UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

Tema:

Concepción de la salud mental desde un punto de vista sociocultural tradicional

Trabajo de graduación previo a al obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora:

Cristina Poleth Guerrero Alvarado

Director:

Mst. Juan Sebastián Herrera Puente

Cuenca-Ecuador

2021

DEDICATORIA

A mis abuelos, Elvia y Aurelio
quienes, a través de su amor, supieron cultivar en mis raíces cuidado, trabajo y respeto por esta tierra.

A todas y todos los que con responsabilidad luchan por la conservación, divulgación y resguardo del conocimiento, en todas sus esferas y expresiones, asumiéndolo como un bien y derecho comunitario.

AGRADECIMIENTO

A Laura, mi madre, eterna maestra y compañera, a quien le debo mi fortaleza, entrega y dedicación.

A las compañeras/os y maestras/os que, con paz-ciencia fueron luz y guía en este proceso de aprendizaje.

A CONCONAWEP, especialmente a Nemonte Nenquimo, por su compartir y escucha. A quien mi psické admira su fortaleza y constante lucha por el pueblo Waodani, que me enseñó tanto.

Wakebi.

RESUMEN

En la actualidad, el modelo biomédico occidental predomina como un sistema capaz de resolver varios problemas asociados a la salud mental, la cual, ha sido planteada como un bienestar completo desde un enfoque biopsicosocial; sin embargo, esto no siempre coincide con las percepciones de los modelos ancestrales de sanación, lo que podria ocasionar dificultades en su aplicación a poblaciones pluriculturales. Desde este contexto, la presente investigación indaga cómo se concibe a la salud mental desde una percepción sociocultural tradicional, mediante una revisión bibliográfica de tipo retrospectivo. Se admitieron artículos de los últimos 10 años. La información obtenida sugiere que, es esencial considerar el contexto comunitario y sus respectivas cosmovisiones; pues, la salud "mental" suele ser comprendida como un estado de interrelación armónica entre el ser humano y el "todo", entendiéndose a este último como un conjunto de dimensiones sociales, naturales y espirituales regidos por sus propios principios.

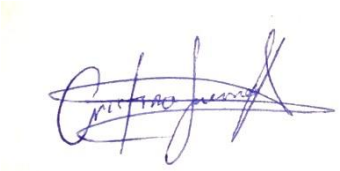
Palabras clave: "enfermedad mental", "curandero", "medicina indígena", "medicina tradicional", "salud intercultural" "salud mental".

ABSTRACT

Today, Western biomedical model predominates as a system capable of solving various mental health problems, which has been posed as a complete well-being from a biopsychosocial approach. However, this model does not always coincide with perceptions of ancestral healing models, which could cause difficulties in its application to multicultural populations. From this context, this research investigates how mental health is conceived from a traditional sociocultural perception, through a retrospective bibliographic review. Articles of the last 10 years were admitted. The information obtained suggests that it is essential to consider the community context and its respective worldviews; therefore, “mental” health is often understood as a state of harmonious interrelationship between the human being and the “everything”, being understood as a set of social, natural and spiritual dimensions governed by its own principles.

Keywords: "mental illness", "healer", "indigenous medicine", "traditional medicine", "intercultural health" "mental health".

Translated by:



