



PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS POBLACIONES INDÍGENAS. EXPERIENCIAS DE PAÍSES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS POBLACIONES INDÍGENAS. EXPERIENCIAS DE PAÍSES

UNA COLABORACIÓN ENTRE LA OPS/OMS,
CANADÁ, CHILE Y SOCIOS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

2014-2015



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Washington, D.C.
2016

Se publica también en inglés (2016) con el título:
Promoting Mental Health in Indigenous Populations. Experiences from countries
ISBN 978-92-75-11897-9

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015. Washington, DC : OPS, 2016.

1. Salud de Poblaciones Indígenas. 2. Salud Mental. 3. Grupos Étnicos. 4. Cooperación Internacional.
5. Cooperación Técnica. I. Título.

ISBN 978-92-75-31897-3

(Clasificación NLM: WA 305 DA1)

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados..

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones a través de su página web (www.paho.org/permissions). El Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

CONTENIDO

RESUMEN	1
EQUIPO DEL PROYECTO Y SOCIOS	2
FINALIDAD	3
Objetivos	3
Acciones	3
INTRODUCCIÓN	4
Antecedentes	4
PERSPECTIVA y OBJETIVOS DEL PROYECTO	7
Metodología	9
RESUMEN DE LAS REUNIONES	10
Santiago de Chile, 27 al 29 de octubre de 2014	10
Nunavut (Canadá), 9 al 11 de septiembre de 2015	11
Reunión con la autoridad sanitaria de Nunavut sobre la Guía de Intervención mhGAP de la OMS	13
ANEXO A. Programas de las reuniones	19
Santiago de Chile, Chile, 27 al 30 de octubre de 2014	19
Iqaluit, Nunavut (Canadá), 7 al 11 de septiembre de 2015	20
ANEXO B. Resumen sobre las poblaciones indígenas y presentaciones de los países participantes	21
Argentina	22
Brasil	23
Canadá	25
Chile	32
Anexo C. Programa de salud intercultural	34
Anexo D. Adaptación de la GI-mhGAP para agentes de salud comunitarios	39
ABREVIATURAS	45
REFERENCIAS	46

RESUMEN

En el año 2007, los países de la Región de las Américas aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 en la que se consideraba a la salud mental como una de las prioridades. En 2014, en el Plan de acción sobre salud mental (2015-2020), aprobado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se identificaron temas intersectoriales como la etnicidad, la equidad y los derechos humanos, de conformidad con el Plan de acción integral sobre salud mental (2013-2020) aprobado oportunamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según la bibliografía especializada, las tasas de los problemas de salud mental en las comunidades indígenas están aumentando sistemáticamente en todo el mundo. Entre los problemas más comunes se encuentran las tasas elevadas de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes indígenas. Estos problemas, unidos a numerosos determinantes sociales desfavorables, generan una alta vulnerabilidad psicosocial para estas comunidades. A pesar de estas circunstancias, son muy bajas las probabilidades de que tengan acceso a servicios adecuados de salud mental.

Esta situación ha impulsado, desde 2009, el desarrollo de varios proyectos que abordan las cuestiones del bienestar de los pueblos indígenas. El proyecto actual de colaboración amplía el trabajo iniciado por la OPS/OMS encaminado a encontrar soluciones a esta compleja situación de salud. La primera meta fue intercambiar experiencias relacionadas con los problemas de salud mental de los pueblos indígenas en los países participantes de las Américas. La esperanza era que al comparar las iniciativas y las prácticas utilizadas para abordar los problemas comunes de salud mental en diferentes comunidades indígenas se obtendrían ideas nuevas y útiles. Asimismo, había interés en analizar la posible pertinencia y adaptabilidad para Nunavut de un instrumento estandarizado de capacitación sobre salud mental elaborado por la OMS, la Guía de Intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (GI-mhGAP).

El proyecto objeto de este informe se estableció como una serie de reuniones y oportunidades coordinadas por la OPS en el bienio 2014-2015 para facilitar el logro de las metas planteadas. Dos de estas reuniones, que tuvieron lugar en Chile (Santiago) y en Canadá (Iqaluit), contaron con la participación activa de representantes de la atención de la salud indígena.

Como era de esperar, los diferentes grupos indígenas están intentando resolver una variedad de problemas comunes de salud mental. Estos grupos tienen maneras diferentes de conceptualizar sus problemas y de organizar los servicios de atención, de acuerdo con lo determinado por factores históricos, geográficos y culturales. Aunque no se propusieron por unanimidad soluciones locales y culturalmente arraigadas, se presentó información acerca de algunas intervenciones interculturales exitosas.

Los representantes de diferentes grupos indígenas manifestaron su apoyo a la utilidad de este proyecto y solicitaron con entusiasmo que la OPS siguiera sirviendo de puente entre la salud mental de los indígenas y la salud mental mundial. Durante los debates preliminares se describieron posibles acciones futuras centradas en la capacitación y las intervenciones en materia de salud mental.



Foto: Dévora Kestel

EQUIPO DEL PROYECTO Y SOCIOS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) encabezó el equipo del proyecto que contó con socios de Canadá y Chile, junto con grupos indígenas chilenos y canadienses, además de autoridades de salud. Asimismo, participaron otros países de las Américas, como Argentina y Brasil, debido a su interés común por la salud mental de los pueblos indígenas.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington, D.C.: Dévora Kestel, Jorge Rodríguez, Sandra Weinger.

Centro Colaborador de la OPS/OMS de Montreal (McGill University, Douglas Institute), Marc Laporta, Renato Antunes dos Santos, Jessica Spagnolo, Larry Karass.

Personas que contribuyeron con el proyecto y participantes de los talleres de Santiago, Chile (27 al 29 de octubre, 2014), y de Iqaluit, Nunavut, Canadá (9 al 11 de septiembre, 2015):

ARGENTINA

Juan Pablo Monserrat

BRASIL

Danielle Soares Cavalcante, Roberto Tykanori Kinoshita, Lucas da Silva Nóbrega, Fernando Pessoa de Albuquerque, Pedro de Lemos Macdowell, Taia Duarte Mota, Jaqueline Tavares de Assis, Isadora Simões de Souza, Andréa Borghi Moreira Jacinto, Bernardino Vitoy (OPS/OMS).

CANADÁ

Rosemary Akulujuk, Patrick Anyadike, Leslie Ashevak, Mary Ashoona Bergin, Allison Crawford, Millie Dietrich, Naomi Enook, Josie Enuaraq, Jake Gearhead, Joseph Glasgow, Kelly Hill, Rachel Hollingshead, Ivy Kavanna, Lynn Ryan MacKenzie, Cary Mosbec, Louisa Parr, Amelia Rajala, Alicia Serio, Candice Waddell, Esther Warriner.

CHILE

Irma Rojas M., Bárbara Bustos, Graciela Cabral, Eduardo Fernández V., Sergio Alvarado, Lidia Flores, Mauricio Gómez, Samuel Melinao, Clodovet Millalén, Adelmo Millaqueo Millapán, Cecilia Moya, Ana Nahuel, Erna Neumann G., Katherine Rivera, Cristián Ruiz R., Margarita Sáez S., Felipe Salinas, Rafael Sepúlveda, Roberto Del Aguila (OPS/OMS).

FINALIDAD

La finalidad de este proyecto colaborativo sobre salud mental fue facilitar el intercambio de conocimientos entre diferentes países de las Américas sobre prácticas de salud mental en poblaciones indígenas a través de la OPS/OMS. Esta colaboración contó con el apoyo de los ministerios de salud de Chile y Canadá, de varios departamentos de salud relacionados con asuntos indígenas, y de partes interesadas de Brasil y Argentina. Se facilitaron interacciones entre profesionales indígenas, especialistas en salud clínica, salud pública, antropología y salud mental, quienes compartieron prácticas, abarcando varias comunidades indígenas. Proyectos como este, que hacen hincapié en un intercambio de experiencias y estrategias entre diferentes comunidades indígenas, hasta la fecha carecen de literatura especializada (1) y de práctica clínica.

Objetivos

1. Fomentar aún más y establecer un intercambio de experiencias en el campo de la salud mental entre los países participantes;
2. Documentar, presentar y compartir experiencias innovadoras relacionadas con la promoción de la salud mental, entre otras, la prevención del suicidio y las iniciativas con jóvenes en Chile y Canadá;
3. Analizar la posible pertinencia y adaptabilidad en Nunavut de un instrumento de capacitación estandarizado de la OMS para la integración de la atención de salud mental en la atención primaria de salud: la Guía de Intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (GI-mhGAP); y
4. Publicar y difundir las experiencias y conclusiones de esos procesos.

Acciones

La colaboración en el tema de la salud mental de las poblaciones indígenas debe considerarse como parte de la misión de la salud mental mundial. La atención de salud basada en el enfoque biomédico puede y debe interactuar de manera fundamental con las prácticas y realidades culturales locales. En el transcurso de este proyecto se abordaron futuros proyectos de colaboración que se formularán y presentarán para obtener fondos de financiación. El objetivo actual está dirigido a la implementación de acciones, entre otras, la aplicación de estrategias de prevención y de intervención.

Por una serie de razones, la salud mental y la salud en términos generales, exigen la adopción de un enfoque de equipo. Es posible adaptar la capacitación para mejorar la formación de equipos y promover interacciones útiles entre los niveles de prevención y atención.

La Guía de Intervención mhGAP de la OMS es una herramienta innovadora encaminada a reducir el sufrimiento de las personas con problemas de salud mental. Con este proyecto, se ha confirmado su pertinencia y demostrado su posible adaptabilidad a los entornos donde se encuentran los grupos indígenas.

Sobre la base de la colaboración fructífera, con proyectos que dieron resultados concretos entre Nunavut (Canadá) y Chile, varios países de las Américas han expresado su disposición para continuar con este proceso, identificando modalidades para la colaboración entre las poblaciones indígenas en el área de la salud mental.



Foto: Candice Waddell

INTRODUCCIÓN

Este informe presenta el proceso, la información y los conocimientos intercambiados, así como las conclusiones y las enseñanzas extraídas de este proyecto. También se exponen aquí nuestras ideas, basadas en el proyecto, acerca de las maneras en que nuestro grupo puede avanzar para abordar los problemas de salud mental de los indígenas, que cada vez se están tornando más significativos.

El proyecto fue financiado por Salud Canadá a través del convenio de “Plan de trabajo bienal” de la OPS/OMS. Fue llevado a la práctica por el Programa de Salud Mental de la OPS/OMS.

Antecedentes

DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL

Dévora Kestel, Jefe de la Unidad, Salud Mental y Uso de Sustancias, OPS/OMS.

Marc Laporta, MD, FRCPC, McGill University (Montreal) Centro Colaborador de la OPS/OMS.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) tiene por mandato el cuidado de la salud de la población de la Región de las Américas. Presta cooperación técnica y promueve alianzas para mejorar la salud y la calidad de vida en los países del continente americano. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al igual que la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas.

En el año 2009, el Programa de Salud Mental de la OPS, mediante la colaboración con Salud Canadá, organizó un taller regional en Guatemala, para intercambiar experiencias sobre salud mental en poblaciones indígenas. En 2011, la OPS promovió un intercambio de experiencias relacionadas con la salud entre Tierra del Fuego (Argentina) y Nunavut (Canadá). En el período 2012-2013, se ejecutó un primer proyecto de intercambio entre Nunavut y Chile en el área de salud mental. Estos proyectos sirvieron de impulso para una colaboración más sostenida en el ámbito de la salud mental y las poblaciones indígenas.

En 2010, los trastornos mentales y por consumo de sustancias representaban 7,4% de la carga mundial de morbilidad y 37% de los años de vida saludables perdidos a causa de enfermedades no transmisibles, lo que confirma que esta es la principal categoría entre las enfermedades que causan el mayor número de años vividos con discapacidades y la quinta categoría más importante a nivel mundial (1). En el mismo año, los trastornos mentales y por consumo de sustancias ocasionaron 22,5 millones del total de 36,2 millones de AVAD atribuidos al suicidio. La depresión fue responsable de la mayor proporción de AVAD por suicidio (46,1%) y la anorexia nerviosa la menor (0,2%) (2). Aunque las tasas de mortalidad a causa de trastornos mentales son relativamente bajas, con una prevalencia y cronicidad mayores en comparación con otras enfermedades, la depresión y los trastornos por consumo de sustancias guardan relación con más de 90% de todos los casos de suicidios. Se calcula que cada 40 segundos una persona se suicida. El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, mientras que es la segunda causa de muerte (después de las lesiones por accidentes de tránsito), en el grupo etario de 10 a 24 años (3).

La comparación de la prevalencia de estos trastornos con los registros disponibles de atención en servicios de salud mental nos permite observar una brecha en el tratamiento. Una brecha en el tratamiento representa el porcentaje de personas con trastornos mentales graves que no reciben tratamiento (4). A nivel mundial, los datos de 2004 mostraron la amplitud de esta brecha: en los países desarrollados de 35,5% a 50,3% de los casos graves no habían recibido ningún tipo de tratamiento en el último año, mientras que en los países en desarrollo la proporción fue mucho mayor, de 76% a 85% de los casos no habían recibido ningún tipo de tratamiento. Estas cifras indican claramente cómo los retos en relación con la disponibilidad de servicios de salud mental no son solo una preocupación para los países en desarrollo (5).

Una explicación posible de esta brecha se relaciona con los recursos limitados que reciben los servicios de salud mental a nivel nacional, donde 70% de los países dedican solo 5% o menos de sus presupuestos de salud a la salud mental (una mediana de 2,3%). Además de esta asignación de fondos reducida, es importante resaltar que la mayoría de estos fondos, un promedio de 88% del presupuesto para la salud mental de los países de ingresos medios y bajos, se dedica al mantenimiento de los hospitales de salud mental (6).

Para abordar estas y otras inquietudes, los Estados Miembros de la Región pidieron a la OPS que formulara un Plan de acción sobre salud mental 2015-2020 (7). El Plan de acción recoge la experiencia adquirida en nuestra Región y articula el compromiso de los gobiernos. Se basa en una visión general de la Región, aunque persisten diferencias marcadas entre los países e inclusive dentro de un mismo país.

El Plan contiene las siguientes cuatro líneas estratégicas de acción para guiar a los Estados Miembros en conformidad con sus contextos y prioridades nacionales:

- **Línea estratégica de acción 1:** Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.

- **Línea estratégica de acción 2:** Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas a fin de proporcionar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.
- **Línea estratégica de acción 3:** Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
- **Línea estratégica de acción 4:** Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

Entre sus prioridades, la OPS reconoce la necesidad de abordar las diversidades étnicas, sociales y culturales que existen dentro de sus Estados Miembros para establecer políticas sanitarias y servicios que sean accesibles para todas las poblaciones. A lo largo del último decenio, la OPS ha formulado y llevado a cabo varios proyectos e iniciativas en colaboración con los gobiernos y otras organizaciones de salud para atender las necesidades de salud pública y los problemas de estos grupos específicos (8).



PERSPECTIVA Y OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Establecer un intercambio de experiencias entre los países participantes: Canadá, Chile y Brasil;
2. Considerar temas relacionados con la promoción de la salud mental, en especial, la prevención de suicidios y las iniciativas destinadas a jóvenes;
3. Adaptar y validar una capacitación sobre salud mental en los servicios de atención primaria de salud (basada en la GI-mhGAP) en Nunavut; y
4. Difundir experiencias e información a través de páginas web (Nunavut, OPS, McGill) y otras publicaciones.

