimientos que no son identificados, ni reportados en las estadísticas del sistema oficial de salud. Debemos reconocer que en el Programa de Acción de Salud Mental (2000-2006) sí se recuperan los motivos de consulta y demanda de atención a los problemas emocionales de la población urbana, en donde lo primero que se solicita es la atención del primer nivel; en segundo lugar, el psicólogo; en tercero, el psiquiatra; en cuarto y quinto lugares se busca la ayuda religiosa y de curanderos. No existe, sin embargo, referencia alguna de la población rural e indígena en donde es de suponer que la asistencia religiosa la del curandero y las estrategias de ayuda mutua son las más importantes (*Programa de acción: salud mental* 2001: 46).

El alcoholismo es el ejemplo más ilustrativo; el consumo de alcohol como problema o causa principal de ciertos padecimientos no aparece dentro de las enfermedades que se registran en el primer nivel de atención, sino más bien cuando se trata de algo grave producto de un consumo prolongado (*Programa de acción: salud y nutrición para los pueblos indígenas* 2001: 18).

DE SALUD MENTAL, ALCOHOLISMO Y ALCOHOLIZACIÓN EN CONTEXTOS INDIOS: UN CAMPO OLVIDADO POR EL SECTOR SALUD

En nuestro país es difícil encontrar estadísticas confiables sobre la epidemiología de las enfermedades mentales, así como su impacto en el bienestar de la población. En el Programa de Acción de Salud Mental (SSA) encontramos la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta urbana, pero una ausencia de referencias respecto a la población rural e indígena, a pesar de que la estrategia número 6 busca reducir los rezagos de salud mental de los pobres (*Programa de acción: salud mental* 2001: 45 y 115).

Entre las 15 principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA) se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas: seis de ellas se relacionan con estos trastornos y con las adicciones, como son los homicidios y la violencia, los accidentes de tránsito, la enfermedad cerebrovascular, la cirrosis hepática, las demencias, el consumo de alcohol y los trastornos depresivos, que representan cerca del 18% del total de AVISA (*ibidem*: 18).

La prevalencia de padecer alguna enfermedad mental se ubica alrededor del 25%, lo cual representa el 7.9 de pérdida de años de vida saludable en el medio urbano y de 10.4 en el medio rural (Salgado *et al.* 2003: 19-26).

A pesar de su importancia los indicadores relativos a la salud mental son variables poco utilizadas para definir las condiciones generales de salud de la población mexicana. Esta situación se explica parcialmente si se toma en cuenta que la salud mental ha sido por mucho tiempo artificialmente escindida de la salud física, lo cual ha repercutido en la ausencia de información sistematizada sobre los padecimientos mentales de la población (*ibidem*).

Si la atención a los problemas de salud mental no cuenta en áreas urbanas con sistemas de referencia entre instituciones, ni siquiera existe el concepto de emergencia psiquiátrica como, por ejemplo, en Brasil, esta situación en los contextos rurales e indígenas se agrava en tanto no existen sistemas de información, ni programas de salud mental con personal especializado y capacitado; por lo que los habitantes de zonas rurales e indígenas con sintomatología mental no tienen a su alcance tratamientos que les ayuden a solucionar sus problemas.

Sin embargo, debemos señalar que existen algunas experiencias que se están aplicando en diversos lugares del país, como el modelo Hidalgo en salud mental, y específicamente el módulo de salud mental existente en la zona huichol del estado de Jalisco.

Los escasos estudios existentes reportan sobre todo un desencuentro en términos de la atención de problemas de salud mental, o más bien una desatención ante los padecimientos mentales. Paradójicamente no son nuestros servicios de salud sino la misma Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) las que reconocen esta problemática, apoyándose en estudios de corte antropológico:

Son muy pocos los estudios que han enfocado la problemática emocional de las poblaciones indígenas. Casi no se han considerado los sistemas médicos indígenas ni se han relacionado los trastornos emocionales con las prácticas curativas rituales[...] Los estudios de Rubel (1964) sobre susto y el análisis de Fábrega (1970) sobre jowiel y chawaj en la población maya de los altos de Chiapas ilustran este punto. Se carece de estudios sistemáticos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población indígena o la relación de las categorías de estos trastornos en los sistemas tradicionales y su correspondencia con la clasificación psiquiátrica occidental (Farías 1997: 9).