Cristina Guerrero

ÍNDICE

Índice de contenido

DEDICATORIA I

AGRADECIMIENTO II

RESUMEN III

ABSTRACT IV

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1 3

1. NOCIONES TEÓRICAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL Y LA MEDICINA TRADICIONAL 3

1.1 Salud 3

1.1.1.1 Salud Intercultural 3

1.1.1.2 Determinación social de la salud 4

1.1.3 Medicina occidental 7

1.1.4 Medicina Ancestral o Indígena 7

1.1.5 Cultura, etnia y raza 9

1.2 Salud y enfermedad desde diferentes perspectivas socioculturales tradicionales 10

1.2.1 Perspectiva asiática 11

1.2.2 Perspectiva africana 15

1.2.3 Perspectiva europea 17

1.2.4 Perspectiva norteamericana 23

1.2.5 Perspectiva latinoamericana 23

1.2.5.1 Sistema médico indígena tradicional 25

1.2.5.2 Una visión andina 27

1.2.5.3 Población Mapuche 28

1.2.5.4 Población Quechua 29

1.2.6 Ecuador 30

1.2.6.1 Población: Pueblo Saraguro 32

1.2.6.2 Población: Pueblo Otavalo 34

1.2.6.3 Población: Pueblo Cañari (Kañari) 35

1.2.6.4 Población: Nacionalidad Tsáchila 38

1.2.6.5 Población: Kichwa, Shuar y Mestizos 39
1.2.6.6 Población: personas de siete parroquias
al sur de la provincia de Zamora Chinchipe 40
1.2.6.7 Población: Nacionalidad Waorani 42
1.2.6.8 Población: Nacionalidad Shuar 44
1.2.7 El papel del sanador tradicional 45
1.2.8 Las plantas como una fuente de sanación 46
1.2.8.1 Ayahuasca, una "planta de poder" 48
1.3 Las perspectivas tradicionales de salud y enfermedad desde un punto de vista médico occidental 50
1.3 Vinculación de la medicina tradicional con la medicina científica 50
1.3.2 Denominación occidental de las enfermedades de determinadas culturas 52
1.3.2.1 Ataque de nervios 53
1.3.2.2 Kunfungisisa, "pensar demasiado" 54
1.3.2.3 Maladi Moun "enfermedad enviada" 54
1.3.2.4 Nervios 54
1.3.2.5 Susto 55
1.3.3 La importancia del diagnóstico 55
1.3.4 Las prácticas tradicionales y los elementos que la sustentan 56
1.3.5 Impacto en la esfera psicológica 57
1.3.6 Plantas medicinales 58
1.3.6.1 La ayahuasca y sus efectos psicoterapéuticos 59
1.3.7 El papel del sanador 61
1.3.8 El papel de la narrativa 63
1.3.9 El papel del ritual 64
1.3. 10 Jung a través del Inconsciente Colectivo 64
CAPÍTULO 2 68
2. METODOLOGÍA 68
2.1 Objetivos 68
2.1.1 Objetivo general: 68
2.1.2 Objetivos específicos: 68
2.2 Recopilación de datos 68
2.2.1 Criterios de inclusión: 70

2.2.2. Criterios de exclusión: 70
2.2.3 Límites de búsqueda: 70
2.3 Selección de artículos 70
2.4 Desarrollo 71
CAPITULO 3 72
3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 72
3.1 BIBLIOGRAFÍA 76
3.2 ANEXOS 95

Índice de tablas

Tabla 1.....69

Tabla 2.....71

INTRODUCCIÓN

Debido a la coexistencia de una diversidad de culturas dentro de una misma sociedad, han existido diferentes formas de ver la enfermedad y la salud, sin embargo, en la actualidad, el modelo biomédico occidental predomina como un sistema capaz de resolver muchos de estos problemas; sin embargo, el dominio de un modelo podría ocasionar conflictos al no considerar la diversidad cultural, biológica y social de todos sus miembros (Bautista, et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (1978) define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia"(p.1). Sin embargo, estudios como los de Robert y Hahn (2009) sustentan que la concepción de la salud, en la que se incluye la mental, cambia según la cultura desde la que se plantea. Por tanto, una visión basada en la oferta de servicios no resuelve la complejidad e integralidad de lo necesario para reducir las inequidades.

Tal es el caso de Latinoamérica, donde los indígenas sufren un limitado acceso a los servicios de salud mental, este es el resultado de la falta de compresión de cómo estas poblaciones la conciben, ocasionando así, una orientación inoportuna de programas de atención, prevención y promoción de la salud que ignora la perspectiva de los pueblos ancestrales y sus conocimientos (Naciones Unidas, 2014). Aún así, es evidente la demanda hacia las alternativas terapéuticas, los usuarios siguen asistiendo a representantes de la medicina tradicional (Bravo, 2013). Puesto que, comparten perspectivas comunes con sus clientes y usan las mismas creencias, prácticas y conocimientos autóctonos de su cultura (OMS, 2000). Es así, que en todo el mundo, la curación tradicional es una práctica común (Nortje, Oladeji, Gureje y Seedat, 2016).

La medicina tradicional es definida como:

Todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usadas para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2020, p.1).

Sin embargo, investigaciones con base en las perspectivas de poblaciones indígenas de Colombia, como la de Vélez (2020) sustentan que, aunque para esta población el concepto de salud mental no exista, se ha ido creando una definición a través de intercambios de saberes junto con la perspectiva occidental, la cual, ha modificado sus

costumbres, prácticas y estilo de vida. Es por eso, que la contextualización sociocultural de cada población es esencial, puesto que cada una concibe la salud o enfermedad según su propio sistema de creencias y cosmovisión (Herrera & Lobo, 1998).

Este trabajo de investigación se encuentra dividido en tres capítulos. En el primer capítulo se abarcan descripciones teóricas acerca de la salud y la medicina, posteriormente se enfatiza en la salud y enfermedad mental, y sus diferentes perspectivas socioculturales tradicionales, finalmente se plantean estas perspectivas desde un enfoque biomédico. En el segundo capítulo se presenta la metodología del estudio, la cual se orientó a indagar la concepción mental desde un punto de vista sociocultural tradicional mediante una revisión bibliográfica de tipo retrospectivo, encaminada a un análisis de la información, para esto, se admitieron artículos publicados dentro de los últimos 10 años. Para realizar la selección del material bibliográfico se usaron las siguientes bases de datos como fuente de búsqueda: Scopus, Scielo, PubMed y Google Scholar como buscador general. Se recopiló un total de 174 artículos de estos tres buscadores, de los cuales se incluyeron únicamente 63.

En el tercer capitulo se abordan las conclusiones y recomendaciones, la cuales plantean que, para abordar la salud desde un modelo tradicional, es esencial considerar el contexto comunitario y sus respectivas cosmovisiones. Dado que, para varias poblaciones la salud “mental” es comprendida como un estado de interrelación armónica y equilibrada entre el el ser humano y el “todo”, entendiéndose a este último como un conjunto de dimensiones sociales, naturales y espirituales regidos por principios tales como la dualidad y la complementariedad. Con base en ello, se recomienda considerar las perspectivas planteadas para futuros estudios y políticas públicas que garanticen una educación y servicios de salud sustentados en una realidad multiétnica y pluricultural.