Varios documentos y eventos sirvieron de inspiración para este proyecto. Los más importantes fueron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, aprobada en 2007 por los países de la Región de las Américas, que subraya la necesidad de considerar a la salud mental como una de sus prioridades (9). Luego, el 3 de octubre de 2014, el 53.º Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS para las Américas, propuso un Plan de Acción sobre la Salud Mental (2015-2020) (10). Entre sus cuatro temas intersectoriales que se entrelazan se encuentran género, etnicidad, equidad y derechos humanos. Estas prioridades también coinciden con las del Plan integral de acción sobre salud mental, adoptado por la OMS en el año 2013.

Según la bibliografía especializada, las tasas de problemas de salud mental entre las comunidades indígenas están aumentando sistemáticamente en todo el mundo. Los ejemplos de Australia, Canadá y Dinamarca, entre otros, han subrayado las brechas que hay entre las poblaciones no indígenas y las indígenas, con respecto a varios indicadores importantes de bienestar. En efecto, las poblaciones indígenas se encuentran en una posición vulnerable entre las sociedades de todo el mundo. En Australia, la bibliografía sobre el tema destaca una esperanza de vida más corta, peores resultados en los indicadores sociales, económicos y de salud, así como tasas más altas de abuso de drogas y alcohol. Aunque la población indígena de Australia representa solo entre 3 y 4% de la población, sus miembros representan 27% de las personas encarceladas (11). Varios estudios acerca de la población que vive en Alaska, Canadá, Groenlandia, Países Nórdicos y Rusia también destacan la existencia de tasas más altas de suicidio y de consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes indígenas (12). No obstante, muy poco ha cambiado con respecto a esta situación. Por ejemplo, las tasas nacionales de suicidio en los Estados Unidos se han reducido muy poco entre 2002 y 2010, en especial en los amerindios y los nativos de Alaska, donde las tasas son cerca de 250% más altas que el promedio nacional y representan la segunda causa principal de muerte en esta población (13).

En los países de las Américas, los amerindios se encuentran entre los pueblos más empobrecidos del mundo, una realidad sociopolítica captada en la expresión “población del cuarto mundo” (14). En algunas comunidades, los jóvenes tienen tasas elevadas de adversidad social, deserción escolar y problemas de salud mental, lo que incluye el suicidio (15). Hay poca bibliografía disponible con respecto a las repercusiones alarmantes que tienen los determinantes sociales y el acceso a servicios de salud y a recursos de salud mental en las comunidades indígenas de todos los países de América Latina. Estos determinantes son, entre otros problemas sociales, la pobreza en México, la desnutrición en Guatemala, la elevada incidencia de enfermedades infecciosas y de mortalidad infantil en Argentina, Ecuador y Perú, así como tasas muy elevadas de alcoholismo (superiores al 85%) en Venezuela (1, 16, 17). Más allá del continente americano, los indígenas jóvenes en países como Australia y Nueva Zelanda enfrentan una calidad de vida inferior con respecto a la salud. Los jóvenes indígenas del Canadá y de los Estados Unidos también están directamente afectados por esos factores (18-19).

Un panorama de los indicadores de salud de los pueblos indígenas de las áreas participantes en este proyecto revelan algunas semejanzas. América Latina y el Caribe (ALC) tienen una población indígena de 55 millones de personas, que equivale a alrededor de 10% de la población total. En términos generales, el número de estas personas que viven en la pobreza es desproporcionado, con tasas elevadas de analfabetismo y menos oportunidades de empleo. A su vez, estos factores contribuyen a crear una compleja situación sanitaria agravada por el acceso limitado a los servicios de salud. El resultado es una elevada vulnerabilidad psicosocial, que expone a los jóvenes indígenas a un riesgo especialmente alto. Esto es ejemplificado por las tasas de suicidio mucho más altas que las de los jóvenes no indígenas. En Canadá, 4% de la población es indígena y representa el segmento de población que crece con mayor rapidez. Los jóvenes inuit (indígenas del norte de Canadá) muestran esta misma confluencia de los determinantes, tienen 11 veces más probabilidades de morir de una enfermedad transmisible, 11 veces más probabilidades de morir debido a traumatismos, en comparación con los jóvenes del resto del país y dos veces más probabilidades de morir de una enfermedad no transmisible. En el período 2004-2008, la tasa de suicidio era 30 veces superior a la de otros jóvenes canadienses. El mal estado de salud se atribuye en gran medida a una combinación de ingresos bajos, desempleo, pocos logros educativos y viviendas en condiciones de hacinamiento, con ventilación inadecuada y mala calidad del agua (20).

No obstante, las poblaciones indígenas son las que tienen menos probabilidades de acceso a servicios adecuados de salud mental (21). Las diferentes líneas de investigación que procuran comprender los problemas de salud mental han comparado las epistemologías occidentales con las indígenas, las intervenciones con los modelos de desarrollo comunitario, los estudios basados en las deficiencias con estudios basados en los puntos fuertes, así como enfoques de abajo arriba con enfoques de arriba abajo (13). Las estrategias comunitarias y participativas parecen ser culturalmente apropiadas y tender a tener éxito en la mejora de los problemas de salud mental (22-24).

Estas realidades han impulsado proyectos anteriores encaminados a conocer y a abordar algunos de estos temas del bienestar indígena. Estos proyectos son:

- El taller regional de 2009 sobre intercambios de experiencias acerca de la protección de la salud mental de los pueblos indígenas, Ciudad de Guatemala; y
- La cooperación técnica de 2011 en materia de salud con la participación de la Provincia de Tierra del Fuego (Argentina) y el territorio de Nunavut (Canadá).

La colaboración de 2012-2013 entre Nunavut (Canadá) y la Región de la Araucanía (Chile) abarcó un intercambio de visitas y la determinación de temas de interés común que constituyen la base para este proyecto. Algunos temas incluidos:

- Suicidio;
- Alcoholismo;
- Integración de los curanderos en los centros de salud;
- La función de los curanderos y los facilitadores culturales;
- Atención de salud mental en los servicios de salud que carecen de atención psiquiátrica y psicológica;
- Integración de la salud mental en la atención de salud pública; y
- Promoción de la salud mental.

Metodología

Este proyecto favoreció un intercambio abierto de prácticas relacionadas con la salud mental indígena.

Se esperaba que la concertación planificada entre diversas comunidades indígenas de las Américas revelara adaptaciones a diferentes realidades, conceptualizaciones de la salud y la salud mental que podrían ser divergentes, así como interacciones con el sistema de atención de salud que podrían variar.

Debido a esto, evitamos imponer toda estructura predeterminada a la manera en que los grupos indígenas narrarían sus prácticas y experiencias.

Esto favoreció la discusión abierta donde los participantes comparaban no solo las prácticas sino los paradigmas. Estas discusiones fueron cuidadosamente monitoreadas y se las resumió en una serie de puntos, que luego se reunieron y recircularon como versiones preliminares entre todos los participantes para recibir sus comentarios, aprobación y corroboración.



Foto: Candice Waddell

RESUMEN DE LAS REUNIONES

Santiago de Chile, 27 al 29 de octubre de 2014

Esta reunión fue el resultado de varios meses de preparación, de intercambios y acuerdos entre los socios participantes con respecto a lo que sería pertinente para todos en cuanto al proceso y contenido.

La actitud de todas las partes fue de apertura, disposición para aprender y deseos de considerar y comparar diferentes modelos de atención de salud y de atención de salud mental para los pueblos indígenas. En este taller se presentaron varias ideas importantes que, en muchos aspectos, parecían ser paradigmáticas para los representantes indígenas.

Se eligió un formato de taller que hizo hincapié en las prácticas locales innovadoras que podían ser adaptadas a los pueblos indígenas de cada área.

Después de esta reunión, se solicitaron informes de esos países con respecto a la situación actual de la población en cuestión, además de una descripción breve de una experiencia exitosa de cada país (Anexo B).

Salud vs. Enfermedad

La enfermedad se conceptualiza principalmente no como un problema biomédico, sino como un indicio de que la persona no se encuentra de alguna manera en armonía con su propio medioambiente, su cultura y su sistema de valores. La salud se considera como un signo de armonía. Hasta qué punto se lo tiene en consideración, no está totalmente claro. Por ejemplo, parece que hay una impresión de que cabe “esperar” ciertas enfermedades, por ejemplo, en la vejez. Sin embargo, la línea que separa la percepción de la enfermedad como algo de lo que uno es responsable o no, sigue siendo borrosa. Aparentemente hubo coincidencia sobre esta perspectiva entre los representantes indígenas.

Refuerzo cultural, tierra y salud

La idea de que la salud está relacionada con la “armonía” con el medioambiente y la cultura de cada persona subraya la importancia que la cultura tiene para los representantes indígenas que estaban presentes. Para ellos, la noción de “refuerzo cultural” era un componente importante para la creación de un ambiente saludable. El refuerzo cultural promete ofrecer valores que tienen sentido para sus comunidades y que son importantes para ellos, permitir la interacción basada en los valores compartidos, y aumentar la sensación de la gente de estar en armonía dentro de su cultura. Esto a su vez estaba estrechamente vinculado a la noción de la protección de la tierra de las poblaciones indígenas, a la cual también están vinculados muchos de los valores, alimentos y comportamientos.

Salud vs. Salud mental

Para varias comunidades indígenas, la salud mental no es considerada distinta de la salud general. Esta parece ser una perspectiva sobre la salud que difiere de la manera en que los problemas relacionados con la salud están definidos en la bibliografía médica. Ante todo, representa un cambio conceptual compartido por muchas de estas comunidades. Pero también esta perspectiva puede entenderse como relacionada con la superposición observada entre enfermedad, enfermedades mentales, determinantes sociales de la salud, indicadores de bienestar, así como con la histórica marginación y los traumas que han padecido muchas de estas comunidades. Esta superposición hace difícil tener en cuenta solo una perspectiva.

El suicidio, por ejemplo, a menudo abarca problemas psicosociales que son mucho más prominentes para la mayoría de las personas que una explicación psiquiátrica o una enfermedad biomédica.

Las intervenciones comunitarias y la “brecha de tratamiento”

Hubo consenso entre los representantes indígenas sobre la idea de que la mayor parte del cuidado, el apoyo y la ayuda serán inútiles si las personas que los necesitan no se reconocen en el modelo explicativo, el enfoque humano, el idioma y el entorno físico en los que se encuentra insertada la atención. La atención de base comunitaria es, para ellos, la manera de reducir la brecha entre necesitar ayuda y buscarla, así como de cumplir con las recomendaciones que son congruentes con los valores del enfermo.

Interacciones con la medicina biomédica

Los representantes indígenas manifestaron su disposición para aceptar las interacciones entre el modelo biomédico y el sociocultural. En efecto, a menudo se promueve la combinación de enfoques que no son excluyentes. La manera en que se adopta la decisión de pasar de un enfoque local e indígena a uno biomédico no está bien definida. De hecho, los mecanismos en cuestión se contemplaron como una opción llena de posibilidades para investigar más a fondo.

En general, el intercambio de experiencias y conocimientos condujo a intercambios fructíferos, respetuosos y apasionantes. El sentimiento generalizado fue que esta oportunidad había servido para romper el aislamiento y para reducir la sensación de ser marginales que por su idiosincrasia tienen los representantes indígenas.

Nunavut, Canadá, 9 al 11 de septiembre de 2015

La segunda reunión conjunta de este proyecto se celebró en Iqaluit, la capital del territorio de Nunavut, Canadá, del 9 al 11 de septiembre de 2015.

Esta reunión fue el resultado final de varios meses de planificación, con por lo menos una reunión presencial celebrada en Washington entre los organizadores principales de la OPS y de Nunavut, así como un proceso constante de colaboración a fin de formular un programa pertinente para todos.

Algunas de las personas que iban a participar se vieron obligadas a cancelar su viaje. Brasil no pudo enviar un representante, tampoco Argentina.

Se eligió un proceso combinado que incluía ponencias y talleres. Se hizo hincapié en prácticas locales innovadoras adaptadas a los pueblos indígenas de Nunavut y Chile, interactuando con representantes de un modelo de práctica netamente biomédica.

Después de esta reunión, se solicitaron informes de los ponentes y de las personas que habían tomado notas, que se incluyeron en el informe preliminar distribuido a los participantes para recibir sus comentarios, aprobación y corroboración.

La prevención y refuerzo cultural

El delegado de Chile se identificó con muchas de las actividades descritas por los diferentes representantes de Nunavut. Algunas actividades, como el trabajo comunitario, las artes tradicionales y la artesanía, como la costura, son consideradas por ambas comunidades como actividades importantes que promueven la salud mental, al tiempo que crean un vínculo con los valores tradicionales y refuerzan la identidad cultural de los participantes.

Hubo un debate acerca del uso de las intervenciones de salud en Chile basadas en prácticas culturales e históricas bien definidas. El delegado chileno citó el ejemplo del grupo mapuche (el grupo al cual pertenece), que entiende y trata los problemas de salud de manera congruente con sus tradiciones culturales. Además, los programas de salud de los mapuches se encuentran dentro de establecimientos de salud e integran plenamente el trabajo del “facilitador cultural”.

Por el contrario, los delegados inuit opinaron que las intervenciones tradicionales comparables se habían perdido en gran parte a medida que las prácticas tradicionales se habían aculturado y asimilado.

Sostenibilidad y pertinencia de los programas

Dentro de Nunavut, algunas personas remarcaron la existencia de muchos programas de actividades que habían estado disponibles por períodos limitados, en diferentes entornos, a veces superpuestos, y que no siempre estaban financiados de manera sostenible. Algunas veces esto había resultado confuso para los usuarios de los servicios y a la larga afectaba la utilidad de los programas. Otra dificultad es que algunos programas carecen de un establecimiento especial para ellos.

En cuanto al acceso a los servicios de salud mental, la preocupación de los usuarios de los servicios por la privacidad y el anonimato refleja lo que a menudo expresan otras comunidades más pequeñas de toda la Región de las Américas y podría dar lugar al uso menos que óptimo de los recursos disponibles. Desde luego, las realidades geográficas en Nunavut son muy inusuales. En efecto, las distancias entre las comunidades suelen ser muy grandes, lo que torna la accesibilidad excepcionalmente difícil.

La experiencia chilena en cuanto a la atención, consiste en establecimientos dedicados a la salud de los indígenas que integran la salud mental como parte de la oferta general de servicios. Esas adaptaciones en la organización fueron posibles cuando el Ministerio de Salud de Chile comenzó a financiar los establecimientos y servicios situados cerca de las poblaciones indígenas y adaptados a ellas. De nuevo, al considerar el ejemplo de los mapuches, el delegado chileno explicó cómo los miembros de este grupo cultural pueden ser atendidos en su mayor parte dentro de aglomeraciones geográficas determinadas.

Creencias sobre la salud y la salud mental

Se trató el tema de la relación entre las creencias culturales y el bienestar mental. ¿Se define o se percibe el bienestar de acuerdo a su congruencia con las creencias culturales? ¿Influye esto en el tratamiento? Se describieron y contrastaron tanto las creencias de los mapuches como de los inuit y se observaron ciertos puntos comunes notables entre algunas de ellas. Por ejemplo, algunas veces se cree que los cambios en las fases de la luna explican cambios en el comportamiento de la gente. Sin embargo, para los mapuches hay congruencia, de allí que la noción indígena de “visión cósmica” se describió como abarcadora de la salud.