Desde un enfoque intercultural, todo criterio clínico necesita del contexto cultural para tener validez y ser interpretado correctamente; estos criterios de definición de la anormalidad deben considerar la cultura de pertenencia del paciente, su modo de pensar la enfermedad, sus representaciones ontológicas y etiológicas. Una enfermedad tradicional puede resultar extraña para el médico alópata porque la confronta en un contexto individual normativo, apoyándose en los estándares sociales occidentales.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que cada lugar, época y modo de vida desarrollan una tolerancia a las desviaciones, haciendo de éstas síntomas o no. Esta reactividad diferencial de las manifestaciones clínicas conlleva una reorganización de la semiología. Podemos observar estas variaciones semiológicas en el modelo occidental a través de las distintas revisiones del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM IV). Entre cada versión aparecen nuevos criterios, nuevas entidades patológicas, y desaparecen o se reformulan otras. Desde hace diez años, este manual ha incorporado un apéndice con un

glosario de síndromes dependientes de la cultura, que se propone analizar el impacto del contexto cultural del individuo (Messon 1995).

En los contextos indígenas de nuestro país, médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino manejan visiones del mundo, a menudo, contrapuestas. En la mayoría de las veces no se encuentran puntos de contacto intercultural entre el médico y el paciente, los recursos humanos en salud no reciben capacitación intercultural, las áreas físicas no están adecuadas culturalmente, no se brinda información al paciente en su propia lengua, el tiempo de espera es extremadamente prolongado y no existe un reconocimiento de las representaciones culturales del enfermar y morir.

En otras palabras, el personal de salud desconoce la realidad sociocultural en la que presta el servicio y todo esto lleva a un enfrentamiento de la dimensión técnica *vs* la dimensión sociocultural que provoca un grave conflicto intercultural.

La salud mental nos refiere supuestamente la capacidad del individuo de adaptarse y ser funcional en su entorno, familiar, comunitario y sociocultural, a diferencia de la salud en términos somáticos donde la definición corresponde a la ausencia de enfermedad.

En relación con la salud mental, Kleinman (1978) considera que ésta es “una experiencia social que impacta a todos los miembros de una comunidad debido a que el sufrimiento ocasionado por este tipo de padecimientos está culturalmente determinado”. Por esta razón, propone que para atender adecuadamente las necesidades de salud mental de una población se requiere de una aproximación que tome en cuenta las múltiples interconexiones sociales y culturales que existen entre los enfermos, los sanadores y los miembros de la comunidad, ya que el estado de “enfermedad” es determinado por la experiencia subjetiva del individuo y de los miembros de su comunidad, más que por los datos clínicos (Salgado *et al.* 2003: 19-26).

La indígena es considerada una población en riesgo, que acumula factores precipitantes, predisponentes y perpetuantes: pobreza extrema, analfabetismo, español como segunda lengua, situaciones traumáticas como guerras, migración, discriminación, alcoholismo, desempleo, entre otros. Estos factores hacen que la población indígena en su conjunto tenga mayor riesgo de padecer problemas emocionales, que la hacen sufrir un doble estigma: tener un padecimiento mental y

pertenecer a un grupo indígena de por sí discriminado (De la Fuente *et al.* 1997).

No existen datos, y los pocos que se reportan no son del todo confiables, acerca de la salud mental de las comunidades indígenas en México, siendo varias las razones, como el reducido número de psiquiatras (0.8% por cada 100 000 habitantes), la pobre formación en trabajo comunitario y la nula en enfoques interculturales (Levay *et al.* 1993). A esto se agrega la diferente expresión de sus “dolencias” no necesariamente inscritas en los códigos biomédicos de la medicina occidental; de aquí las interesantes aportaciones de la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural. Estas disciplinas muestran que esta diversidad (de síndromes vinculados con la cultura) no sólo refleja distintas formas de manifestación de los trastornos psíquicos, sino expresa condiciones y sistemas socio-culturales específicos.

En este sentido, no basta con plantearnos formas arbitrarias de traducción de las nociones indígenas del padecer en categorías psiquiátricas como lo sugieren los especialistas; ya que estas últimas carecen de contenido cultural útil para movilizar las redes sociales, los recursos personales, familiares y comunitarios necesarios para la restitución de la salud.

La red social construye y valida la severidad de la condición de una persona. Por ejemplo, es común que cuando se observan cambios en la conducta y apariencia (“mal semblante”), éstos son señalados por los miembros de la red y la persona es confrontada con la posibilidad de que esté sufriendo una enfermedad, aun cuando ella no lo perciba así (Salgado *et al. op. cit.*: 22).

El alcoholismo y la alcoholización, en el contexto indígena, ilustran este caso ya que no son percibidos desde una dimensión de salud mental, incluso no siempre se le identifica como problema de salud por la comunidad, y los servicios de salud omiten procedimientos técnicos cuando se presenta el problema en etapas tempranas e incluso crónicas, no así en casos de daño hepático o de franco alcoholismo.