CAPÍTULO 1

1. NOCIONES TEÓRICAS ACERCA DE LA SALUD MENTAL Y LA MEDICINA TRADICIONAL

1.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud (1978) define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia"(p.1). En el 2018, esta misma organización, refiere que la salud mental se encuentra ligada al componente de bienestar anteriormente mencionado, enfatizando que en este estado la persona:

> *Realiza sus capacidades, es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. (p.1)*

Sin embargo, esta definición llega a ser insuficiente, puesto que se asocia al bienestar con la la palabra “completo”. Además, según Huber et al., (2011) este énfasis podría contribuir a la medicalización y a la industria de tecnología médica en beneficio de ciertas organizaciones, decretando que quienes padecen alguna discapacidad o enfermedad crónica, no siempre poseen la capacidad humana para afrontar de manera independiente los desafíos emocionales, sociales y físicos para desempeñar la vida con una sensación de satisfacción, a pesar de su condición. Es así, que contradictoriamente, la “paradoja de la discapacidad” plantea que a pesar de que la persona sufra una discapacidad o enfermedad grave, podría ser capaz de desarrollar estrategias que le ayuden a afrontar situaciones deficientes en su nivel de satisfacción, calidad de vida y felicidad (Gussekloo, Faber, Wiel, Lagaay y Dongen, 2001).

1.1.1.1 Salud Intercultural

La OMS (1999) en el Informe de la Consulta Internacional sobre la Salud de los Pueblos Indígenas, redefine a la salud:

> *En términos holísticos y enfatiza la interconexión de lo físico, lo espiritual, la salud mental y emocional. La salud también tiene dimensiones culturales, políticas y sociales para los pueblos indígenas. Por ejemplo, la relación única*

entre los pueblos indígenas y su tierra es fundamental para la salud física y espiritual (p.8).

De acuerdo con la cosmovisión de la salud, tomando en cuenta el concepto de la Organización Panamericana de la Salud (2008) la mayoría de los pueblos indígenas la consideran como una consecuencia de las relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, con la comunidad, la naturaleza y la familia; esto es visto como un efecto del respeto a la naturaleza, a los elementos que la componen y el cumplimiento de las normas sociales. Es así, que años después, Charlier et al., (2017) en su carta abierta a la OMS, aún proponen que las perspectivas indígenas se incluyan dentro de una futura definición de salud, incluyendo a la espiritualidad y el equilibrio ambiental.

Es importante tener en cuenta esta perspectiva, ya que, por ejemplo, la palabra "salud" en *Kichwa* no tiene traducción, debido a que los indígenas de los Andes la comprenden como un "bienestar integral junto al todo" a diferencia de occidente, la salud y enfermedad no son vistos como opuestos, como una dualidad, sino como partes de un mismo continuo (Lopez & Chi, 2010).

Es por esto, que la salud intercultural es una práctica en la salud y sus cuidados que articulan a la medicina occidental e indígena, considerándolas como un complementario a través de la equidad, reconocimiento del conocimiento, disposición para interactuar, respeto mutuo y flexibilidad para el cambio como efecto de las interacciones (Mignone, Bartlett, O'Neil y Orchard, 2007).

1.1.1.2 Determinación social de la salud

La determinación social de la salud es una categoría, de entre tres, que propone una epidemiología crítica, desarrollada, complementada y planteada en la década de los 70 por varios autores, principalmente pertenecientes a la corriente latinoamericana (Breilh, 2013). Sin embargo, es importante mencionar que la epidemiología convencional esta sustentada por la OMS (2021) como "el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud". No obstante, es necesario también realizar una propuesta de articulación entre los saberes tradicionales y la medicina convencional, porque esto hace posible que los preceptos psicosomáticos, médicos y cosmovisivos de las comunidades acerca del tratamiento y diagnóstico de las enfermedades sean tomadas en cuenta. Este planteamiento

principalmente surge de latinoamericanos con intenciones por incluir los saberes culturales en la dimensión epidemiológica (Alulema & López, 2017).

Según Brehil (2003), la Epidemiología Crítica es una propuesta que busca una recuperación ética e invita a reflexionar o actuar a favor de una bioética, que, además de precautelar los procesos individuales, tome en cuenta la etnicidad, los derechos de los colectivos y los procesos sociales. Asimismo, refiere que la "ética del modo de vida" que propone la epidemiología critica, no simplemente reconozca los derechos del consumidor, sino que, también precautele las formas humanas de trabajo, equidad, derechos de género y étnicos, y de igual forma, proponga un manejo certero del entorno ecológico, o sea, acoja a todo lo que da paso a la salud colectiva como parte de un proyecto que debería asociarse, tanto a esfuerzos institucionales o académicos, como a los procesos vitales de los movimientos populares y las organizaciones

Así ya lo había expuesto Menéndez en 1997 al mencionar que, aunque las prácticas desarrolladas por grupos sociales para afrontar la enfermedad sean una parte básica de la sociedad, la academia las observa con gran menosprecio. Es por eso que, autores como Breilh proponen la epidemiología critica de la salud con el objetivo de que realmente se vele por un verdadero involucramiento con las prácticas tradicionales, pues estas traen consigo grandes beneficios para la comunidad y rompe con el mito del etnocentrismo (Breilh, 2003).