Para el inuit de hoy, la línea que separa las creencias y el bienestar no está bien definida. Aunque parece que hay una percepción de que tradicionalmente existía un vínculo claro entre la visión del mundo de los inuit y la salud y el bienestar, esta perspectiva holística está mucho menos definida en la actualidad.

Un delegado inuit informó sobre un ejemplo de cómo las creencias pueden chocar entre culturas y enfoques. Hubo un informe acerca de las maneras muy diferentes de tratar a una persona que se había caído en las aguas extremadamente frías de la zona. Sobre la base de una creencia reconocida como creencia tradicional compartida, los inuit rescatarían a la persona y la dejarían acostada boca arriba sin que nadie la tocara. En un caso en que la víctima murió después de recibir atención médica de un profesional de urgencia, los residentes interpretaron la muerte como consecuencia de no haber respetado las tradiciones.

Se intercambiaron algunos otros ejemplos de creencias y tradiciones inuit. El idioma, las historias tradicionales y las creencias se entrelazan, lo que dificulta distinguir las relaciones entre las creencias culturales y el bienestar mental.

Curanderos

Para los indígenas chilenos, el “*machi*” (curandero para las comunidades mapuches) forma parte de la cultura, la sociedad y el sistema de salud. Para el inuit, en cambio, hablar sobre el chamanismo sigue siendo difícil y quizás hasta incómodo. Aunque un delegado inuit anciano declaró que sí creía en los chamanes y que el chamanismo era muy importante para la vida silvestre, la función del chamán y del chamanismo dentro de las comunidades inuit parece estar ausente o ser limitada. Se dijo en el debate que esto podría deberse a la representación histórica del chamanismo como pecaminoso por la Iglesia católica.

Conclusiones

El concepto general era que ciertas acciones son fundamentales para garantizar la salud de los pueblos indígenas. El refuerzo de sus tradiciones culturales y sus comunidades, junto con la recuperación de su tierra tradicional, se percibe como una forma de vincularse con los modos de vida tradicionales y con las visiones del mundo que tienen allí sus raíces. Aunque las acciones en esta dirección no son “médicas”, se considera que se relacionan con la salud y el bienestar de estas comunidades.

Desde luego, esto guarda relación con la congruencia, mencionada por los representantes indígenas, entre su ambiente natural, las actividades tradicionales y el modo de vida que están asociados a la supervivencia en ese ambiente, que a su vez se vincula con las maneras de relacionarse con otros miembros de su comunidad, su propia autoestima y su “salud”.

La salud moderna y los problemas de salud mental se entendían como el reflejo de una variedad compleja de factores. Pero la alteración de esta congruencia, muchas veces forzada y traumática, era considerada uno de los factores sociales más importantes.

Reunión con la autoridad sanitaria de Nunavut sobre la Guía de Intervención mhGAP de la OMS

Objetivos

El objetivo de esta reunión fue considerar la pertinencia de este instrumento de capacitación para Nunavut. La discusión sobre el tema se había acordado anteriormente con la autoridad sanitaria de Nunavut. Los asociados estuvieron de acuerdo de antemano en que una manera de enfocar la reunión podría ser a través de la presentación de algunos capítulos de la Guía mhGAP para trabajadores comunitarios de salud, de manera que los participantes pudieran comprender cómo está estructurada y escrita y cómo se utiliza.

Se esperaba que a partir de ese punto se pudiera debatir acerca del instrumento de capacitación y sobre las adaptaciones que podrían ser necesarias o recomendables para optimizar su pertinencia a la situación en Nunavut. Finalmente se logró que se discutieran muchos aspectos.

Aquí informamos sobre los puntos de vista del personal médico (entre otros un internista, un pediatra, un cirujano (ausente) y un anestesiólogo de medicina general (ausente), un psiquiatra que acudía ocasionalmente a los servicios, agentes de salud comunitarios, enfermeras comunitarias, enfermeras psiquiátricas comunitarias, profesionales de salud comunitarios, enfermeras de atención primaria (ausentes), maestros y un centro de bienestar sin fines de lucro).

¿En qué consiste la “Guía de Intervención mhGAP” (GI-mhGAP)?

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, específicamente

en entornos de ingresos bajos y medianos. La “Guía de Intervención mhGAP” (GI-mhGAP) fue luego elaborada para facilitar las intervenciones relacionadas con el mh-GAP en entornos de salud no especializada. A menudo los programas de capacitación se destinan a los proveedores de atención primaria de salud debido a su posición estratégica en el sistema de atención de salud. Se considera que impartir este programa a los proveedores de atención primaria de salud (es decir, médicos y enfermeras) en la zona, seguido de capacitación para los agentes sanitarios de la comunidad, es una manera lógica de formar equipos con capacidades alineadas para evaluar y tratar a las personas con trastornos mentales (25).

Dentro del programa mhGAP, se considera que los agentes de salud comunitarios desempeñan un papel importante en la identificación y el seguimiento de las personas con trastornos mentales. Los proveedores de atención primaria de salud y los agentes de salud comunitarios que hayan recibido la capacitación quizá se sientan motivados a comunicarse regularmente con las personas que presentan un presunto trastorno mental. Al comunicarse con los agentes de salud comunitarios, así como con los proveedores de atención primaria de salud, las personas con trastornos mentales tienen mayores probabilidades de recibir ayuda y de controlar eficazmente su trastorno (25).

¿Qué es la GI-mhGAP para agentes de salud comunitarios?

La GI-mhGAP para agentes de salud comunitarios es un instrumento de capacitación elaborado por la OMS que existe solo en forma de versión preliminar en este momento. Tiene por objeto ayudar a definir las funciones de los agentes de salud comunitarios en la esfera de la salud mental y aportar los principios generales de tratamiento para trabajar con personas que tengan trastornos mentales, sus cuidadores y sus familias. También se centra en la forma de trabajar a nivel de la comunidad para ayudar a las personas a vincularse con los recursos, así como para abogar por quienes tienen trastornos mentales.

¿Cuáles son los mensajes clave de la GI-mhGAP para los agentes de salud comunitarios?

- Los agentes de salud comunitarios desempeñan una función crucial en detectar, referir a los servicios, brindar apoyo y hacer el seguimiento de las personas que viven con trastornos mentales;
- Los agentes de salud comunitarios pueden dar apoyo práctico y emocional a las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores;
- Las personas con trastornos mentales tienen los mismos derechos que todos los demás y deben ser tratados con respeto;
- Los agentes de salud comunitarios pueden reducir el estigma y la discriminación en sus comunidades mediante la promoción de la causa; y
- En su calidad de agente de salud comunitario, es importante atender su propio bienestar para poder trabajar productivamente.

¿Qué capítulos de la GI-mhGAP para agentes de salud comunitarios se trataron en la reunión?

1. Función del agente de salud comunitario
2. Sospecha de trastornos mentales
3. Reenvío a proveedores de atención primaria de salud
4. Seguimiento y apoyo

5. Vinculación a los recursos
6. Promoción de la causa
7. Autocuidado

Vea en el ANEXO D otros puntos de discusión sobre la GI-mhGAP.

Preguntas fundamentales sobre la pertinencia de la capacitación en el uso de la GI-mhGAP

- ¿Son significativos y pertinentes para los profesionales de Nunavut el lenguaje utilizado y los temas cubiertos en la GI-mhGAP?
- ¿Son compatibles los temas con la manera en que se entienden los problemas desde la perspectiva cultural y social en Nunavut?

El personal médico expresó por unanimidad que los problemas de salud mental son importantes en Nunavut. También se observó que hay muchos otros problemas y responsabilidades de su competencia que consumen gran parte del tiempo y energía de los médicos.

Para el personal médico, la GI-mhGAP al principio parecía simplista pero, a medida que los participantes observaron con más cuidado los algoritmos de diagnóstico y de tratamiento, la guía les pareció muy pertinente. La opinión general fue que la capacitación se usaría para mejorar los conocimientos y las habilidades. Además, la motivación para la capacitación sobre la guía aumentaría si se adaptaba mejor el contenido a los medicamentos disponibles en la zona y si los módulos se elegían de manera apropiada.

Los agentes de salud comunitarios opinaron que la guía era muy pertinente para su trabajo. Vieron el potencial de la GI-mhGAP para ofrecer un idioma clínico común que les permitiera comunicarse entre ellos, con los usuarios, y con los médicos. Estaban también impresionados por la manera en que se describe la importancia clínica y consideraron que los temas eran pertinentes y comprensibles.

Cabe mencionar que todos los participantes opinaron que la sección sobre Principios generales de la atención era de importancia fundamental, pero necesitaría alguna adaptación a las realidades culturales de Nunavut.

Por ejemplo, la GI-mhGAP parte de una perspectiva biomédica y establece una capacitación integral basada en esa premisa. ¿Cuál es la mejor manera de combinar el modelo biomédico con la práctica culturalmente establecida? Esto exigiría, como mínimo, la integración de los profesionales locales. Las preguntas que se hacen, la forma de realizarlas, el conocimiento y la sensibilidad ante los comportamientos no verbales, el respeto hacia los límites personales, todo tenía que resolverse. Opinaron que hay especificidades locales dentro de la propia Nunavut a las cuales se debe ser sensibles.

Los profesionales interculturales luego discutieron las diferencias entre Chile y Nunavut en cuanto al acceso a la atención tradicional. En Nunavut, la mayoría (pero no todos) están de acuerdo en que se ha perdido la tradición del chamanismo, a pesar de la presencia de algunos ancianos que sobrevivieron los años del colonialismo. En Chile, por otro lado, el equivalente tradicional, el machi, está muy presente en las comunidades mapuches. Los curanderos (con diferentes nombres) también están presentes en otras comunidades indígenas, ofrecen consejos y recetan medicamentos tradicionales locales a base de hierbas.

Los profesionales o facilitadores interculturales ayudan a cerrar la brecha entre la comunidad indígena y el hospital. Los facilitadores abogan por problemas de salud que de otro modo caerían entre la salud biomédica y la tradicional. Estos facilitadores se encuentran en el centro de un equipo multidisciplinario.

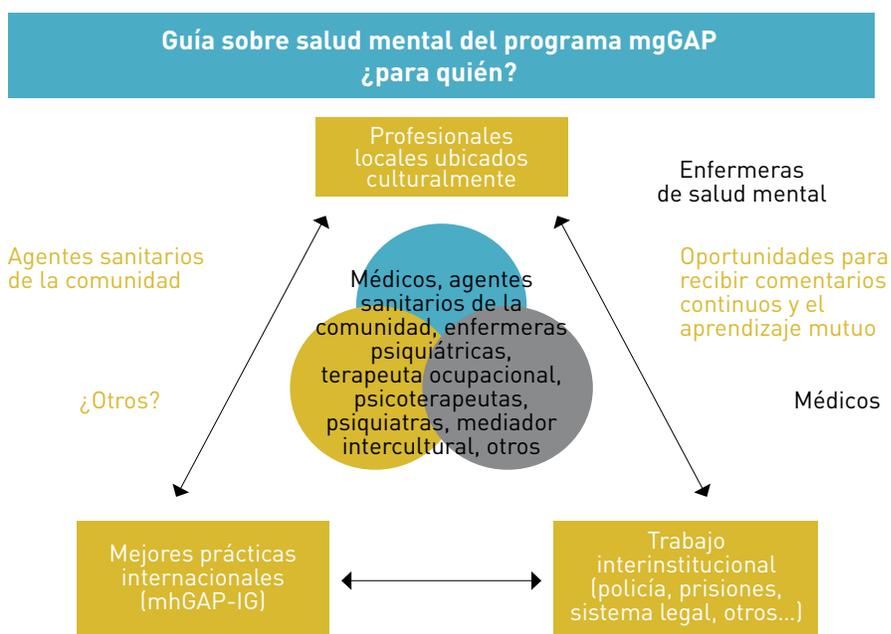
Formación de equipos para la salud mental a través de la capacitación

- Dadas las distancias, el aislamiento de algunas comunidades y la falta de homogeneidad de los recursos humanos de salud disponibles, ¿puede la herramienta GI-mhGAP brindar oportunidades para que diferentes profesionales hablen un idioma común?
- Debatisimos si esto a su vez podría apoyar la forma en que los diferentes servicios y organismos profesionales coordinan su atención de salud mental y si sería aconsejable hacerlo.

El grupo de médicos estuvo de acuerdo en que la GI-mhGAP podría ayudar a que los médicos clínicos y de otras especialidades tuvieran un lenguaje clínico común entre los niveles de atención profesional, pero no era considerado por unanimidad como una de las principales prioridades.

Desde la perspectiva de los profesionales no médicos, hubo debates acerca de cómo lograr que la guía los apoyara concretamente en sus prácticas clínicas. Una sugerencia fue que los profesionales de otros niveles de atención también usaran la GI-mhGAP como una herramienta común, acompañada de supervisión continua y desarrollo profesional basado en la herramienta. Varios agentes de salud de la comunidad estuvieron de acuerdo en que debía pensarse desde el principio la integración de un elemento de "evaluación" siguiendo las líneas de la GI-mhGAP.

Los agentes de salud comunitarios también opinaron con firmeza que la utilización de la guía como base para la capacitación en materia de salud mental destinada a los trabajadores de los albergues y de las escuelas, así como a los oficiales de policía (RCMP), ayudaría a integrarla en la planificación de la atención. Esto correspondía a una perspectiva de atención coordinada que puede representarse en un diagrama de la siguiente manera:



Los agentes de salud comunitarios acordaron que haría falta algún tipo de adaptación, no solo en cuanto a los medicamentos, sino también a los recursos y las terapias disponibles en la comunidad, así como las prácticas locales asociadas a la resiliencia. Es importante señalar que la terminología y el idioma utilizados tendrían que adaptarse, haciendo hincapié en evitar los términos que estigmatizan. Asimismo, las demostraciones en videos que ofrece la OMS necesitarían adaptación, pero lo ideal sería volver a filmarlos con actores de la cultura inuit. El Illisaqsivik o Inuusiq (Embrace Life Council) ha hecho videos y podría brindar su apoyo al respecto.

¿Cómo puede impartirse la capacitación en la GI-mhGAP? ¿Cuáles serían las modalidades óptimas para ella?

Una capacitación en la GI-mhGAP podría servir ventajosamente como base para la formación de equipos; por lo tanto, la capacitación debe dirigirse a equipos. Desde luego, las enormes distancias geográficas entre las comunidades de Nunavut, así como la clase de coordinación intersectorial que la mayoría recomienda, exigirán una planificación y adaptación cuidadosa. Por ejemplo, la capacitación podría combinar métodos de enseñanza e implementarse utilizando la web, dictándose en persona o por equipos. La modalidad a distancia quizás no sea tan sencilla como parece pues el acceso a internet no siempre es fiable en todo el territorio.

Aunque la GI-mhGAP es pertinente, definitivamente necesita alguna de las adaptaciones mencionadas más arriba. Entre los temas de la GI-mhGAP que deben abordarse de inmediato se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio. Desde luego, los determinantes sociales de la mala salud -como los problemas de vivienda, la violencia doméstica y el trauma histórico- son temas constantes que no se insertan con claridad entre los temas de salud, pero interactúan con ella a muchos niveles.