El alcoholismo y la alcoholización provocan una serie de complicaciones que se reflejan en el aumento de las tasas de cirrosis hepática alcohólico-nutricional, así como de varias entidades relacionadas, como los homicidios, los accidentes, la violencia en la comunidad y en el ámbito doméstico.

El déficit de información sobre daños a la salud producidos por el alcoholismo impide contar con un diagnóstico epidemiológico para las zonas indígenas; en contraparte, existen numerosas investigaciones interculturales acerca de la embriaguez, así como trabajos antropológicos que han documentado el alcoholismo y la alcoholización entre los grupos indígenas de nuestro país desde la década de los cuarenta (Menéndez 1987).

Sin embargo, la mayoría de los trabajos antropológicos han privilegiado la funcionalidad del alcohol, describiendo en distintas comunidades los patrones dominantes de bebida indias como centrales en la integración cultural, pero han vuelto invisibles las funciones negativas y los daños a la salud psicofísica. Asimismo, los estudios etnográficos también han documentado cómo la alcoholización aparece ligada con determinados síndromes de filiación cultural o síndromes delimitados culturalmente, como la pérdida del alma, el susto, o la brujería (*ibidem*).

En contraparte, existen numerosas investigaciones interculturales acerca de la embriaguez, así como trabajos antropológicos que documentan el alcoholismo y la alcoholización entre los grupos indígenas de nuestro país, lo que permite contar con información útil para un diagnóstico del proceso de alcoholización.

Según Menéndez y Di Pardo (1987: 95), México es el país de América Latina donde se han llevado a cabo más investigaciones antropológicas sobre la alcoholización, señalando la diversidad étnica y regional que lo caracteriza. La antropología ha colocado en la descripción de los patrones socioculturales sus principales aportes para explicar los procesos de alcoholización a partir de trabajos realizados en el medio rural y en determinados grupos indígenas; particularmente en los Altos de Chiapas y en Oaxaca. Muchos de estos trabajos dan cuenta de las funciones positivas y negativas, contradictorias y ambivalentes, festivas e integrativas, simbólicas y rituales, de daño físico y mental producidas por el uso y abuso de alcohol.

De acuerdo con Menéndez (1987: 32), en la década de los 40 la antropología realizó importantes aportaciones, como los trabajos sobre Chamula y Chichicastenango. Otras propuestas como la de Horton (1943) y la de Bacon (1943, 1945) constituyen aportes socioantropológicos significativos donde la alcoholización es analizada como reductora de tensiones ante situaciones de estrés social.

Hay que reconocer que estas teorías resultan ser intentos valiosísimos para explicar el porqué de la existencia del alcohol en grupos indígenas y permiten pensar que la ansiedad producida por los bajos niveles de ingreso, una ingesta alimentaria insegura, acompañada de violentos procesos migratorios y de aculturación, provocados por los contactos desiguales con la cultura occidental, puede asociarse con altos consumos de alcohol y franca borrachera.

Sin embargo, hay que tener en cuenta también que esta teoría no incluye a todos los grupos indígenas, puesto que algunos de los que están sometidos a similares procesos de tensión promueven la abstinencia de bebidas alcohólicas o eligen otras sustancias.

Es importante para cualquier diagnóstico recuperar la teoría de Horton (1943), acerca de las posibles vinculaciones entre la embriaguez y los temores e inseguridades a los que se enfrentan los grupos indígenas y que pueden ser divididos en:

- a) Temor a las enfermedades, entre las que incluimos los llamados síndromes de filiación cultural (pérdida del alma, susto, etcétera).
- b) Temor a los espíritus malévolos.
- c) Temor al espíritu de los muertos.
- d) Temor a la brujería.

Desde una mirada crítica podemos afirmar que la mayoría de los trabajos antropológicos han privilegiado más la funcionalidad del alcohol, describiendo los patrones dominantes de bebida en distintas comunidades indias como centrales en la integración cultural, suponiendo que los controles ideológicos-culturales regulen las ocasiones en que se bebe, cuánto se bebe, quiénes son los que beben y en qué ocasiones se permite beber, porque lo que no han percibido es el alcohol como enfermedad, producto de mayores tensiones y/o relajación de los controles sociales, y sobre todo han colocado en segundo término sus consecuencias en cuanto a la salud psicofísica.