1.1.2 Salud mental desde diversos enfoques

En el 2008 se implementa el programa de acción sobre brechas en salud mental en algunos países de medianos y bajos ingresos, con el objetivo de extender los servicios psiquiátricos, además, se debatió sobre la ética y eficacia de plantear modelos de tratamiento euroamericanos a diferentes entornos (OMS, 2008). Sin embargo, se ha cuestionado la idoneidad de los métodos psiquiátricos con base en evidencia científica para ejercerlo en poblaciones indígenas, donde sus cosmovisiones enfatizan en las relaciones, colaboraciones mutuas y su influencia (Kirmayer, 2012). Es por eso, que abordar la salud mental desde diferentes perspectivas, es, además de un aspecto importante, una acción responsable.

Por su parte, Restrepo y Jaramillo (2012) puntualizan diferentes concepciones de salud mental, entre ellas: la **concepción biomédica**, la cual se determina a través de dos

características importantes, la reducción a lo biológico y el protagonismo que se le da a la enfermedad como un eje de identidad. La **concepción conductual**, que hace referencia a los estímulos ambientales y cómo estos determinan la modificación y explicación del comportamiento. La **concepción cognitiva**, donde interviene una orientación educativa instruccioncita, cuyo propósito es lograr que las personas corrijan sus creencias, pensamientos disfuncionales o distorsionas cognitivas y aprendan a pensar y comportarse de forma adaptativa. Y la **concepción socioeconómica**, que en la declaración de Alma Alta reconoce el desarrollo social y económico como un aspecto primordial para conseguir la salud de todos y todas, además, manifiesta que la protección y promoción de la salud de la población es indispensable para el desarrollo social, económico, la calidad de vida y la paz; es por ello, que también llega a convertirse en un problema político-económico.

Por otro lado, **Erich Fromm, psicólogo social, psicoanalista** y filósofo humanista; fundador de una visión, llamada hoy en día holística integradora del humano y su salud; abarca a la salud mental sin perder de vista el análisis de la sociedad detrás de cada persona. Es por ello, que ve al individuo y sus necesidades básicas como derivadas de sus esferas sociales, físicas y mentales; definiendo a la salud mental desde una visión ética a priori, cuestionándose qué es lo que daña al humano y qué es lo que le hace bien (Ubila, 2009).

Con base en las perspectivas de los pueblos indígenas de Colombia, la investigación de Vélez (2020) menciona que, aunque para estas poblaciones el concepto de salud mental no exista, se ha ido creando una definición a través de intercambios de saberes junto a la perspectiva occidental, la cual, ha modificado sus costumbres, prácticas y estilo de vida; esta concepción está relacionada con la loquera, anormalidad, confusión, dolor de cabeza y la afectación del comportamiento; así, también se podría llegar a interpretar que los problemas de salud mental son una consecuencia del abandono de lo propio e impuesto desde afuera. Es por eso que, para culturas distintas, la definición de salud mental varía, sin embargo, involucran aspectos como la percepción de la propia eficacia, bienestar subjetivo, competencia, autonomía, autorrealización de las capacidades emocionales e intelectuales y la dependencia intergeneracional (Macaya, Pihan y Parada, 2018).

1.1.3 Medicina occidental

La medicina occidental, dio su aparición con Galeno en 131 a. C. e Hipócrates en el año 460 a.C., sin embargo, según Foucault (1996) tuvo su origen a partir del siglo XVIII. Dentro de esta visión, la persona que enferma es relevante tanto su cuerpo sea depositario de enfermedad, y, aunque el sanador se centre en el, no consigue encontrarse dentro de un marco de referencia determinado (Arrizabalaga, 2000; Foucault, 1996).

En el ámbito de la salud mental, la digna heredera de la concepción biomédica es la psiquiatría, por lo que considera, que la mayoría de trastornos mentales se explican por un desorden del sistema nervioso, este aspecto llega a acoplarse claramente dentro de la medicina occidental, puesto que se le da más valor al órgano enfermo que a la enfermedad; a diferencia de la medicina indígena, donde se trata a la persona como un ser social que enferma dentro de un contexto en particular. Sin embargo, a pesar de que la medicina indígena y occidental partan de modelos epistemológicos distintos, buscan conseguir un mismo objetivo, la curación o sanación (Vallejo, 2006).

1.1.4 Medicina Ancestral o Indígena

La religión y la magia, desde hace siglos atrás, se convirtieron en recursos usados con el objetivo de controlar diversas situaciones de la vida diaria en donde la persona se sentía desvalida; esta práctica estuvo orientada a que su temor y angustia desaparezcan, ya que, de alguna forma restituían su armonía y equilibrio con el mundo que les rodeaba (Mauss, 1989). La medicina indígena presenta un modelo empírico que opera desde una perspectiva integradora del mundo con su realidad cultural, física y social (Vallejo, 2006). Se sustenta en su propia cosmología y cosmogonía, desde este marco epistemológico no podría ser cuestionada por la medicina occidental, y al hacerlo, se orientaría a esquematizaciones y reduccionismos (García y Patiño, 1993).