Por ejemplo, el suicidio se formula de una manera compleja, teniendo en cuenta el abuso colonial histórico así como la pérdida de las tradiciones, la identidad y el autocontrol. La exposición a las drogas puede contribuir a aumentar el riesgo de impulsividad y la vulnerabilidad. En la reunión, los suicidios se consideraban a nivel local como desencadenados por el estrés, que interactúa rápida e intensamente con estos factores, lo que conduce a menudo a lo que aparenta ser una conducta de riesgo impulsiva (a pesar de que la bibliografía especializada señala que hay síndromes depresivos subyacentes que preceden al suicidio).

La noción de “seguridad cultural” se trató en el contexto de la implementación. ¿Cómo podría garantizarse? ¿Cómo puede reforzarse la resiliencia de las comunidades inuit en Nunavut? También se discutió la posibilidad de aplicar un programa de capacitación junto a un proceso de “investigación participativa”, integrando el conocimiento y adaptando el proceso a medida que evoluciona.

Se destacaron las ventajas de una capacitación que ofrece un idioma y procesos comunes, en el contexto de la elevada rotación del personal de salud, que muchas veces llega de fuera de la comunidad. Recibió apoyo la idea de dirigir la capacitación a los equipos, incluidos los trabajadores de la comunidad, ya que esto aseguraría algún tipo de continuidad en cuanto al conocimiento, las habilidades y las acciones emprendidas.

Encuesta a los participantes acerca de la GI-mhGAP

Se hizo una encuesta anónima entre los participantes acerca de su comprensión de la GI-mhGAP y de su impresión sobre su aplicabilidad para Nunavut. Distribuimos la encuesta el primer día, antes de todo debate acerca de la guía, y el tercer día, después de la presentación y consideración de la misma.

Es evidente que, dada la cantidad reducida de personas y las diferencias en el número y la composición de los grupos que respondieron a cada encuesta, la única intención aquí es la de representar las tendencias. En efecto, solo algunas de las personas que respondieron la encuesta preliminar (n=20) estuvieron presentes en la encuesta posterior (n=15).

Hubo una proporción mayor de personas que respondían a los títulos de “responsable de políticas y gerente” y “especialista en salud pública” en la encuesta preliminar (40% vs. 25% en la posterior). Por lo demás, los médicos clínicos constituían el 45% (preliminar) y 58% (posterior) del grupo, mientras que los miembros de la comunidad constituyeron el 15% (preliminar) y 17% (posterior) del grupo.

Nivel de confort con la GI-mhGAP

Conforme a lo previsto, observamos un aumento claro del confort con la GI-mhGAP (con una puntuación de 4 ó 5, en una escala de 5), pasando de 0% en la encuesta preliminar a 60% en la posterior.

Aplicabilidad

En cuanto a su aplicabilidad, mientras cerca de 40% de los entrevistados la consideraron aplicable desde un principio (aunque con adaptaciones), al final del taller, luego de las exposiciones y del debate, 93% de los entrevistados pensaban que sí sería aplicable. Solo un participante (7%) en la encuesta posterior opinó que no sería aplicable.

Algunas de las observaciones fueron: “Adaptar algunos de los estudios de casos”; “Crear un plan para la ejecución que incluya presentación de casos y participación de los profesionales”; “La adaptación cultural es el elemento más importante para que la GI-mhGAP sea exitosa en Nunavut”. La observación negativa fue la siguiente: “Opino que es demasiado elemental para nuestros profesionales. Necesitaríamos más información acerca de psicosis, drogas/alcohol, psicosis resistente y medicamentos múltiples”.

Acción

Se sugirió que se creara un comité de ejecución que recomendaría y llevaría a cabo un proceso para adaptar e impartir una capacitación en GI-mhGAP destinada a agentes de salud comunitarios, bajo la supervisión de Amelia Rajala, Candice Waddell y Lynn Ryan MacKenzie.

Se planteó que la capacitación también debería abarcar la coordinación de actividades de salud mental entre los distintos niveles de la atención de Nunavut, desde la atención comunitaria hasta la hospitalaria, incluyendo las mejores prácticas locales.

Se respaldó la idea de que las intervenciones deberían combinarse con estrategias preventivas, de manera complementaria y coordinada. Esto sin duda incluiría apoyarse en los programas que ya probaron ser exitosos.

Cabe mencionar que hubo indicios positivos sobre una integración de los modelos tradicionales de atención con un modelo de base biomédica como el de la GI-mhGAP, los cuales no serían mutuamente excluyentes. Desde luego, sería ventajoso poder comprender las rutas de atención de los diferentes modelos de atención.

Por último, se expresó apoyo a un abordaje evaluativo para impartir cualquier capacitación, el que debería formar parte de toda iniciativa de colaboración futura destinada a la ejecución de las mismas.

ANEXO A

Programas de las reuniones

Santiago de Chile, Chile, 27 al 29 de octubre de 2014

Lunes, 27 de octubre

Hora	Tema	Organización
8:45 – 9:00	Inscripción de los participantes	Ministerio de Salud de Chile
9:00 – 9:10	Inauguración y bienvenida	OPS/OMS, Chile
9:10 – 9:35	Informe sobre los resultados del proyecto entre Nunavut y Chile, ejecutado en el 2013	Ministerio de Salud, Chile
9:35– 10:00	Trabajo de diversidad cultural de la OPS en la región	OPS/OMS, Washington, DC
10:00 –11:00	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PES-PI): historia y descripción	OPS/OMS
11:30 –12:30	Prestación de servicios de salud al pueblo inuit en Nunavut: historia y descripción	Oficina de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, Chile
12:30 – 13:00	Preguntas y diálogo	Delegados de Nunavut
14:30 – 16:00	La atención de la salud mental con un enfoque intercultural: presentación de tres experiencias chilenas	
16:30–17:30	Experiencia en Nunavut: Programa de prevención de suicidios - Ponencia y debate	Ministerio de Salud
17:30 –18:00	Preguntas y diálogo	Nunavut
18:00	Final de la sesión	

Martes 28 de octubre

Hora	Tema	Organización
8:45 - 9: 00	Inscripción de los participantes	Ministerio de Salud de Chile
9:00 - 10: 00	Experiencia en Nunavut: La prestación de servicios de salud mental en las comunidades pequeñas y aisladas - Uso de la telemedicina - Ponencia y debate	Nunavut
10: 00 - 11: 00	Sistemas de Salud de los Indígenas en Chile	Chile de Ministerio de Salud
11:30 - 12: 00	Presentación breve sobre la atención de salud a las poblaciones indígenas en el Brasil	Delegación de Brasil
12: 00 - 1230	Presentación breve sobre atención de salud a las poblaciones indígenas en Argentina	Delegación de Argentina
12:30 - 13: 00	Presentación breve sobre atención de salud a las poblaciones indígenas en Guatemala	Delegación de Guatemala
13: 00 - 13:30	Preguntas y diálogo	
15: 00 - 16: 00	Futuro de la cooperación técnica: áreas principales de cooperación, identificación de temas clave	Coordinación: OPS
16:30 - 17:30	Sesión plenaria: presentaciones de grupos	
17:30 - 18: 00	Conclusiones y cierre del evento	OPS y Ministerio de Salud, Chile
18: 00	Final de la sesión	

Miércoles 29 de octubre

Visita sobre el terreno: Centro de salud con servicio intercultural en Santiago de Chile

Iqaluit, Nunavut, Canadá, 7 al 11 de septiembre de 2015

DÍA 1 - Miércoles, 9 de septiembre de 2015

9:00 - 9:45	Palabras de bienvenida: <ul style="list-style-type: none"> • Ministro de salud • Viceministro de salud • Viceministro adjunto de salud
9:45 - 10:00	Presentación de los delegados
10:00 - 10:30	Presentación de los delegados de Nunavut: tres regiones
10:45 - 11:00	Presentación de la OPS/OMS
11:10 - 11:00	Presentación de Chile Facilitador cultural
11:00 - 12:00	Presentación y distribución de las preguntas de las encuestas preliminar y posterior Presentación acerca de los modelos de Brasil
12:00 - 13:00	Almuerzo ártico ofrecido por el Gobierno de Nunavut
13:00 - 13:30	Ponencia por el Ilisaqsivik Programas no financiados por el gobierno pero que forman parte de los servicios regulares
13:30 - 14:30	Capacitación piloto en la GI-mhGAP: depresión, psicosis y suicidio (Versión para trabajadores comunitarios)
14:45 - 17:00	Continuación de la GI-mhGAP Evaluación de la GI-mhGAP

DÍA 2 - Jueves, 10 de septiembre de 2015

	* GRUPO A— Sala Baffin (Equipo de Recursos Territoriales, Gerentes regionales, enfermera pediátrica certificada, Dra. Allison Crawford)	* GRUPO B—Sala Kitikmeot (Enfermera graduada; trabajadores de extensión para niños y jóvenes; facilitador intercultural de Chile, Representante del Ilisaqsivik)
9:00 - 10:30	Orientación sobre GI-mhGAP para profesionales de atención primaria <ul style="list-style-type: none"> • Debate sobre la adaptación del programa de estudios en el contexto de Nunavut • Facilitado por Dévora Kestel (OPS) y el Dr. Marc Laporta (Universidad McGill) 	Función del facilitador cultural <ul style="list-style-type: none"> • Debate asistido por Mary Ashoona Bergin (Coordinadora de Planificación Intersectorial)
10:45 - 12:00	Debate continuo con grupos	
13:00 - 17:00	Enfermera psiquiátrica comunitaria/ Consultora de salud mental (mhGAP) <ul style="list-style-type: none"> • Cómo adaptar el programa de estudios específicamente para este grupo destinatario 	Actividades culturales <ul style="list-style-type: none"> • Película cultural • Visita al parque Sylvie Grinnell

DÍA 3 - Viernes, 11 de septiembre del 2015

Mañana— visita optativa a los servicios de salud mental de Iqaluit
Debate breve sobre los pasos siguientes

ANEXO B

Resumen sobre las poblaciones indígenas y presentaciones de los países participantes

1. Resumen de puntos importantes sobre las poblaciones indígenas de los países participantes

Tema	Canadá	Brasil	Argentina	Chile
Territorio (km2)	9.984.670	8.514.877	2.791.810	756.102
Población	35.540.400	202.656.788	40.117.096	17.363.894
Grupo étnico	32,2% canadienses, 19,8% ingleses, 15,5% franceses, 14,4% escoceses, 13,8% irlandeses, 9,8% alemanes, 4,5% italianos, 4,5% chinos, 4,2% indios norteamericanos, otros 50,9%	Blancos 47,7%, mestizos de blancos y negros 43,1%, negros 7,6%, asiáticos 1,1%, indígenas 0,4% (est. de 2010.)	Blancos (principalmente españoles e italianos) 97%, mestizos (blancos y de ascendencia amerindia), amerindios u otro grupos no blancos 3%	Blancos y no indígenas 88,9%, mapuches 9,1%, aymará 0,7%, otros grupos indígenas 1% (incluye rapa nui, likan antai, quechua, colla, diaguita, kawesqar, yagan o yamana), no especificado 0,3% (est. de 2012)
Esperanza de vida al nacer (años)	81,67	73,28	75,73	78,44
PIB	\$1.518 mil millones	\$2.416 mil millones	\$771 mil millones	\$410,3 mil millones
PIB per cápita	\$43.100	\$12.100	\$18.600	\$23.200
Salud (%GDP)	11,20%	9,30%	10,20%	7,20%
Gastos de educación (%GDP)	5,4	5,8	6,3	4,50%
Tasa de inflación	1	6,2	20,8	4,30%
Sistema de salud	Público y universal	Público y universal	Programas privados, públicos y sociales	Privado y público
Densidad de médicos	2,07 médicos por 1.000 habitantes	1,89 médicos por 1.000 habitantes	3,16 médicos por 1.000 habitantes	1,02 médicos por 1.000 habitantes (2009)
Densidad de camas hospitalarias	2,7 camas por 1.000 habitantes	2,3 camas por 1.000 habitantes	4,7 camas por 1.000 habitantes	2,1 camas por 1.000 habitantes (2011)

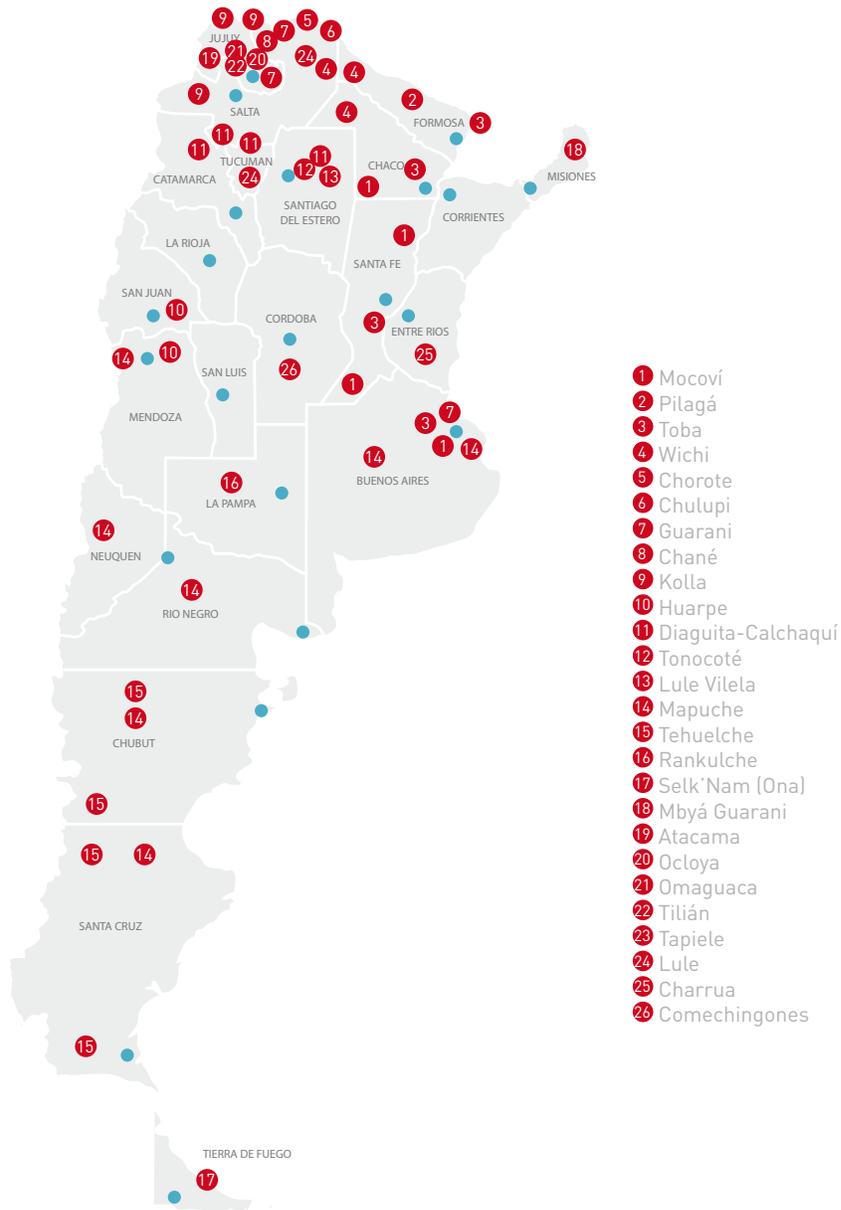
Nota: Parte de esta información se ha extraído de fuentes oficiales en internet.