En muchos casos, la alcoholización aparece ligada con determinados síndromes de filiación cultural o síndromes delimitados culturalmente, definidos como “aquellas alteraciones y trastornos de tipo sindrómico y por tanto no totalmente definidos desde el punto de vista orgánico que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos” (Comelles y Martínez 1993: 87).

En relación con la pérdida del alma, López Austin (1980), al trabajar la ideología nahua, dice que “el tonalli se libera del cuerpo ya durante el sueño, en estado de embriaguez o de intoxicación con drogas, ya durante el acto sexual”. Guiteras (1965), en su descripción sobre los peligros del alma, indica que “el Chu´ulel abandona el cuerpo temporalmente, asimismo durante el sueño, la inconsciencia, la muerte aparente, el coito y la ebriedad”. Lo importante, más allá de la curiosidad etnográfica, es que estas ausencias, pérdidas, riesgos y peligros del alma se presentan con frecuencia asociadas con la borrachera, con las caídas, cuando se pierde el sentido (Menéndez 1987: 89).

La ausencia del alma puede representar un peligro porque en caso de embriaguez ésta no encuentra el camino de retorno, y es en este estado cuando se violenta la norma, se cae en infracción y se busca hacer lo que no está permitido.

Los procedimientos terapéuticos utilizados son muy numerosos y consisten en la realización de ceremonias, cuya finalidad es reintegrar al cuerpo afectado la esencia vital perdida. La enorme variedad de terapias reportadas en la literatura etnográfica permite afirmar que, aunque existen elementos comunes, cada región posee una particular forma de curación, inclusive, existen diferencias notables en una misma zona. Sin embargo, es importante mencionar que el alcohol también forma parte de las ceremonias curativas del rescate del alma (*op. cit.*: 90).

El alcohol puede formar parte directa de las causas del susto cuando, por ejemplo, un padre alcohólico golpea al hijo y/o a la mujer. Las caídas aparecen como principal causa de susto entre los zoques y de pérdida del alma entre los zinacantecos, y recordemos que la embriaguez constituye una de las causas más frecuentes de caídas.

Otro trastorno emocional denominado “pega-triste”, en Tehuantepec (Oaxaca), se contrae por haber visto un acto sexual no permitido. La curación radica en que el sujeto relate públicamente lo que observó. Cuando éste se niega a hablar, se le emborracha con anisado o mezcal para que lo cuente. En este caso, la borrachera permite decir la verdad y, de igual modo, disculpar al que habla (Garate 1960, citado por Menéndez *op. cit.*: 83).

Metzger (1964, citado por Menéndez *op. cit.*: 75) estudió en Aguacatenango los patrones de consumo, en particular su relación con prácticas de brujería. El autor describe numerosos episodios de brujería

que implican la muerte. Señala que en la mayoría de los casos el alcoholismo es producto de embrujamiento.

Hay que reconocer que no todo el que bebe se transforma en alcohólico, que no todo el que bebe llega a padecer cirrosis hepática, o que no todo el que se embriague de manera prolongada perderá el alma, ni presentará *delirium tremens*, ni será violento, ni matará. Hablar de alcoholización implica necesariamente ubicarla en su contexto, atendiendo a lo que se bebe, cómo se bebe, con quién se bebe, para qué se bebe, en asociación con qué cosas o hechos se bebe y, en última instancia, teniendo en cuenta los grados de permisividad que en torno a este fenómeno tiene la sociedad, la comunidad o el grupo.

El alcohol como parte de la vida cotidiana y del ciclo de vida ceremonial, en determinados momentos, puede facilitar la violencia. Según Menéndez y Di Pardo (1998: 37-71), el uso del alcohol en las relaciones sociales es lo que establece la violencia y no el alcohol en sí. La violencia asociada con el alcohol aparece como uno de los principales instrumentos de agresión a los otros, y si hablamos de los varones, también hacia sí mismos, ya que es la violencia alcoholizada la que se constituye en el principal proceso que incide en la mortalidad temprana del varón. Una gran cantidad de estudios antropológicos han demostrado la relación alcohol/violencia en diferentes contextos mexicanos rurales e indígenas.

Durante el carnaval, en Chamula, Zinacantán o Chenaló (Chiapas), los indígenas se entregan a beber sin interrupción, por lo que con frecuencia están presentes la riñas entre amigos, enemigos, hombres y mujeres, que en ocasiones pueden llevar a casos de muerte (Bricker 1986). Toda fiesta implica la posibilidad de muertes, más aún, se llega a considerar que una fiesta fracasa si no hay muertes (Flanet 1977 y 1986, citados por Menéndez 1987: 82-85).