Sin embargo, es importante aclarar que el concepto de medicina tradicional se puede confundir con el de medicina alternativa o complementaria, aún así, debe tenerse en cuenta que esta última no forma parte, ni de la tradición del país, ni de su sistema sanitario (OMS, 2020). Es por ello, que la **medicina tradicional** se debe definir como "todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usadas para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales" (OMS, 2020, p.1).

En los últimos años, las poblaciones indígenas siguen usando la sanación tradicional, puesto que es una práctica que se encuentra arraigada en la cultura a la que pertenecen (Kleinman, 1978). Es así, que en todo el mundo, la curación tradicional o curación por fe es una práctica común (Nortje, Oladeji, Gureje y Seedat, 2016). Según Burns y Tomita (2015) lo es más, en países con recursos bajos. Para otros en cambio, es una práctica milenaria profundamente instituida, tal es el caso de India (Sarkar y Seshadri, 2015).

En los últimos 50 años, la literatura menciona que una gran cantidad de habitantes de los países en vías de desarrollo acuden a curanderos tradicionales para tratar problemas de salud mental, incluso después de haber acudido a la psiquiatría convencional (Alem, Jacobsson, Araya, D y Kullgren, 1999). Este hecho no solo enfatiza la importancia de la medicina tradicional como tal, puesto que también, recalca como las personas acuden hacia los curanderos tradicionales, porque comparten perspectivas comunes con sus clientes y usan las mismas creencias, prácticas y conocimientos autóctonos de su cultura (OMS, 2000).

Aunque en el año 2005, el Instituto Runamjabi de Ecuador y la (TPS) hayan creado en Quito la Conferencia Internacional "Psiquiatras y Terapeutas tradicionales: Socios involuntarios en Salud Mental Global" (Gureje, 2009). Son varios los países que reconocen a los curanderos tradicionales como poseedores de un gran potencial y utilidad dentro de los propios sistemas formales de atención médica como Bali, Indonesia, Papua Nueva Guinea, Sudáfrica, Uganda, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá (Kurihara, Kato, Reverger y Tirta, 2006). Los curanderos identifican a las personas que padecen ciertos trastornos mentales, sin embargo, podrían explicarlos o nombrarlos de diferente manera (Sorsdahl, Stein y Flisher, 2010). Es por eso, que el papel del curandero tradicional, permite que que su práctica se ejerza sin necesidad del cumplimieno de un rol biomédico y viceversa (Ventevogel, 1996).

Ahora bien, si bien el abordaje anterior generaliza a la medicina ancestral como una práctica realizada por los sanadores indígenas, el análisis y su respectivo entendimiento debe darse desde la contextualización sociocultural de cada población, puesto que, conciben la salud o enfermedad según su propio sistema de creencias y cosmovisión; por lo tanto, se podría deducir que la acción terapéutica no ejercerá el mismo efecto en personas externas a la cosmogonía y cosmovisión de la cultura donde se realiza (Herrera & Lobo, 1998). Un claro ejemplo de ello, lo da un estudio realizado por

Paternina en el año 1999 sobre las etnias indígenas de Sierra Nevada, Santa Marta, pues cada una de estas presentaba una visión propia de lo que significa la enfermedad, por lo que se puede concluir que, a pesar de que compartan un mismo espacio geográfico, sus diferentes cosmogonías provocan que la conceptualización de la cura y causa de la enfermedad sean tratadas de diferentes formas.

1.1.5 Cultura, etnia y raza

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) la **cultura:**

> *Se refiere a los sistemas de conocimeintos, conceptos, normas y prácticas que se aprenden y transmiten a través de las generaciones. La cultura incluye la lengua, la religión y la espiritualidad, las estructuras familiares, las fases de los ciclos vitales, los ritos ceremoniales y las costumbres, además de los sistemas morales y legales. Las culturas son sistemas abiertos y dinámicos que experimentan continuos cambios a lo largo del tiempo.* ***La raza*** *es una categoria de identidad construida culturalmente que divide a la humanidad en grupos basándose en una serie de rasgos físicos superficiales atribuidos a unas hipotéticas características biológicas intrínsecas. Las categorías y constructos raciales han variado ampliamente a lo largo de la historia y en las diferentes sociedades. La* ***etnia*** *es una identidad de grupo construida culturalmente que se utiliza para definir pueblos y comunidades. Puede estar arraigada en una historia, geografía, lengua o religión común, o en otra característica compartida por el grupo, que lo distingue de otros. La etnia puede estar asignada por uno mismo o ser atribuida por terceros. El aumento de la movilidad, los matrimonios interraciales y la mezcla de las culturas han definido nuevas identidades étnicas mixtas, múltiples o híbridas. (p.749)*

A lo largo de la historia, han existido varias concepciones para definir la cultura. Para la antigüedad significaba el acto de cultivar la tierra. En Europa, en la Edad Media, las élites usaron el teocentrismo como una forma de legitimización, lo cual también fue aplicado en la colonia y posteriormente, en las élites criollas. Aún en este tiempo, algunos grupos de poder usan el antropocentrismo a través de su discurso, poniendo al ser humano en el centro como sujeto y al cosmos como objeto. Por el contrario, los pueblos que mantuvieron una visión cósmica, ponían al ser humano, sus inventos y cultura al servicio

y posibilidades de la naturaleza; puesto que, la manera en la que se ve al cosmos influenciará en la circulación, creación e interpretación del imaginario y sus signos (Montaluisa, 2012).