2. Ponencias de los países participantes (en orden alfabético)

ARGENTINA

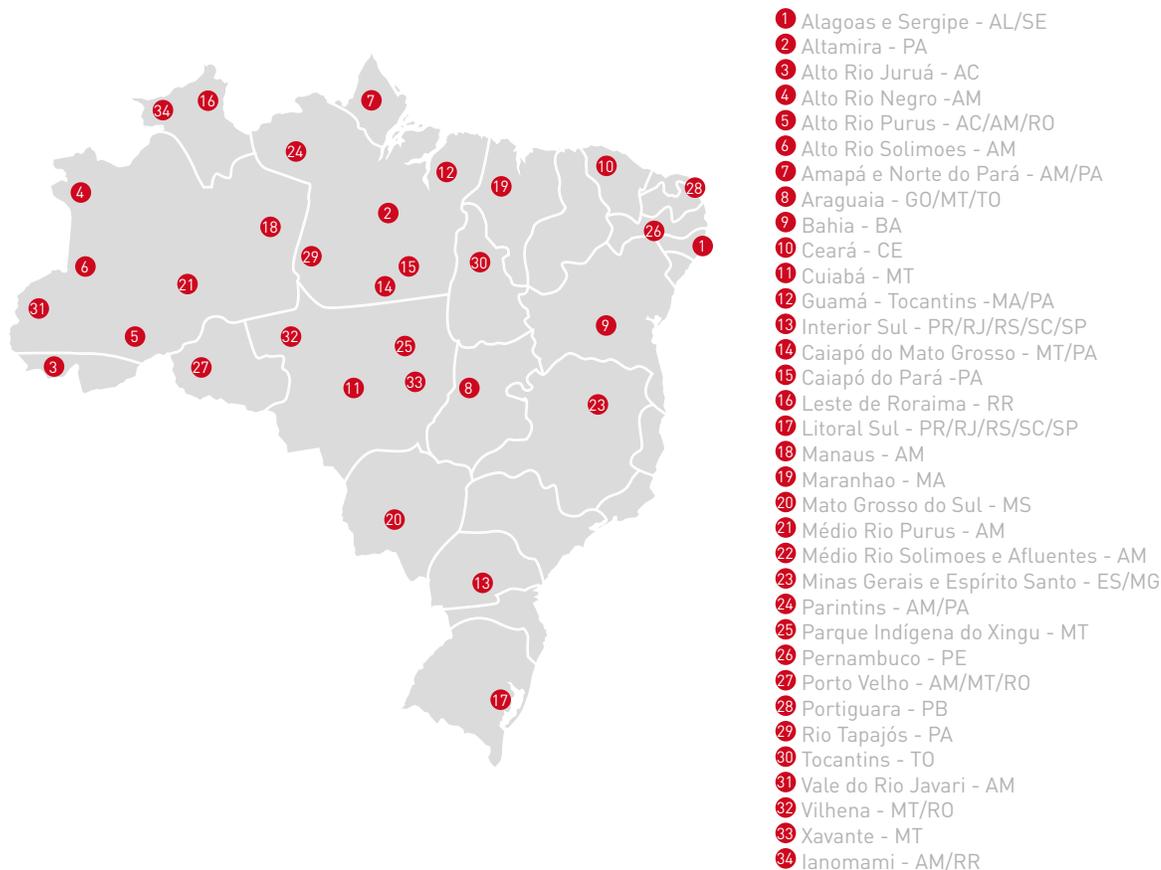
La población de Argentina es de cerca de 40 millones de personas, el segundo país más grande de América del Sur. Las culturas y las poblaciones indígenas se distribuyen en todo el territorio con predominio en el norte. Los mapuches son el grupo más populoso, con 114.000 personas, seguido del kolla (70.500) y el pueblo toba (69.500).

Las tasas elevadas de suicidio, y el abuso y la dependencia del alcohol son los principales problemas de salud mental identificados. Es importante entender el funcionamiento de la red de servicios de salud para mejorar el acceso de esta población a los mismos. Por ejemplo, en la provincia del Chaco la comunidad local autóctona estableció un modelo concreto en la red de salud existente. Procura mejorar el conocimiento del sistema de salud de esta comunidad. Aunque todavía no se han medido los resultados, hay indicaciones tempranas que demuestran la repercusión positiva del mejor conocimiento del sistema de salud para la población indígena.



BRASIL

Brasil tiene 200 millones de habitantes, de los cuales unos 900.000 son indígenas (0,5% de la población) pertenecientes a 305 grupos étnicos que hablan 274 idiomas diferentes en casi todos los estados de la República Federativa del Brasil. Aproximadamente 20% de los indígenas no hablan portugués. Distribuidas a través de 688 zonas indígenas protegidas en 12,64% del territorio nacional, 905 de estas comunidades no tienen más de 100 personas.



Las comunidades en todo el Brasil experimentan diferentes niveles de contacto con las poblaciones no indígenas, desde cero contacto hasta la inserción plena en el modo de vida occidental establecido. Una particularidad importante del país es la presencia de aproximadamente 60 comunidades que no tienen ningún contacto registrado con poblaciones no indígenas.

Las poblaciones indígenas experimentan índices más altos de mortalidad infantil, tuberculosis y malaria en comparación con la población brasileña no indígena. Desde la perspectiva de salud mental, hay tasas elevadas de suicidio, abuso de alcohol y violencia doméstica. Algunas regiones tienen tasas de suicidio en la población indígena que son hasta 12 veces más altas que las de las poblaciones no indígenas.

Intercambios interculturales entre Karajá y Kamajurá

Desde el año 2002, se ha observado un aumento gradual de los informes de suicidios por ahorcamiento en hombres jóvenes de la población de Karajá. Este fenómeno se identificó y se consideró como una crisis tanto por la comunidad como por el gobierno. Por lo tanto, empezaron a definirse

estrategias consensuales.

Al intentar comprender este fenómeno, se mencionaron numerosas influencias posibles, como la brujería, el duelo y el abuso de alcohol, entre otros. Se informó que se han elaborado diferentes estrategias:

- Investigación antropológica;
- Apoyo a los trabajadores de salud;
- Estrategias educativas y preventivas en cuanto al suicidio;
- Aumento de la vigilancia estadística y sanitaria;
- Identificación y seguimiento activo de las personas vulnerables;
- Mayor presencia de los equipos de salud;
- Poner al alcance de estas poblaciones una variedad de actividades (físicas, culturales, sociales), además de crear oportunidades para que diferentes clases de curanderos tradicionales puedan intercambiar experiencias de una comunidad a otra.

El siguiente es un ejemplo de esta última estrategia. La comunidad de Karajá solicitó a la administración de salud el apoyo de un curandero de la comunidad Kamajurá. El nombre que se da a estos curanderos es “*pajés*”. Se pidieron los servicios de un “*chamán*” (“*Xamã*”) de un grupo cultural muy diferente dentro del Brasil, ya que la comprensión local de este problema era que se debía principalmente a la brujería. Algunos meses después de la intervención de este curandero, la comunidad de Karajá notificó una notable disminución en el número de suicidios.

Este proyecto inició una línea nueva de cooperación intercultural entre grupos de todo el país, apoyada por el gobierno. Se han establecido reuniones habituales entre los representantes de las comunidades indígenas y los agentes gubernamentales para facilitar la identificación de las necesidades y preparar una respuesta adecuada y pertinente. La función de los organismos estatales de salud es apoyar estas decisiones y aportar algunas herramientas y mecanismos para facilitar el proceso. Sobre la base de este proyecto se estableció otro intercambio intercultural entre dos comunidades indígenas para abordar un problema de abuso de alcohol y violencia doméstica.

Como estas experiencias resultaron positivas, se diseñó un programa más amplio de reuniones entre diferentes poblaciones indígenas y no indígenas a fin de incluir el poder de decisión de las comunidades para fomentar su autonomía y mejorar la gestión de sus recursos más allá de la salud. Se acordó un nuevo calendario de reuniones para 2015 y 2016.

CANADÁ

Nunavut

Nunavut es el territorio más grande de Canadá, en él vive alrededor de 1% (37.500) del total de la población del país que es de 36,5 millones de habitantes. Más de 1,4 millones de personas se identifican como de origen indígena. Dentro de las fronteras geográficas del país, los pueblos inuit, metis y primeras naciones se han reconocido como la población indígena del Canadá. Sin embargo, esta clasificación general es limitante. Por ejemplo, actualmente hay 600 gobiernos de las primeras naciones o bandas y cuatro grupos inuit diferenciados dentro de los límites de Canadá.



Nunavut es un territorio que comprende tres regiones principales: Región de Baffin (Qikiqtaaluk), Región Ártica central (Kitikmeot) y Región Kivalliq.



En contraposición al sistema federal, el Territorio de Nunavut tiene un gobierno no partidista que funciona por consenso, que es más compatible con el *Qauimmajjitagit inuit* y con el valor social inuit de *Aajiiqatigiinni* (decisión a través del consenso y la discusión). Los veintidós miembros de la Asamblea Legislativa son elegidos como candidatos independientes por los electores de su localidad. Después de ser elegidas por el público general, estas personas se reúnen en el "Foro de Liderazgo de Nunavut" para seleccionar al presidente, al primer ministro y a los ministros, mediante una votación secreta.

Canadá tiene una historia compleja con los pueblos indígenas. La ley sobre los pueblos indígenas fue promulgada por primera vez en 1876 y la naturaleza detallada de estas negociaciones está fuera del alcance de este documento. Los pueblos inuit no fueron incluidos en las negociaciones iniciales con el Gobierno Federal Canadiense; por lo tanto, cuando empezaron las negociaciones entre los inuit de Nunavut y el gobierno, los inuit decidieron que no querían las reservas establecidas de acuerdo a la ley sobre los pueblos indígenas (Nunavut Tunngavik Incorporated, 2004). A cambio del título de propiedad de todas las tierras tradicionales en la zona de asentamiento de Nunavut, el convenio "*Nunavut Claims Land*" asignaba derechos y beneficios específicos para los inuit dentro de la región, incluso un pago de dinero en efectivo de \$1,173 mil millones; la propiedad de aproximadamente 18% de la tierra en Nunavut; derechos sobre las minas de 2% de esas tierras; y la creación del territorio de Nunavut. En 1999, el Territorio de Nunavut se convirtió en realidad y se estableció el gobierno de Nunavut.

Canadá tiene todas las comodidades modernas de los países desarrollados, así como un sistema de salud pública. El sistema de atención de salud del Canadá se basa en el concepto de la "cobertura universal para los servicios de atención de salud médicamente necesarios, prestados sobre la base de la necesidad y no la capacidad de pago" (Gobierno de Canadá) y se les ofrece a todos los ciudadanos. A pesar de esta cobertura universal de salud, siguen existiendo diferencias en cuanto a la salud en su población. Por ejemplo, el territorio más nuevo de Canadá, Nunavut, cuya población es 88% inuit, tiene tasas de mortalidad más altas, una esperanza de vida menor y tasas bajas de alfabetización. Nunavut también registra tasas de suicidio que son superiores a las de todas las otras provincias y territorios.

Desde siempre, se impusieron a estas poblaciones cambios en cuanto a los modos de vida tradicionales, como, por ejemplo, el final del modo de vida nómada. Los legados de las escuelas residenciales, la reubicación forzada, la colonización, la matanza de los equipos de trineos tirados por perros y la modernización rápida han repercutido en la sociedad inuit de hoy (26, 27).

El Gobierno de Nunavut reconoce que muchos *nunavummiut* y sus familias luchan contra la enfermedad mental, las adicciones, el suicidio y la violencia doméstica. Por este motivo, con su mandato "*Sivumut Abluqta: Dar un paso adelante juntos*" (28), el Gobierno de Nunavut 2014-2015 contrajo varios compromisos con los *nunavummiut*, tales como:

- Abordar las enfermedades mentales, las adicciones y la violencia doméstica, mediante el reconocimiento de los problemas y el suministro de recursos para soluciones de base comunitaria;
- Reconocer la función que desempeñan tanto los métodos tradicionales como los clínicos para ayudar a las personas a que recuperen su salud y bienestar;
- Asegurar que los *nunavummiut* dispongan de experiencia clínica y establecimientos a su alcance; y
- Colaborar con todas las partes interesadas para renovar y fortalecer las iniciativas encaminadas a la prevención del suicidio.

Estos compromisos orientan las iniciativas emprendidas por las divisiones de salud mental y de adicciones.

La mayoría de las comunidades de Nunavut son accesibles por vía aérea. Esto plantea problemas serios para el acceso a la atención, los recursos humanos y los suministros. Sin embargo, hay centros de salud que ofrecen servicios las 24 horas del día, siete días a la semana y cuentan con personal de salud mental. Además, hay psiquiatras para prestar apoyo a estos equipos en las rondas semanales (presenciales o por medio de la telemedicina). Las flechas de la imagen que sigue dan una idea de los desplazamientos de los médicos.



En la reunión de septiembre del 2015 participaron delegados de las tres regiones de Nunavut: Kivalliq, Kitikmeot y Qikiqtaaluk. Cada uno de estos delegados presentó la programación o el trabajo que ofrece su personal de salud mental y adicciones. El Territorio considera que la salud mental es una prioridad. Entre los problemas que exigen atención especial son la prevención de suicidios, la violencia doméstica y el consumo de alcohol.

Región Kivalliq

En la región de Kivalliq, pueden verse las manadas de ballenas beluga en las muchas bahías pequeñas cerca de las comunidades. Los rebaños de caribú migran a través de las regiones interiores y los osos polares migran a lo largo de la costa (29). El lago Baker, situado en esta región, es la única comunidad interior de Nunavut. Está ubicado a una distancia de alrededor de 40 km (25 millas) con respecto al centro geográfico exacto del Canadá (30).

La comunidad de Arviat, en la región Kivalliq, es conocida por sus talentosos artistas musicales, entre ellos la conocida cantante y compositora Susan Aglukark. Las esculturas y tallas singulares se hacen con una piedra local sumamente fuerte y a menudo los temas son maternos o familiares (29).

Programa de cazadores jóvenes

El programa descrito durante la reunión de septiembre de 2015 para la región Kivalliq fue el Programa de Cazadores Jóvenes. El programa se elaboró en respuesta a la necesidad detectada de disponer de más alimentos indígenas y de más programas para los jóvenes de la comunidad



Foto: Programa de Cazadores Jóvenes - Arviat

de Arviat. Se solicitó la colaboración de los ancianos que trabajaban como asesores para el departamento de educación. El programa de cazadores jóvenes está dirigido a niños de 10 a 12 años. Se estableció un proceso de selección para elegir a quienes iban a beneficiarse más si eran elegidos. El financiamiento de este programa lo aporta el Gobierno de Nunavut (Fondos para la Salud), Movember Funds y el programa de apoyo a los cazadores de Nunavut.

Los niños seleccionados asisten a un programa de ocho semanas donde aprenden la importancia de los valores y las creencias inuit, Avatimik Kamatsiarnig (protección medioambiental) y las prácticas de caza tradicionales de los inuit. El programa fue elaborado por Jimmy Napayok, Augaaj Karatak y Jukik Baker, con la ayuda del doctor Donald Uluadluak Sr., y Louie Angalik.