En Los Altos de Chiapas, actualmente en los rituales de sanación se está sustituyendo el instrumento alcohol por refresco, principalmente entre aquellos que profesan las prácticas protestantes y siguen realizando los rituales tradicionales, como lo refiere Jaime Page (2005), uno de los especialistas en antropología médica y cultura maya.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD INTERCULTURAL

La interculturalidad en salud puede ser interpretada de distintas maneras, según las posiciones que se asuman. Para la OPS-OMS (1998: 18), el concepto de interculturalidad “involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos y etnias) para construir una sociedad más justa”.

La interculturalidad en salud, algunas veces, se maneja como una herramienta útil en los procesos de cambio, en momentos resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos, y en otros escenarios es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados.

Las acciones para construir una salud intercultural transitan actualmente de forma ambigua, entre una clara descalificación por parte del sector salud y una forzosa incorporación de los recursos populares en salud en la aplicación de programas institucionales. Tratar con el concepto de interculturalidad implica partir de una definición sintética, que refiere al contacto, articulación, conflicto, resistencia y tensión que se generan entre dos culturas que se reconocen (Lerín 2004: 111-125).

Desde nuestra posición teórica y aplicativa, la interculturalidad debe ser entendida como un proceso de reconocimiento y respeto de las diferencias culturales en torno a la salud y la enfermedad física y psíquica, la muerte y el accidente que se presentan en los diferentes grupos étnicos de nuestro país. Luego entonces, las concepciones indígenas sobre la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud (*ibidem*).

Situarnos en la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas, nos obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre médicos y pacientes e institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención.

DE LA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural (en este caso con contenidos en salud mental), además de necesaria, supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incide en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud.

Nuestra propuesta consiste en una estrategia para el mejoramiento técnico y humano del personal de salud que opera en zonas indígenas e implica un ejercicio de profesionalización. Es imprescindible que este personal participe en cursos de sensibilización y de capacitación, esto les permitiría, por un lado, mantener una actitud informada y flexible en relación con las creencias y expectativas de tratamiento para las enfermedades mentales, y por otro, conocer algunas estrategias de sanación del sistema etnomédico local que pudieran ser complementarias al tratamiento terapéutico por ellos prescripto. Esta aproximación permitiría la congruencia cultural necesaria para facilitar el apego terapéutico del paciente (Salgado *et al.* 2007: 24).

Tenemos claro que la capacitación no puede ser vista como causa-efecto de un trato digno a la población indígena o un sinónimo de la calidad de la atención, más correctamente es un disparador de un conjunto de acciones que deben gestionarse en el interior de los servicios de salud.

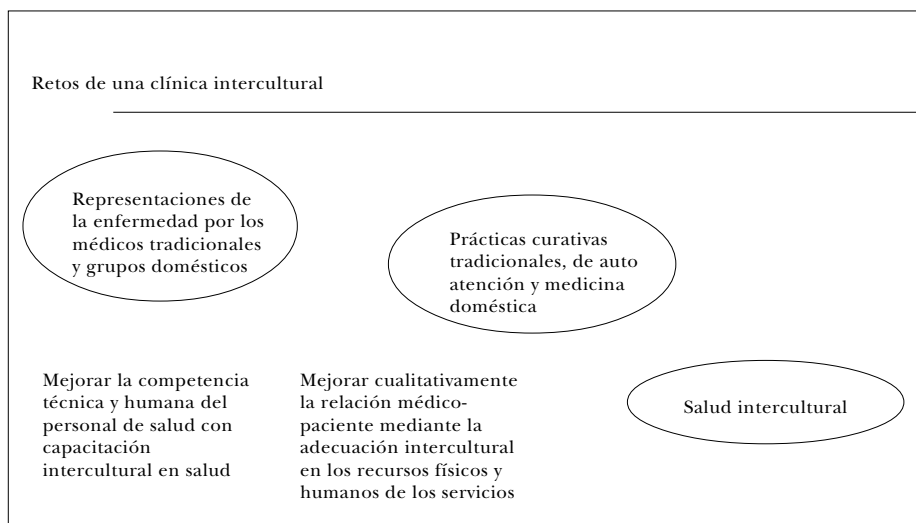
Entre las razones y los motivos del porqué es necesario modificar las conductas del personal de salud en el contexto indígena sobresalen:

a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad-mental generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena.

b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas generalmente desconoce la conceptualización local del proceso de padecer síndromes de filiación cultural, así como de las prácticas de identificación-contención-solución.

c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico-paciente en zonas indígenas es más común de lo que suponemos.

d) El personal de salud descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad, y las ubica en el terreno de las creencias y costumbres.