De igual manera, las características de pensamiento de una cultura, influyen en la organización social, prácticas y desarrollo de la misma; por lo tanto, el pensamiento occidental se caracteriza por: la construcción de contrargumentos, búsqueda de una verdad única y preferencia por la coherencia; mientras que, la cultura oriental sustenta tres principios: el principio de contradicción y coherencia con el cambio, la transformación constante de la realidad y el holismo como esencia del pensamiento dialéctico, según lo que conlleva a pensar que todo está conectado y nada está solo e independiente (Peng y Nisbett, 1999).

La Asociacón Americana de Psiquiatría, explica que la cultura, etnia y raza están relacionadas con discriminación, diferencias económicas y racismo que trae como consecuencia desigualdades en la salud. Aunque la raza no presenta una definición consistente dentro de la biología, es relevante socialmente porque la exclusión social y el racismo podrían provocar consecuencias negativas en la salud mental. Se ha demostrado que los sesgos raciales pueden afectar a la evaluación diagnóstica, además de agravar varios trastornos psiquiátricos, desarrollando un peor pronóstico. Las identidades étnicas, raciales y culturales pueden conducir a conflictos psicológicos intergeneracionales e interpersonales que necesiten una evaluación diagnóstica, sin embargo, también podrían ser una fuente de apoyo grupal y fortaleza que aumente la resiliencia. En base a ello, la APA presenta una "Guía para la formulación cultural" donde, además, añade una entrevista con la cual se pretende evaluar la información asociada a las características culturales del conflicto de salud mental y cómo esta se relaciona con la historia social, cultural y el contexto (APA, 2014).

1.2 Salud y enfermedad desde diferentes perspectivas socioculturales tradicionales

Usualmente, se dialoga sobre el malestar con el único objetivo de encontrar relación entre los síntomas y las enfermedades (Eroza y Carrasco, 2020). Sin embargo, existe una gran diversidad de conceptos, incluso en referencia a los significados socioculturales del padecer, en función de esto, algunos médicos y antropólogos les han asignado una categoría limitada a términos taxonómicos o erróneamente los nombran como "síndromes de filiación cultural". Por su parte, Simons y Hugues (1985) mencionan que estos términos hacen referencia a un sin número de experiencias personales y

aspectos socioculturales presentes en varias dolencias o malestares; los cuales, se encuentran asociados a creencias relativas a la brujería o religiosidad, con componentes emocionales que pueden ejercer como trasfondo, pero que, sin duda, están ligadas a la vida social. De acuerdo con lo mencionado, es una equivocación asumir que estos malestares sean consecuencia de una causa común y que, a su vez, deban reconocerse o definirse bajo el mismo nombre.

Por otra parte, en la atención en salud, la cultura puede influir en la conducta de las personas, puesto que existen situaciones donde se indaga sobre el origen de las enfermedades físicas, a lo que, en varias ocasiones, los pacientes responden refiriéndose a impresiones emocionales, disgustos, tristezas o sustos que operan como fuentes de ansiedad y proporcionan un rol relevante en el proceso de enfermar. Incluso, es común que se hable de los sueños o detonantes de un "mal" vinculados a creencias de brujería o castigo divino, propiciadas por un sujeto en términos morales, reales o imaginados. Esto puede referirse a tensiones sociales frecuentes en las dinámicas de la vida en comunidad. Es por eso, que la mayoría de ocasiones que se acude a los sanadores, se lo realiza con confidencialidad y reserva, puesto que, tratar a los pacientes públicamente podría provocar implicaciones sociales que conduzcan al fracaso (Eroza y Carrasco, 2020).

Por esto y más, es sustancial por todo cuanto encierra a lo social y cultural, entender el significado que se le puede dar a los padecimientos y sus determinadas respuestas en un marco de perspectivas culturales; de igual manera, es imprescindible entender que las experiencias sociales de la persona pueden provocar tensiones emocionales que repercuten en su salud. Otro tema por tratar, se relaciona con los valores, sobre todo los que se asocian con los roles de género, los cuales perjudican la salud de las mujeres, puesto que en la mayoría de ocasiones, ellas podrían postergar la atención de sus males y sufrir baja autoestima dada su desventaja en la posición social; de igual manera, los hombres, suelen posponer su atención debido a que, la mayor parte de tiempo lo dedican al trabajo o se asumen resistentes y fuertes (Eroza y Carrasco, 2020).