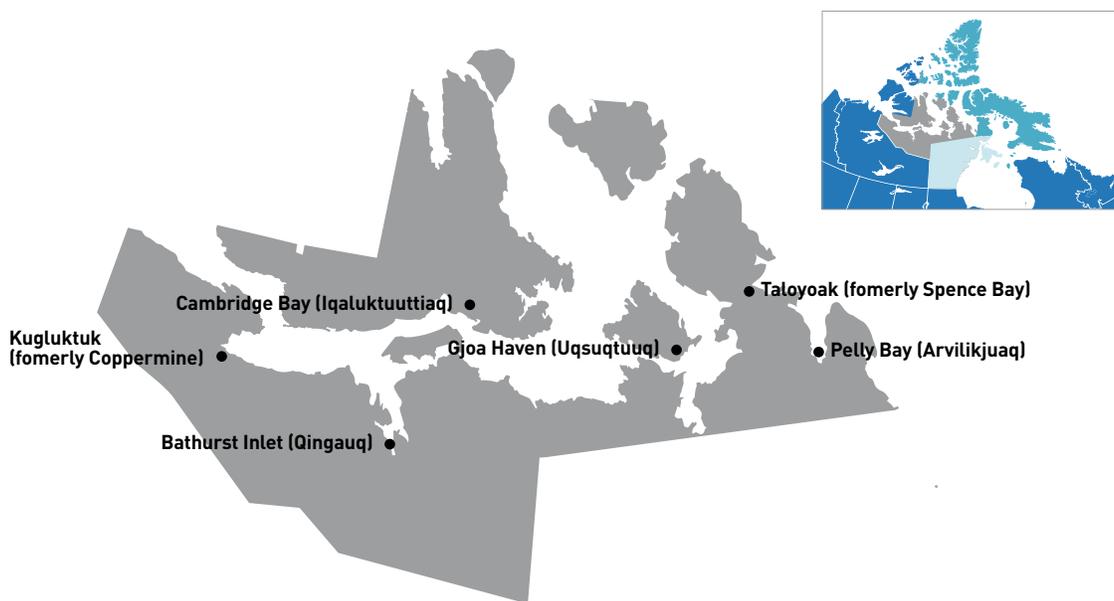
Región Kitikmeot

Inuinnaqtun es el idioma hablado en la zona occidental de la región Kitikmeot. Es la lengua materna de solo 1,5% de los nunavummiut. Varias de las fuentes importantes de alimentos son: el caribú de tierra estéril (*Rangifer tarandus groenlandicus*), el buey almizclero, la trucha alpina, la trucha de lago y la foca anillada.

El pueblo inuit de la región tiene sus propias tradiciones diferenciadas y únicas. Se los conocía por la fabricación de puntas de flechas, puntas de lanzas, cuchillos tradicionales, cinceles, arpones y cuchillos de cobre que eran objeto del comercio de los pueblos inuit. El parque territorial Ovavok está situado exactamente al este de la bahía de Cambridge donde se encuentra la montaña Ovavok (Mount Pelly) [31].

Centro de salud mental de la bahía de Cambridge

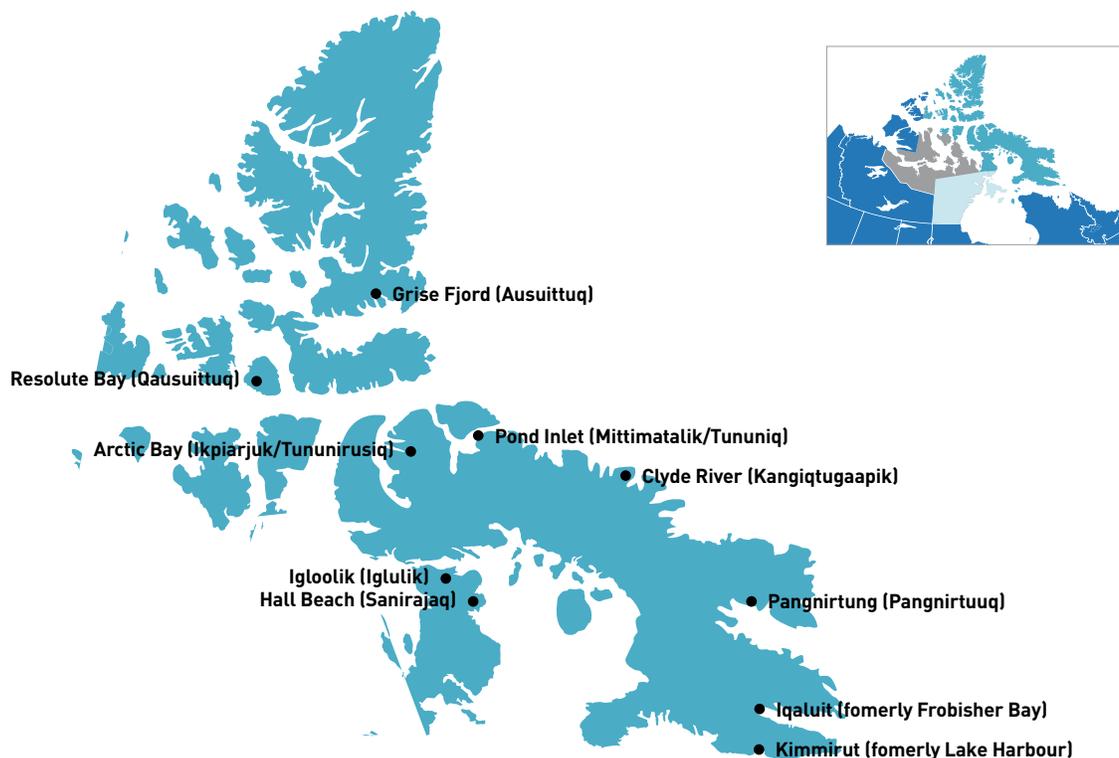
Este establecimiento, ubicado en la región Kitikmoet, abrió sus puertas al público el 4 de febrero de 2014. Desde entonces, muchos nunavummiut han sido repatriados desde otros centros



situados fuera del territorio, en el sur. Cuenta con 12 camas y ofrece tratamientos residenciales, programas diurnos y consultas sin cita previa. Los programas y los servicios prestados se fundamentan en la evidencia científica y reflejan los valores inuit. La presencia de este centro ha ayudado a que el personal reduzca el estigma en torno a las enfermedades mentales en la región.

Región Qikiqtaaluk

Todas las comunidades de la región de Qikiqtaaluk (Baffin) están ubicadas en islas, con lo cual muchas de ellas se encuentran en lugares remotos y aislados. Grise Fjord es la comunidad ubicada más al norte de Canadá, y está 1.160 kilómetros (721 millas) al norte del Círculo Ártico. Grise Fjord tiene luz solar durante las 24 horas desde el 22 de abril hasta el 20 de agosto. La región de Baffin es conocida por sus paisajes, además de sus impresionantes parques nacionales y territoriales [32].



Descripción de los programas

Los equipos de salud mental de la región de Quikiqtaaluk tienen:

- Programas después del horario escolar, entre otros, el de mentoría (Pangnirtung, Cabo Dorset) y el club de costura (Pond Inlet);
- Programas de extensión escolar, que incluyen educación y aprendizaje emocional social; y
- Grupos regulares de la comunidad, entre ellos, yoga comunitario y programas de deportes de verano.

Estos programas han ayudado a los miembros de la comunidad a conocer al personal de salud mental, aprender nuevas habilidades y saber dónde buscar ayuda. A continuación se describen con más detalle.

El club de costura

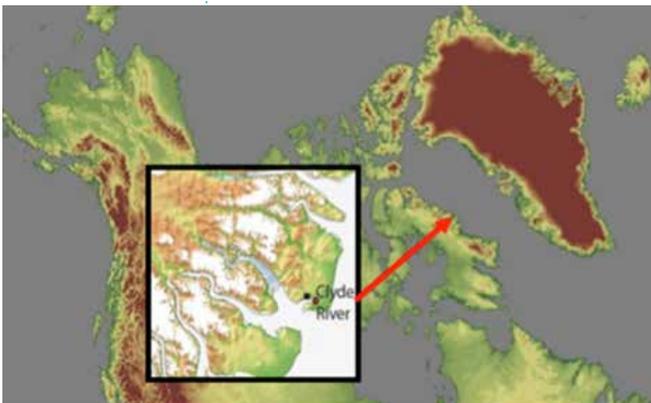
El club de costura es un programa para los grados 4o a 6o (de 10 a 13 años) que funciona una vez a la semana durante ocho semanas. El programa se lleva a cabo en Pond Inlet. La comunidad encontró que ayudaba a aumentar la autoconfianza del participante.

Mentoría

El programa de mentoría se imparte en forma gratuita a niños y niñas entre 1o y 6o grado (de 6 a 13 años). Está a cargo de estudiantes de la escuela secundaria (o mentores de jóvenes) elegidos con sumo cuidado, quienes se desempeñan como modelos a imitar por los jóvenes. Los trabajadores de extensión para niños y jóvenes, además de los consejeros de bienestar, facilitan el programa. La comunidad determinó que el programa ayudaba a los participantes en su desempeño escolar, les ha inculcado hábitos de alimentación sana y ha permitido que adquieran de manera práctica el conocimiento tradicional de los ancianos. Debido al éxito de este programa en Pangnirtung y Cape Dorset, se ha aprobado un proyecto piloto para financiar el programa durante cinco meses en todas las comunidades del territorio, a partir de enero de 2016.

Yoga

Todos los martes, después del trabajo en Pangnirtung, se da una clase de yoga. Está abierta a todos los miembros de la comunidad para ayudar a tratar el estrés y la ansiedad.



Programas de la Sociedad Ilisaqsvik

Ilisaqsvik, creada en 1997, es una institución de beneficencia canadiense y una sociedad de Nunavut, ubicada en la comunidad de Clyde River, en la costa este de Baffin Island.

La sociedad Ilisaqsvik es una organización inuit, fundada por los residentes de Clyde River, una comunidad de alrededor de 1.000 personas. Los directivos y empleados de la organización provienen de la comunidad misma. Ilisaqsvik es la dueña y administradora del Centro de Recursos Familiares de la Comunidad, de los edificios del Heritage and Research Center y, más recientemente, del Hotel Naujaaraaluit.

La Junta Directiva de la Ilisaqsvik es elegida todos los años durante la reunión general anual. Todos los directores son miembros de la comunidad y trabajan como voluntarios. La junta de la Ilisaqsvik establece las prioridades que la sociedad adopta. La comunidad da a conocer su opinión en las reuniones anuales generales, programas de radio, comunicaciones personales, llamadas, encuestas

(programación de niños), reuniones con otros grupos de la comunidad (caserío, justicia, ancianos, salud) y talleres.

La misión de la Ilisaqsivik es promover el bienestar de las comunidades además de ofrecer espacio, recursos y programas para ayudar a las familias y a las personas a desarrollar sus fortalezas. La sociedad Ilisaqsivik cumple esta misión mediante:

- La provisión de programas educativos, de salud y nutrición, así como culturales y de orientación;
- La promoción de la participación y el liderazgo de los ancianos en todos los programas y actividades;
- La promoción y demostración de opciones de modos de vida saludables, actitudes positivas, creatividad y recursos;
- El suministro de un lugar seguro, saludable y acogedor para que los residentes de Clyde River puedan reunirse;
- La promoción de la cultura, los valores, los medios de vida, el conocimiento, el idioma y las tradiciones inuit en todos los programas y actividades;
- El suministro de servicios de evaluación y referencia para las personas y las familias;
- La prestación de servicios de orientación terapéutica para las personas y las familias;
- La coordinación de la organización de talleres para Clyde River y otras comunidades;
- La provisión de lugares de retiro en tierra para individuos, familias y grupos; y
- La provisión de servicios de gestión de incidentes críticos para Clyde River y otras comunidades.

CHILE

Se aprobaron varias leyes importantes para dar mejor acceso y apoyo a las iniciativas de la población indígena. Cerca de 8,1% de la población chilena está formada por indígenas. Los aymarás, mapuches, atacameños, quechuas, rapanui, kollas, diaguitas, kawésqar y yagán son varios de los grupos étnicos del país.

La depresión, el alcoholismo y las tasas de suicidio también suelen identificarse como trastornos importantes de salud mental en las poblaciones indígenas chilenas. Con relación a los problemas de salud en general, las tasas promedio de tuberculosis y cáncer son mayores entre este grupo en comparación con el promedio de la población no autóctona. Las tasas de pobreza son mayores en los indígenas en comparación con las poblaciones no indígenas, 19,2% vs. 14%. Para la situación de extrema pobreza, las tasas son de 4,3% vs. 2,7%. Los índices de empleo y los años de educación también son inferiores para las poblaciones indígenas con respecto a la población general.

Chile ha empezado a tender puentes entre las culturas por medio de la contratación de "facilitadores culturales" para trabajar en establecimientos de salud y de la comunidad. Además, el país brinda apoyo al mantenimiento de la medicina indígena mediante el financiamiento de los lugares tradicionales para estas prácticas, agregando la salud de los indígenas a las instituciones de salud general. Las leyes (especialmente la Ley 20.584 promulgada en 2012) garantizan el acceso a servicios de salud fundamentados en la cultura y en la equidad.

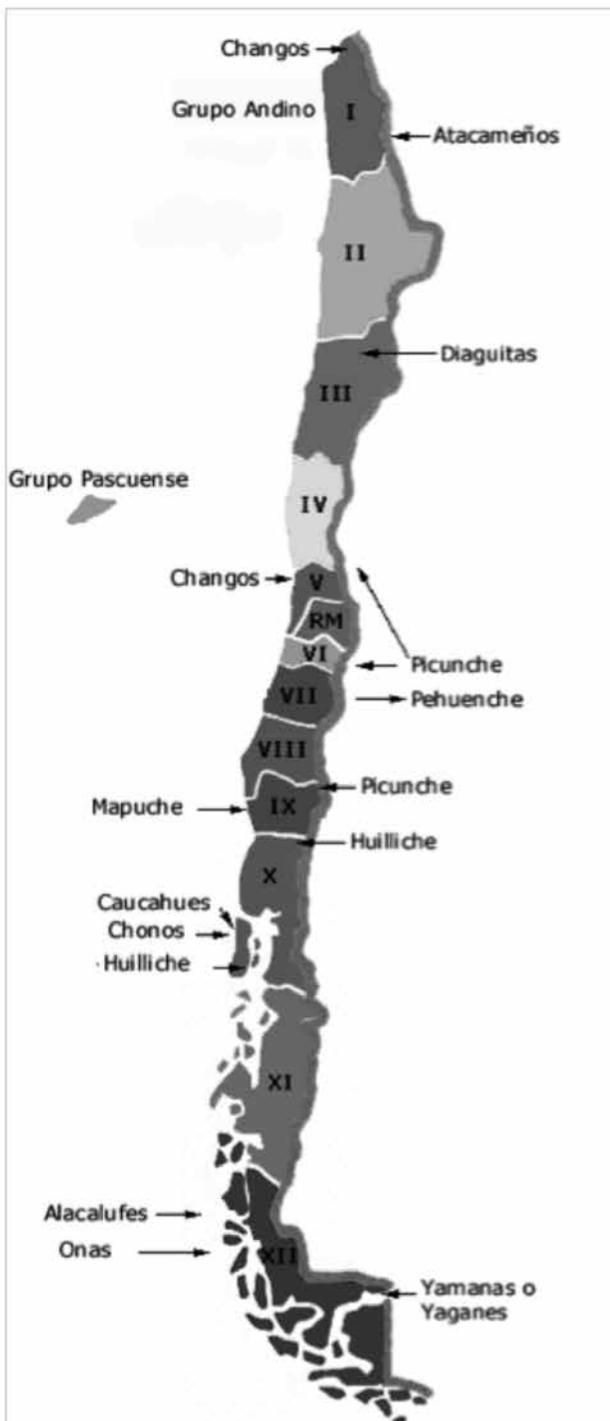
La política de salud de las poblaciones indígenas se basa en el respeto de la cultura ancestral. El sistema reconoce que ningún sistema de salud puede satisfacer las necesidades de una comunidad multicultural a menos que haya aceptación de los modelos alternativos al modelo biomédico. Para desarrollar soluciones nuevas y conjuntas, el "1er Seminario sobre Salud Mental, Interculturalidad y Poblaciones Indígenas" (2010) contó con la participación activa de comunidades indígenas, facilitadores y profesionales interculturales.