En síntesis, las acciones para construir una orientación clínica de corte intercultural transitan actualmente de forma ambigua, entre una clara descalificación por parte del sector salud y una forzosa incorporación de los recursos populares en salud en la aplicación de programas institucionales. Ante ello es obligado explicitar un modelo que recupere el punto de vista del actor y la dimensión técnica de la atención.

DE COMO INCORPORAR CONTENIDOS SOCIOCULTURALES

La propuesta de capacitación de recursos humanos se centra en incorporar la dimensión sociocultural del proceso salud-enfermedad en el ámbito de la salud mental.

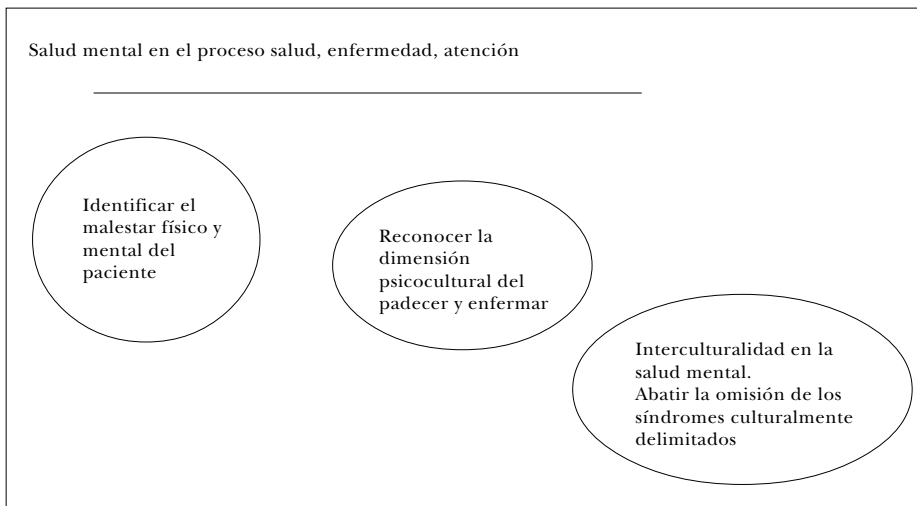
Como afirma Salgado *et al.* (2003), debido a que: “la manifestación e interpretación de este tipo de síntomas (cómo pueden ser los síndromes de filiación cultural) están siempre matizados por la cultura local, es necesario que el profesional de la salud se familiarice con las creencias y los procesos locales de salud enfermedad” y atención.

La modalidad de trabajo en la capacitación para el personal de salud la orientamos hacia tres grandes núcleos de importancia; en el primero, fomentamos inductivamente la identificación de problemas de salud mental en su área de competencia; en segundo lugar, apoyamos

deductivamente contenidos de corte sociocultural alrededor del padecer y del enfermar y, en un tercer momento, buscamos un ejercicio reflexivo de síntesis que se orientara a evitar la omisión de estos problemas de salud mental en su trabajo aplicativo.

Se trata de un módulo incluido en una capacitación mayor que tenía como propósito sensibilizar a los cuadros directivos de estatales y jurisdiccionales de la Secretaría de Salud para que se familiaricen, se informen y reconozcan la relevancia que tiene el manejo e incorporación de contenidos interculturales en salud en la prestación de servicios de salud a la población indígena. Asimismo, se incidió en la formación de los responsables de la capacitación, personal de enseñanza, promoción y educación para la salud que trabajan en las jurisdicciones sanitarias, con la idea de que se transformen en instructores interculturales, sean capaces de reproducir los contenidos recibidos y fomenten acciones adecuadas culturalmente para los grupos étnicos que están en sus áreas de influencia.

En nuestra opinión, en el ámbito del personal operativo, médicos, enfermeras, auxiliares de salud de equipos itinerantes, unidades fijas y técnicos en atención primaria es donde se tiene que impulsar más la capacitación con contenidos en salud mental, puesto que son parte de la cobertura de servicios que llega a la población más dispersa, que



menos tiene y reporta los niveles más negativos de salud y no cuenta con personal especializado en el tema de la salud mental.

La propuesta se construyó bajo el presupuesto de no interferir en la organización operativa de los equipos de salud, no reestructurar las estrategias de operación y menos aún fomentar una atención diferenciada en salud. Es pertinente reconocer que toda estrategia de capacitación no debe implicar un alto costo porque va dirigida esencialmente a reforzar las acciones aplicativas del personal. Pensábamos en un conjunto de problemas frecuentes, de menor complejidad, pero sobre todo que no implicaran el tercer nivel de atención en salud mental. Por lo que nuestra idea se formuló en el principio de mejorar técnicamente al personal, sensibilizarlo en el contexto en que desarrolla sus actividades y buscar combatir la omisión de los problemas de salud mental, en el primer nivel de atención; realidad que, por otra parte, el personal de salud identifica con claridad, pero no cuenta en el laberinto institucional con un sistema de referencia y contrarreferencia.