1.2.1 Perspectiva asiática

En **India** únicamente el 17% de la población tiene acceso a un centro de salud para sanar su enfermedad psiquiátrica. Existe una brecha para tratar los llamados "trastornos mentales comunes" como los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar con un 73,5 % y los trastornos mentales no comunes con un 85% (Gururaj, 2016). Sin embargo, un estudio realizado por Kar y Das (2020) tuvo como objetivo estudiar a

pacientes psiquiátricos en un hospital de atención terciara de la India con relación a las prácticas de curación por fe entre sus pacientes, fue un estudio observacional y con revisión retrospectiva de las historias clínicas de los enfermos hospitalizados en psiquiatría a quienes se les preguntó sobre la curación por fe, la cual hace referencia a los rituales mágico-religiosos ejecutados para asistir enfermedades psiquiátricas por parte de los curanderos tradicionales. Se encontró que el 35,6% de los pacientes buscaron este tipo de atención, el 40,5 % de la población fue femenina y el 32,8% fue masculina; el 47,7% fueron personas de entre 10-40 años. De acuerdo con la naturaleza del trastorno psiquiátrico, se encontró que un gran porcentaje de quienes acudían a la curación por fe, eran pacientes graves, quienes padecían esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

En este continente coexisten distintas culturas: aria, dravidiana, islámica y griega, cada grupo desarrolló su propio sistema de curación o medicina, los sistemas clásicos mencionados tienen sus propios fundamentos filosóficos, teóricos y sus regímenes terapéuticos; posterior a la independencia, el gobierno de la India promovió estos sistemas de medicina propios de la región por medio del departamento de (AYUSH), que hace referencia a Ayurveda, Yoga y Naturopatía, *Unani*, *Siddha* y Homeopatía. Existen dos sistemas de medicina tradicional; en el sistema indio clásico se encuentra *Siddha*, *Unani*, *Ayurveda*, *Amchi Yoga* y Naturopatía, estos son de carácter universal y no específicos de un idioma o lugar. El sistema tradicional, el cual es de carácter específico para la comunidad, es practicado únicamente por ciertos individuos, grupos o familias y son representados por los sanadores folclóricos, tribales, locales de salud, caseros, parteras, así como por quienes practican el tratamiento de mordeduras venenosas (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

Ahora bien, esta investigación ahondará únicamente el sistema medicina *Ayurveda*, por ser considerado el principal; para profundizar en su patogenia como en sus principios de tratamiento, es necesario conocer la cosmovisión desde esta práctica. *Ayurveda* se traduce como la ciencia de la vida, su objetivo es tratar enfermedades y coordinar el nexo de mente, alma y cuerpo con la ayuda de hierbas medicinales, ejercicio, dieta vegetariana y meditación; destaca la necesidad de mantener armonía con todos los componentes no vivos y vivos del entorno (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

Tamas, Rajas y *Satwa* son los tres principios de la naturaleza; los cinco elementos: agua, tierra, aire, fuego y espacio son vistos como creadores de todas las formas de vida,

por lo que se menciona que al haber un desequilibrio de estos elementos, las enfermedades se presentarían en el cuerpo humano. *Kapha, Pitta y Vata* son tres humores constituyentes; los tejidos u órganos vitales se derivan de los tres humores y se componen por: sangre, tejido muscular, tejido óseo, fluidos corporales, tejido adiposo, médula ósea y tejido nervioso; existen también los órganos generativos, óvulo y espermatozoides. Los órganos excretores se encargan de desechar los alimentos consumidos por el cuerpo y de desarrollar los tejidos vitales (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

Enfatizando en la parte de salud y enfermedad desde esta conceptualización, se menciona que la persona nace con un humor, además recibe la influencia de su constitución genética, aunque también puede verse afectada por la dieta, la edad y el medio ambiente. La constitución hace al individuo susceptible a una enfermedad y el tratamiento para la enfermedad presentada no solo tiene el propósito de curar sino también de mejorar la calidad de vida de la persona; entre estos tratamientos se encuentra el ejercicio, la dieta, los medicamentos, las cirugías y el manejo del estrés. Por otro lado, la farmacoterapia es importante para la preparación de medicamentos derivados de una amplia gama de materiales, minerales, animales y vegetales (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

Como se mencionó, también existen otras prácticas medicinales como la neuropatía, vista como una forma de vida y no únicamente como un mero tratamiento, tiene como base la práctica ancestral de las leyes de la naturaleza. *Sidhha* es un sistema de medicina que también tiene origen en la India, usa minerales, productos animales y vegetales en su tradición. En el subcontinente Indo-pakistán también se practica el sistema de medicina *Unani*; el sistema *Amachi*, conocido también como sistema tibetano, es practicado en las regiones del Himalaya por los budistas (Che, George, Ijinu, Pushpangadan y Andrae, 2017).