Arica y Parinacota

El Equipo de Salud Mental de Arica y Parinacota es un programa colaborativo muy bien desarrollado. Los equipos de salud mental del segundo nivel de atención trabajan al lado de los curanderos y le ofrecen a la comunidad la oportunidad de consultar con el Yatiri (Qulliri) [curandero tradicional]. A pesar del requisito limitante de contratar a personas que tengan por lo menos un título de la escuela secundaria, el programa se ha aplicado con éxito. Las comunidades locales han solicitado consultas con el Yatiri por diversos problemas, tales como dolores físicos, problemas familiares, necesidad de recibir orientación o consejos, entre otros.

La Unión

Es una comunidad mapuche, que constituye un 12% de la población local, vive en la región de Los Ríos dentro de la comunidad de La Unión. Hasta 2008, las tasas de suicidio de los mapuches en esta re-



gión eran tres veces superiores a las de la población no mapuche. La estrategia regional fue establecer un sistema de salud culturalmente apropiado en torno a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación basado en el concepto autóctono de salud -“kume mogen”- (un sentido holístico de bienestar que abarca las condiciones sociales, culturales, económicas y espirituales), y de enfermedad -“wesa mogen”- (un desequilibrio con respecto a este bienestar holístico). Estas percepciones trascienden el nivel individual para contemplar a la persona como alguien que vive dentro de sus relaciones, la sociedad y el ambiente. Este modelo de salud mirado desde una perspectiva holística se refleja en la sensación que La Unión tiene en cuanto a que el desarrollo industrial en su área (silvicultura) ha tenido una repercusión negativa significativa sobre la salud de la población mapuche.

Provincia de Malleco: Hospital Dr. Digno Stagno

El Hospital Dr. Digno Stagno, ubicado en la provincia de Malleco, es considerada una “policlínica transcultural”, que refleja la realidad local, donde 16% de la población es mapuche. La comunidad puede elegir entre el modelo biomédico de atención de salud mental o el sistema de salud mapuche. Un protocolo define la necesidad de referir a la persona al sistema de salud mapuche, a los curanderos (llamados “*machi*” y “*lawentuchefe*”), o a trabajadores de salud mapuches.



ANEXO C

Programa de salud intercultural

Una ponencia del Señor Adelmo Milaqueo
Facilitador Intercultural, Ministerio de Salud, Chile

Traiguén

Traiguén es una comuna de la Provincia de Malleco, ubicada en la región chilena de la Araucanía. Según el censo del 2012, tiene una población de 17.807 habitantes.

Hospital de Traiguén

La misión general del hospital de Traiguén es prestar servicios de calidad relacionados con el diagnóstico, la prevención y la rehabilitación de la población de Traiguén y sus alrededores. Un componente importante de estos servicios lo constituye el hecho de que son interculturales.

El Hospital de Traiguén tiene un programa dirigido específicamente a la salud de los indígenas: “Programa especial de salud y pueblos indígenas” (PESPI). El objetivo de este programa es mejorar la calidad de vida y la salud de las poblaciones indígenas usando un modelo que se centra en la curación intercultural e incluye la participación activa de las poblaciones indígenas en la planificación, evaluación, prestación e implementación de los servicios. Más específicamente, los tres pilares del PESPI son: igualdad, salud intercultural y participación.

Una mirada a la ley

En Chile, varias secciones de las leyes ponen énfasis en la salud intercultural.

1. **Convenio 169 de la OIT (Artículo 25.2):** Los servicios de salud deberán organizarse y prestarse a nivel comunitario. Para organizar y prestar los servicios de salud es primordial la cooperación con las poblaciones indígenas, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como los métodos tradicionales de prevención, prácticas curativas y medicamentos (33).

2. **Ley 19.253 (Artículo 34):** Los servicios administrativos del Estado y las organizaciones territoriales deben escuchar y prestar atención a la opinión de las organizaciones indígenas, además de reconocerlas, cuando se diseñan y establecen los servicios. Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (34).
3. **Norma 16 del Ministerio de Salud (Artículo 7):** Los servicios de salud a los que asisten poblaciones indígenas deben diseñarse, prestarse, implementarse y evaluarse con la participación de estos pueblos. Esta inclusión permitirá que los programas y las actividades relacionadas con la salud abarquen modelos que promuevan la salud intercultural, un requisito del Ministerio de Salud y de la Autoridad Sanitaria Regional (35).
4. **Ley 20.584 (Artículo 7):** Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (36).

Epidemiología de la salud mental en el Hospital de Traiguén

Son cuatro los trastornos principales atendidos en el Hospital Traiguén:

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de la conducta
- Trastornos por consumo de sustancias

Hay dos visiones culturales diferentes con respecto a la salud que se reconocen en el Hospital de Traiguén:

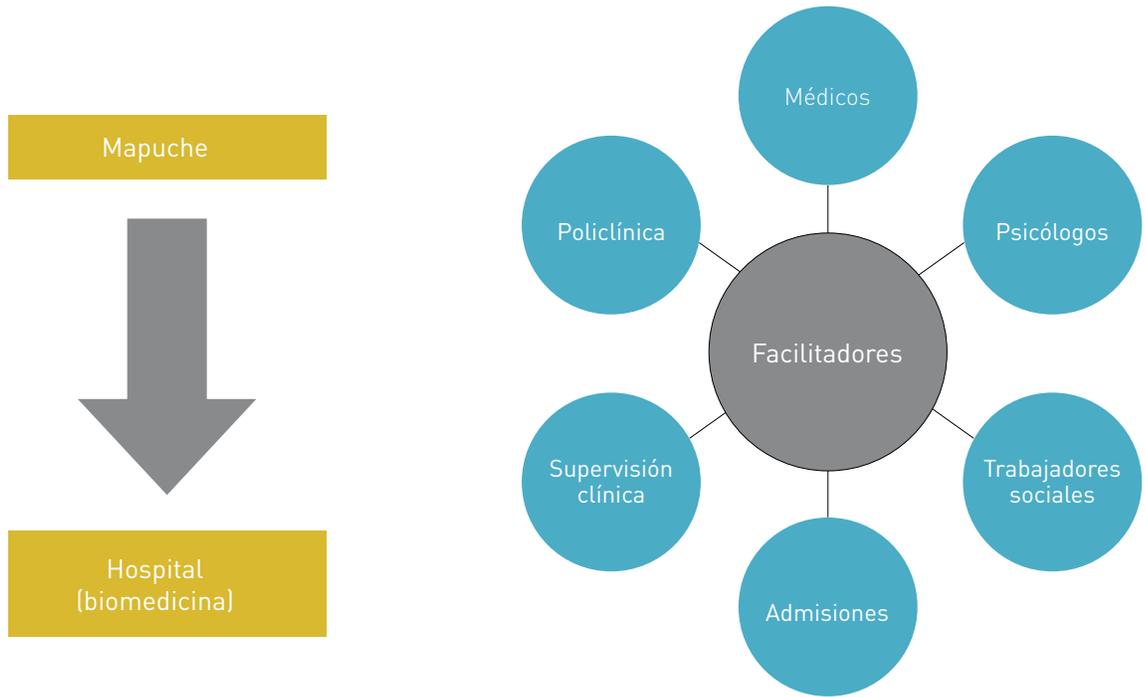
- La salud mapuche, que preconiza una visión integral de la salud, en la cual el bienestar implica estar sano en diferentes niveles, como el espiritual, el psicológico, el físico y el social; y
- La salud Kutran, que representa el sufrimiento, un ser llamado che es tomado por el organismo (37).

Descripción del Centro de Salud Intercultural

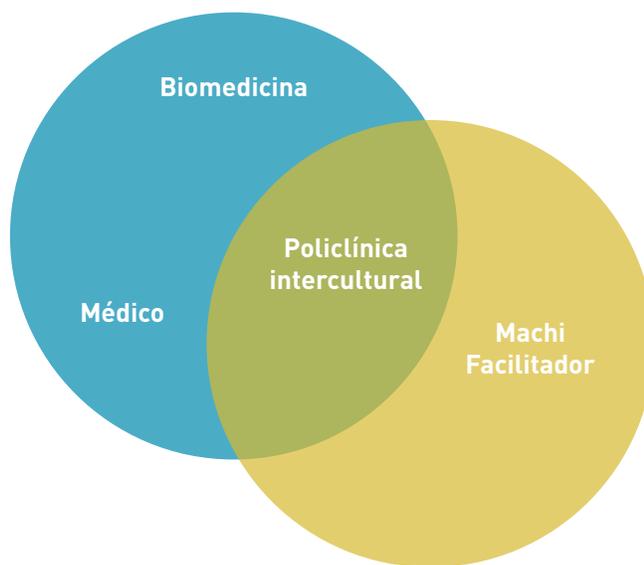
El Hospital de Traiguén aloja al Centro de Salud Intercultural, que promueve un término medio entre la salud biomédica y la mapuche. El programa se creó para superar los retos que deben enfrentar los sistemas de salud con respecto a las poblaciones rurales y mapuches, principalmente el acceso a los servicios y las dificultades para entender las necesidades de las poblaciones indígenas.

Diversos facilitadores ayudan a lograr que se superen estos desafíos:

1. **Facilitador intercultural:** es una persona indígena que habla el idioma original, mantiene un diálogo importante con la comunidad indígena y el hospital, y es un promotor de la causa de la salud que se encuentra entre la salud biomédica y la salud mapuche. Estos facilitadores se hallan en el centro de un equipo multidisciplinario.

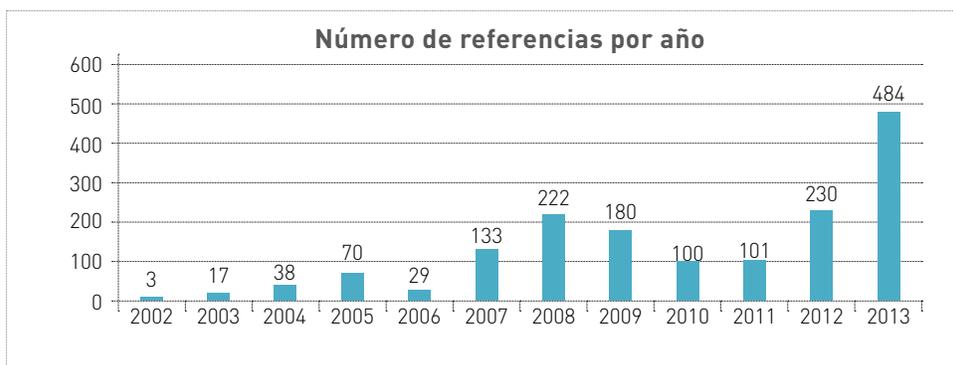


2. Centro de salud intercultural: Este centro se estableció en el año 2001. En 2006 resultó evidente la necesidad de reconocer la salud de acuerdo a las creencias mapuches. Por consiguiente, se consideró como una solución la necesidad de insertar elementos de la salud mapuche en el modelo ya establecido y vigente. Se los considera "complementarios" debido a que asignan valor tanto al modelo biomédico como a los modelos de salud de los mapuches.



Para reconocer la complementariedad, tanto de los modelos biomédicos como mapuches relacionados con la salud, se presta atención especial a los facilitadores interculturales y a los médicos. Los pacientes que necesitan atención acuden a los servicios acompañados por un nguen nutran, que puede ser un miembro de la familia o de la comunidad, quien actúa en nombre del paciente durante toda la consulta con el médico del hospital o con el machi, con el lawentuchefe (curandero herbario), o con otro agente de la medicina mapuche. Es importante observar que la cultura mapuche exige contar con un portavoz del paciente para responder a preguntas sobre los antecedentes de salud que pudieran influir en sus síntomas. Luego, se generan dos hipótesis de diagnóstico (biomédica y mapuche), que se complementan.

Se ha evaluado la repercusión de este modelo complementario. El número de consultas de la población indígena ha aumentado con el transcurso de los años, según muestra el gráfico que figura a continuación. Este aumento ha permitido abordar problemas de acceso a los servicios de salud de la población.



Se han observado tanto éxitos como dificultades para este modelo complementario que vale la pena mencionar.

Los éxitos incluyen:

- Mayor acceso a los servicios a lo largo de los años;
- Satisfacción de las necesidades reales de la población indígena en cuanto a la salud;
- Sensibilización e integración de funciones relacionadas con la salud que son valoradas por la población indígena;
- Participación activa y mayor comunicación con la comunidad mapuche en Traiguén;
- Apoyo económico de los servicios de salud; y
- Participación de otros profesionales, lo que ha dado lugar a la creación de servicios de salud multidisciplinarios.

Los desafíos que todavía deben afrontarse cuando se trabaja con el modelo complementario son:

- Profesionales de la salud con horarios muy limitados para cumplir tareas que a menudo exigen más tiempo y energía;
- Elevada dependencia de la disponibilidad de médicos;

- Necesidad de abogar por más recursos financieros para mantener el modelo;
- Número de personas que todavía no aceptan el modelo; y
- Necesidad de integrar aún más en el tratamiento (no solo en el diagnóstico), tanto el modelo de salud biomédico como el mapuche.

Para afrontar estos desafíos, se han determinado varias necesidades:

- Necesidad de crear un espacio intercultural;
- Necesidad de crear instrumentos que faciliten el tratamiento intercultural;
- Necesidad de mejorar las calificaciones del personal, en especial con respecto a la salud mental y la interculturalidad;
- Necesidad de mejorar la integración de los profesionales que se dedican a la intervención comunitaria; y
- Necesidad de aumentar los recursos financieros para mantener los modelos complementarios.

ANEXO D

Adaptación de la GI-mhGAP para agentes de salud comunitarios

La GI-mhGAP ya fue descrita en este documento y puede consultarse en el siguiente sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf

Al documento se lo somete a revisiones continuas; también están disponibles manuales de capacitación, kits de diapositivas y videos demostrativos.

Una adaptación que fue de especial pertinencia para esta reunión fue la destinada a los agentes de salud comunitarios. Las diapositivas correspondientes todavía se encuentran en su versión preliminar en la OMS, pero se obtuvo el permiso para discutir las en esta reunión.

Antes de la reunión, los representantes de Nunavut eligieron algunos temas considerados particularmente pertinentes para los profesionales de esta especialidad y la finalidad fue presentar estas secciones no como una oportunidad de capacitación, sino como un estímulo para abordar su pertinencia y aplicabilidad, además de considerar sus usos posibles.

Lo que sigue es una descripción de estas secciones de la versión preliminar de la adaptación de la GI-mhGAP para agentes de salud comunitarios.