Consideramos indispensable invertir en los recursos humanos para sentar las bases de un servicio de salud con sensibilidad intercultural que dé respuestas adecuadas culturalmente a los problemas de salud mental hasta hoy olvidados.

EL MÓDULO DE SALUD MENTAL TIENE COMO OBJETIVO INCREMENTAR LAS SIGUIENTES COMPETENCIAS DEL PERSONAL SANITARIO:

1. Competencia técnica-conceptual, que incluye capacidades de conocimiento, análisis y exploración para reconocer e interpretar signos y síntomas de los principales problemas de salud psicoemocional, tanto de la cultura local como de la biomedicina, y para comprender críticamente el entorno sociocultural y las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, así como la relación entre desigualdades socioeconómicas y deficiencias sociosanitarias.

2. Competencia actitudinal, emocional y perceptiva, que incluye el reconocimiento de la variabilidad cultural de las emociones y sus manifestaciones, así como de las distintas percepciones sobre la vulnerabilidad y gravedad de distintos padecimientos emocionales.

3. Competencia social, que incluye habilidades para el diálogo del facilitador en la comunicación intercultural (Pratz 2005).

El módulo incluyó los siguientes contenidos temáticos:

1. La salud mental desde una perspectiva intercultural.

2. La interrelación entre los distintos modelos de atención, biomédico, alternativo subordinado y de autoatención (Menéndez 1990: 53). Importancia de las estrategias locales de atención y de las redes sociales.

3. Principales problemas de salud que afectan a las comunidades indígenas. Dificultades en el acceso a los servicios de salud, distancia y tensión culturales.

4. Alcoholismo, cultura y salud mental. Proceso de alcoholización, síndromes de filiación cultural y violencia.

La enseñanza del módulo inició con un ejercicio práctico, donde a modo de taller se buscaba el reconocimiento y explicitación por parte de los participantes de su “actitud clínica y cultural”, entendida como el conjunto de las representaciones técnicas y socioculturales hacia algunos de los principales problemas de salud mental que enfrentan los prestadores de servicios en su práctica cotidiana.

RESULTADOS

En el año 2003, se desarrollaron las acciones de capacitación intercultural en el campo de la salud mental, trabajando con instructores expertos en salud intercultural y con los jefes de programa de 21 estados en donde existe presencia indígena. El taller de sensibilización a directivos estatales y jurisdiccionales se realizó en cinco sedes, con la participación de 180 personas. También se desarrollaron dos talleres de capacitación intercultural para formar instructores interculturales en salud que contaron con la presencia de 150 responsables de los departamentos de enseñanza, de programa, de educación para la salud y coordinadores de salud en población indígena.

DISCUSIÓN

Consideramos a la capacitación en salud mental como una de las acciones más importantes para mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo y, ulteriormente, como útil al cambio en la gestión de los servicios que se presenta indispensable en las zonas indígenas.

Con los cambios en la capacitación con enfoque intercultural en los servicios de salud se busca incidir positivamente en las rutinas, prácticas y prejuicios negativos que el personal de salud tiene hacia ciertos padecimientos, como el susto, la pérdida del alma, el alcoholismo y la alcoholización. Al adicionar con contenidos de salud intercultural los programas regulares de capacitación del personal que labora en zonas indígenas se está en pro de reformas del trato, tiempos de espera, información clara y adecuada a las necesidades culturales para impactar positivamente en los perfiles de salud de la población indígena.

Finalmente, debemos reiterar la importancia del médico general que está en el escenario del primer nivel de atención y que en zonas rurales e indígenas casi siempre se encuentra limitado cuando no impedido de acciones integradoras. Como afirma Salgado *et al.* (2003: 25):

Muchos pobladores rurales que solicitan atención médica en los centros de salud del primer nivel de atención sufren problemas psiquiátricos. Por ello la capacitación en salud mental (con enfoque intercultural) es fundamental, la ausencia de profesionales especializados en la salud mental en las zonas rurales de México determina que los médicos, trabajadores sociales y enfermeras que laboran en los centros de salud comunitarios se integren como equipos disciplinarios.

Desde nuestra experiencia podemos plantear que el personal de salud identifica, sabe y conoce las dificultades que se plantean en el terreno intercultural, es sensible a la capacitación, están interesados en los contenidos y, contrariamente a lo que se cree, una mayor parte de ellos reconoce su falta de pericia técnica en estos campos; sin embargo, quienes más obstáculos ponen en la interculturalidad resultan ser los directivos que, además de exigir obviamente resultados en los programas que llevan a cabo, justifican ideológica y técnicamente el olvido de estos temas de salud mental.

Podemos señalar sin temor a equivocarnos que los directivos, jefes de programa, jefes jurisdiccionales y coordinadores estatales ven

con mucho escepticismo las capacitaciones en estos temas, ya que económicamente es mejor dirigir los recursos hacia la salud materno infantil que a la salud mental y el alcoholismo, atribuyendo estos problemas a la decisión del individuo a consumir alcohol, a la ignorancia y el atraso, a una cultura de la pobreza en el caso de los síndromes de filiación cultural.

REFERENCIAS

AGUIRRE BELTRÁN, G.

- 1980 *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- 1996 *Antropología médica*, CIESAS, México.

BACON, S.

- 1943 Sociology and problems of alcohol: Foundations for a Sociological study of drinking behavior, en *QJSA*, 4: 399.
- 1945 Alcohol and complex society, en Pittman y Synder (eds.), 1962: 78.

CANGUILHEM, G.

- 1966 *Le normal et le pathologique*, PUF, París.

COMELLES, J. M., A. MARTÍNEZ HERNÁEZ

- 1993 *Enfermedad, cultura y sociedad*, EUDEMA, Madrid.

FARÍAS, P. J.

- 1997 *Salud mental y población indígena en América Latina*, OPS-OMS, Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades Indígenas, OPS-OMS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C., EUA.

FUENTE DE LA , R., M. E. MEDINA MORA, J. CARAVEO

- 1977 *Salud mental en México*, Instituto Mexicano de Psiquiatría-FCE, México.

HORTON, D.

- 1943 The functions of alcohol in primitive societies: a Cross-utlrual study, en *QJSA*, 4: 199.

KLEINMAN, A.

- 1978 Cultura, enfermedad y atención, en Lecciones clínicas para la investigación antropológica e intercultural, *Annals of internal medicine*, 88: 251-258.

LERÍN PIÑÓN, S.

- 2004 Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta, *Desacatos*, 15-16: 111-125, CIESAS, México.

LEVAY, I., H. RESTREPO Y C. GUERRA DE MACEDO

- 1993 Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 39 (4): 285-293.

LÓPEZ AUSTIN, ALFREDO

- 1989 *Cuerpo humano e ideología*, UNAM, México.

MASSON

- 1995 *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM IV)*, México.

MENÉNDEZ, E.

- 1987 *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural*, CIESAS, México.
- 1990 Antropología médica, orientación, desigualdades y transacciones, *Cuadernos de La Casa Chata*, 179, CIESAS, México.

MENÉNDEZ, E., R. DI PARDO

- 1987 Los aportes socioculturales de consumo de alcohol. Un intento de síntesis, *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural*, CIESAS, México.
- 1998 Violencia y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes, *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 74, XIX: 36-71, El Colegio de Michoacán.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS-OMS)

- 1998a *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*, OPS-OMS, Washington D.C., División de Desarrollo y Servicios en Salud, Serie Salud de los Pueblos Indígenas, Cuaderno no. 10.
- 1998b *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de los recursos humanos*, OPS-OMS, Washington D.C.

- 1999 *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, OPS, Washington D.C., EUA., Serie Salud de los Pueblos Indígenas, Cuaderno no. 12.

PAGE PLIEGO, J. T.

- 2005 Deterioro de los sistemas etnomédicos presentes en tzotziles y tzeltales de Chiapas. Procesos de recuperación y captación, *Memorias del XIII Coloquio Internacional Juan Comas*, Campeche, México.

PRATZ GIL, E.

- 2005 Diversidad cultural y salud. Una propuesta de formación inicial para profesionales de la educación, *Educación médica*, 8, Suplemento 1, septiembre, Barcelona.

SÁENZ, M.

- 1999 *Programa de salud y pueblos indígenas*, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.

SALGADO DE SNYDER, V. N., MA. DE J. DÍAZ PÉREZ Y T. GONZÁLEZ VÁZQUEZ

- 2003 Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México, *Salud pública de México*, 45(1), enero-febrero.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2001 *Programa de acción: salud y nutrición para los pueblos indígenas*, (PROSANI), México.
- 2001 *Programa de acción: salud mental*: 46, México.