Funciones y responsabilidades de los agentes de salud comunitarios

En primer lugar tuvo lugar un debate acerca de la función de los agentes de salud comunitarios en Nunavut, como punto de partida para establecer la pertinencia de esta versión de la GI-mhGAP. Esto permitió un intercambio fructífero acerca de lo que hacen los agentes, cómo interactúan con el sistema de atención de salud, y cuál es su función en la detección y el seguimiento de las personas con problemas de salud mental. De manera natural se produjeron debates más concretos sobre las diversas funciones, a medida que iban surgiendo en diversas secciones de la herramienta.

Principios generales de la atención

La GI-mhGAP es importante porque pone de relieve los principios generales de la atención para las personas con trastornos mentales: a) adoptar una actitud positiva y libre de prejuicios hacia la persona y sus problemas; b) tener la capacidad para "escuchar activamente" y también de observar a lo largo del tiempo; c) abogar por la persona que está sufriendo; y d) asegurar un enfoque claro y respetuoso. Todos estos puntos son fundamentales para forjar una buena relación entre el agente de salud comunitario y la persona que solicita atención.

Establecer la comunicación y despertar confianza son dos ítems de importancia para las diferentes funciones que desempeñan los agentes. El mantenimiento de la confidencialidad y la privacidad son de importancia particular para los problemas de salud mental y debe asignárseles mucho valor. Una razón importante del mantenimiento de la confidencialidad y la privacidad se debe al estigma. El estigma se define como una "marca de vergüenza, desgracia o desaprobación, que da lugar a que una persona sea evitada o rechazada por otros". No es poco común que las personas con trastornos mentales sean percibidas en su comunidad como débiles, inferiores, inhumanas o peligrosas debido a sus síntomas. Esta percepción sobre la persona que está sufriendo, se refleja en ella, lo que a su vez hace que muchos se sientan peor acerca de sí mismos y

de su enfermedad. Como consecuencia del estigma, estas personas no solo se sienten excluidas sino que en realidad lo están, o puede ocurrir que ellas mismas se excluyan.

Otra cuestión fundamental en la que deben pensar los trabajadores de salud mental comunitarios es la de ayudar a las personas a sentirse a gusto cuando empiezan a buscar atención para los trastornos mentales. Esta sección fue adaptada para la GI-mhGAP de la publicación de la OMS "Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo" (OMS, 2012).

Es importante señalar que las personas con trastornos mentales tienen los mismos derechos humanos que todos los demás, que incluyen el derecho a ser tratado con dignidad y respeto; derecho a autorizar o a negarse al tratamiento, al seguimiento o a ser referido a otro servicio; y acceso a servicios oportunos y eficaces. Los agentes de salud comunitarios desempeñan un papel importante al alentar a las personas a que busquen ayuda, proteger sus derechos humanos y reducir el estigma en la comunidad.

Sospecha de trastornos mentales

La capacitación en la GI-mhGAP ayuda a los pasantes a comprender cuáles trastornos mentales quizá sean parecidos y a sospechar cuando alguien tiene problemas de salud mental. Después de la capacitación, los pasantes podrán comprender, detectar y tratar problemas relacionados con el estado de ánimo y la tristeza; conductas y pensamientos extraños; problemas con el alcohol y las drogas; retraso en el desarrollo; comportamientos problemáticos; movimientos o crisis convulsivas; olvido y confusión extremos, así como la autolesión y el suicidio.

Los trastornos mentales están acompañados de una amplia gama de problemas y se presentan de diversas maneras. Son una combinación de pensamientos, emociones y conductas extrañas y, a menudo, problemas en las relaciones con otras personas. Los trastornos mentales pueden afectar a cualquiera y son comunes. Lo que es importante señalar es que pueden ser tratados. Saber esto ayuda a las personas a mantener la esperanza, a que no se escondan, y a que no se nieguen a recibir tratamiento.

La salud mental está determinada por muchos factores, a saber:

- Factores genéticos y biológicos, como los desequilibrios químicos en el cerebro;
- Factores sociales, como el estigma, la discriminación, la pobreza; y
- Factores psicológicos, como el estrés grave, el abuso y los traumas.

Esto quiere decir que los trastornos mentales no son contagiosos y que pueden afectar a cualquier persona.

Referencia a proveedores de atención primaria de salud

Los agentes de salud comunitarios a menudo se preocupan por la detección insuficiente o la detección excesiva de los trastornos mentales. Esta sección presenta directrices generales para ayudar a los agentes a comprender la importancia de los cambios compatibles con un trastorno mental y a decidir si deben referir al paciente a otro servicio o no. La GI-mhGAP les permitirá comprender cuándo deben referir a la persona que tiene problemas de salud mental a un proveedor de atención primaria de salud. Los agentes cumplen un rol importante al referir a las personas a profesionales de atención primaria de salud si sospechan que tienen un trastorno mental. Pueden suministrar información básica acerca de los trastornos mentales, por ejemplo, decirle a los pacientes que estos trastornos son comunes y que pueden afectar a cualquiera y cuáles tratamientos pueden ayudar. Ese tipo de información puede alentar a las personas a que busquen la ayuda que necesitan.

La referencia a otros servicios puede hacerse de diferentes maneras:

- Por teléfono o acompañando a la persona a un centro de atención primaria de salud u hospital general; o
- Por medio de una carta o un mensaje de correo electrónico al proveedor de atención primaria de salud para explicarle la situación de la persona.

Es importante observar que antes de dirigirse al proveedor de atención primaria de salud, es esencial asegurarse de tener la autorización de la persona. Al referir a una persona a un proveedor de atención primaria de salud, se recomienda observar cuidadosamente y tomar nota de los síntomas que quizá estén repercutiendo en la salud mental.

Seguimiento y apoyo

La GI-mhGAP enseña a los agentes de salud comunitarios que ellos cumplen dos funciones importantes en el seguimiento y apoyo a personas con problemas de salud mental:

- Apoyo práctico: suministrar información básica sobre salud mental; ayudar a las personas a llegar a un centro de salud; y ofrecer ayuda en la casa de la persona.
- Apoyo emocional: escucha libre de prejuicios; demostración de confianza y compasión; alentar a las personas a que busquen ayuda, a que sigan el tratamiento y a que adopten un modo de vida saludable.

Es importante tener presente también que los agentes de salud comunitarios pueden prestar apoyo a los cuidadores y a familias que están abrumadas o estresadas. Algunos de los retos que los cuidadores pueden tener que enfrentar son:

- Los cuidadores también pueden experimentar estigma y discriminación;
- Los cuidadores tal vez no puedan ir al trabajo o a la escuela debido a sus responsabilidades;
- Los cuidadores pueden tener que dedicar tiempo y dinero a medicamentos o a curas de curanderos y tener que viajar a centros de salud u hospitales; y
- Los cuidadores pueden sufrir estrés y ansiedad como consecuencia de sus responsabilidades.

Vinculación con los recursos

La GI-mhGAP moviliza a los agentes de salud comunitarios para que ayuden a las personas a identificar y acceder a los recursos en sus comunidades respectivas. Más específicamente, la GI-mhGAP les permite a las personas que reciben la capacitación considerar cómo establecer vínculos eficaces con otros recursos.

Aunque existan recursos en la comunidad, es posible que también haya barreras que pueden impedir que la persona tenga acceso a estos recursos. Estas barreras pueden incluir estigma, discriminación, medios de transporte, ideas equivocadas, acceso, motivación, temor, tiempo, apoyo, nivel de capacidad para afrontar los problemas, entre otros. Algunas formas sencillas pero eficaces de ayudar son, por ejemplo, hacer una llamada telefónica para pedir una cita, o escribir una nota para conectar a los pacientes con un miembro del personal o con un agente de salud comunitario que pueda acompañarlo, y trabajar con la familia y los cuidadores.

Después de suministrar o sugerir un recurso, es importante el seguimiento. Quizá sea útil preguntar y hablar sobre cualquier barrera. La superación de estas barreras no solo empodera a la

persona y a sus familias y cuidadores, sino que hace más fácil que el paciente reciba la atención que necesita. Los recursos que están disponibles en la comunidad y las barreras al acceso a estos recursos cambian constantemente, de manera que es importante estar al tanto de estos cambios.

Promoción de la causa

Los agentes de salud comunitarios desempeñan una función poderosa a este nivel, que puede tener una gran repercusión en la comunidad, en especial para las personas que viven con problemas de salud mental. Este poder se pone de relieve en la GI-mhGAP y faculta debidamente a los trabajadores de salud no especializados para asegurar que los problemas de salud mental sean tratados de manera eficaz y oportuna.

Las estrategias para promover la inclusión de quienes tienen trastornos mentales, sus familias y sus cuidadores en la comunidad son:

- Hablar con franqueza de los trastornos mentales y suministrar la información exacta acerca de los trastornos mentales a los miembros de la comunidad;
- Colaborar con los líderes comunitarios y religiosos, personal administrativo local, los maestros, el sistema de justicia penal y los curanderos;
- Ayudar a quienes tienen trastornos mentales a que compartan sus historias; y
- No hablar de las personas con trastornos mentales de manera negativa, y desalentar a otros de que lo hagan.

Autocuidado

Al trabajar como agente comunitario de salud, es posible que haya que hacer frente a retos y responsabilidades que son estresantes. Mantener el propio bienestar no solo es importante, sino que le permitirá al agente trabajar de manera más eficaz y sistemática.

La GI-mhGAP resalta algunos signos comunes del estrés, que podrían indicar que el bienestar de los agentes se está viendo afectado. Estos son:

- Dificultad para dormir o concentrarse;
- Sentirse irritable o impaciente;
- Sentir dolores;
- Mayor consumo de alcohol u otras sustancias; y
- Dificultad para relajarse o divertirse.

En la publicación de la OMS, *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo* (OMS, 2012) se describen los siguientes hábitos de trabajo y de vida saludables, que contribuyen a que los agentes de salud comunitarios se mantengan mentalmente sanos:

- Reconozca, por pequeñas que sean, las formas en que usted ha ayudado a otras personas;
- Sea amable consigo mismo, recuerde que usted no es responsable de resolver todos los problemas de toda la gente;
- Acepte lo que hizo bien, lo que no salió bien, y los límites de lo que usted podía hacer de acuerdo a las circunstancias;

- Busque la supervisión de su supervisor o de proveedores de atención primaria de salud;
- Intente mantener un horario de trabajo razonable y tomar períodos de descanso regulares;
- Encuentre apoyo de otros agentes de salud comunitarios. Comuníquese con ellos para saber cómo están y que ellos hagan lo mismo con usted;
- Intente tomarse tiempo para comer, descansar y relajarse, aunque se trate de períodos breves;
- Trate de comer alimentos saludables y hacer ejercicio;
- Reduzca al mínimo su consumo de alcohol, cafeína o nicotina;
- Hable con los amigos y las personas en las que confía para que le den apoyo; y
- Dedique tiempo a hacer las cosas que le gustan (por ejemplo, practicar deportes, escuchar música, ver videos).

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
GI-mhGAP	Guía de intervención mhGAP
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PESPI	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas
RCMP	Real Policía Montada del Canadá (fuerza policial nacional/federal de Canadá)
OMS	Organización Mundial de la Salud

REFERENCIAS

1. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet* 2006;367(9525):1859-69.
2. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One* 2014 Apr 2;9(4).
3. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: WHO 2012;1-22.
4. Kohn, R. Treatment gap in the Americas. Technical document. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23178&lang=en
5. World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet needs for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004;291(21):2581-90. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173149
6. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS ; 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. CD53/8, Rev. 1. 53.o Consejo Directivo, Washington, DC, 29 septiembre al 3 de octubre del 2014. [file:///C:/Users/fl/Downloads/CD53-8-s%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/fl/Downloads/CD53-8-s%20(2).pdf)
8. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=361&Itemid=40949&lang=es
9. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf
10. http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-de-accion-sobre-salud-mental-2015-2020&catid=8190&Itemid=41600&lang=es
11. Trofimovs J, Dowse L. Mental health at the intersections: the impact of complex needs on police contact and custody for indigenous Australian men. *Int J Law Psychiatry* 2014;37(4):390-8.
12. Lehti V, Niemela S, Hoven C, Mandell D, Sourander A. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review. *Soc Sci Med* 2009;69(8):1194-203.
13. Wexler L, Chandler M, Gone JP, Cwik M, Kirmayer LJ, LaFromboise T et al. Advancing suicide prevention research with rural american Indian and Alaska native populations. *Am J Public Health* 2015;105(5):891-9.
14. Incayawar M, Saucier JF. Exploring pain in the Andes - learning from the Quichua (Inca) people experience. *Postgrad Med* 2015;127(4):368-75.
15. Kirmayer LJ. The health and well-being of indigenous youth. *Acta Paediatr* 2015;104(1):2-4.
16. Cuyul A, Rovetto M, Specogna M. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(7):12-8.
17. Incayawar M, Maldonado-Bouchard S. The forsaken mental health of the Indigenous Peoples - a moral case of outrageous exclusion in Latin America. *BMC Int Health Hum Rights*;2009;9:27.
18. Williamson A, Andersen M, Redman S, Dadds M, D'Este C, Daniels J et al. Measuring mental health in indigenous young people: a review of the literature from 1998-2008. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014;19(2):260-72.

19. Omma L, Petersen S. Health-related quality of life in indigenous Sami schoolchildren in Sweden. *Acta Paediatr* 2015;104(1):75-83.
20. Social Determinants of Inuit Health in Canada. Inuit Tapiriit Kanatami; september 2014.
21. Zinck K, Marmion S. Global focus, local acts: providing mental health services to indigenous people. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25(5):311-9.
22. Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau Cc. *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. New York: Springer 2014. DOI 10.1007/978-1-4614-7615-3_1.
23. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health* 2008;29:325-50.
24. Chataway C. Successful Development in Aboriginal Communities: Does it Depend upon a Particular Process? *Journal of Aboriginal Economic Development* 2002;3(1):76-88.
25. World Health Organization. *Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders (mhGAP)*. Geneva: WHO; 2008. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43809/1/9789241596206_eng.pdf
26. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Can J Psychiatry* 2000;45(7):607-16.
27. Kral MJ, Idlout L, Minore JB, Dyck RJ, Kirmayer LJ. Unikkaartuit: meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada. *Am J Community Psychol* 2011;48(3-4):426-38.
28. Government N. *Sivumut Abluqta*; 2013.
29. <http://nunavuttourism.com/regions-communities/arviat>
30. <http://nunavuttourism.com/regions-communities/baker-lake>
31. <http://nunavuttourism.com/regions-communities/cambridge-bay>
32. <http://nunavuttourism.com/regions-communities/grise-fiord>
33. Organización Internacional del Trabajo. *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Santiago: OIT; 2006. http://www.consultaindigenamds.gob.cl/doc/2webCIndigena_Convenio%20169.pdf; y <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=279441>
34. Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile. Ley 19253; octubre de 1993.
35. Ministerio de Salud de Chile, Norma General Administrativa N°16; abril 2006. http://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_261_06.doc
36. Ministerio de Salud de Chile, Ley N° 20.584; abril de 2012.
37. Oyarce AM, Sánchez Curihuentro R, Huircan A. *Desarrollo de un Sistema de Información Integral de Salud Intercultural Rakin Mongen Filu Lawen Pu che*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas, octubre de 2010.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA
Tel: +1 (202) 974 -3000
www.paho.org