Por otra parte, hacia el norte y este del continente asiático, la medicina tradicional **China** se desarrolló con base en la influencia de un marco filosófico que explica los eventos y las relaciones entre el universo hace más de 3000 años. Varias medicinas como *Hanja* en Corea o la de *Kampo* en Japón están influenciadas por la medicina tradicional China. Dentro de su cosmovisión, la medicina tradicional China se centra en la ideología del holismo, donde el humano es visto como un pequeño universo que se encuentra compuesto de tejidos, órganos y sustancias vitales, cada uno de ellos tiene su propio entorno, pero se relacionan mutua e independientemente entre sí. El cuerpo se nutre de

sustancias vitales como el *Qi*, que es percibido como una forma de energía vital, esencial para la vida del cuerpo. Esta medicina está influenciada por dos principios universales: la teorías de los cinco elementos y del *Ying-Yang* que representa a las dualidades opuestas pero que interactúan dentro de la misma entidad y son complementarios entre si, además son interdependientes para poder formar una unidad y existen dinámicamente para formar una condición de equilibrio. A partir de esta contextualización, en la medicina tradicional china, la salud es vista como el equilibrio interno del cuerpo entre tejidos, órganos, emociones y sustancias vitales; así como, la armonía entre el medio ambiente y el humano; una alteración en esta armonía llevará a la enfermedad (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

Ahora bien, para focalizar la investigación y conocer sobre cómo se maneja la curación tradicional en relación con la salud mental; se ha tomado un estudio realizado en **Nepal** por Pham et. al., (2020) para lo cual se hizo la pregunta ¿cuáles son los procesos mediante los cuales los curanderos tradicionales nepalíes abordan el bienestar mental?, para responderla se tomaron datos etnográficos que abarcaron la mayoría de las regiones principales de Nepal, fundamentándose en los propios términos y construcciones de las diferentes regiones y se señaló que la curación tradicional toma como base la psicología cultural o etnopsicología. Se encontró que los curanderos usan varios modelos mágico-religiosos para realzar una manipulación de narrativas, transferencias simbólicas, relaciones y roles de enfermedad, creación de significado, catarsis y reestructuración cognitiva; debido a esto, se concluye que existe un impacto mayor de esta medicina para las formas moderadas o leves de malestar psicológico, entre ello la angustia psicológica.

En **Bali**, dos tercios de la población informaron al menos una mejoría después de ver curanderos religiosos, los beneficiarios informaron que existen mejores resultados en pacientes no psicóticos que en aquellos que presentan psicosis. De acuerdo con los trastornos mentales comunes; se analizaron 13 estudios asociados a depresión, ansiedad y quejas psicosociales tratadas por curanderos. En este estudio, se mencionó que los pacientes taiwaneses asisten a un santuario llamado *Tang-ki*, la mayoría acude con quejas somáticas debido a problemas psicosociales o psiquiátricos, asimismo, se encontraron menos satisfechos con los resultados y tratamientos que quienes acudieron a servicios biomédicos occidentales. Observaron que la insatisfacción percibida con los chamanes se atribuyó al hecho de que existiese un solo sanador y a que, al acudir posteriormente a una atención de salud “formal” las enfermeras se encontraban ambivalentes respecto a la

curación tradicional, lo que podría ocasionar resultados sesgados (Kleinman y Gale, 1982).

Un estudio realizado por Patel et. al., (1998) en **Zimbabwe** comparó los resultados entre la medicina formal y la tradicional en clínicas de atención primaria y se obtuvieron tasas altas de mejoría en los síntomas de los tratamientos mentales comunes independientemente del tratamiento presentado. Koss (1987) realizó una indagación a pacientes que asisten a curanderos o a psicoterapia con el objetivo de calificar su alivio de síntomas o grado de resolución de problemas, posterior a varias sesiones, los pacientes que asistieron a curanderos mostraron resultados significativamente más altos que aquellos que fueron tratados por psicoterapeutas.

1.2.2 Perspectiva africana

África es un continente grande que incluye a varias etnias y culturas distintas, el conocimiento médico tradicional posee varios elementos locales y globales, a pesar de ello, en toda África, la curación se encuentra dentro del contexto *Botho* o *Ubuntu* estas palabras describen una filosofía que se centra en la relación del humano con el ambiente social, natural y espiritual. Para la curación en este contexto, es necesario un enfoque holístico de la salud, puesto que considera, no solo los síntomas, sino la raíz de la enfermedad y su prevención (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

De igual manera, explora una dimensión social que toma en cuenta los aspectos de salud como complejos y privados, por lo que existen códigos de negociación para evitar la vergüenza y el estigma. El bienestar y la buena salud se relaciona con el respeto de los valores que en *Ubuntu* enfatizan; si los antepasados son descuidados, olvidados o irrespetados se puede castigar con enfermedades, estas pueden ser tratadas con medicamentos, bebidas que restauren la conexión con el mundo ancestral o alimentos específicos, a menudo las enfermedades mentales son asistidas en esta categoría.

No todas las condiciones necesitan un enfoque sistémico para abordar lo espiritual o ancestral, los curanderos tradicionales pueden encargarse de la extracción de sangre, la curación de fracturas óseas, operaciones pequeñas, tratamiento de heridas, manejo de tos y asma, palpitaciones, tratamiento para el dolor de cabeza y afecciones relacionadas con el estrés y la presión. Por otra parte, la brujería fue un término usado durante la colonización para nombrar a los médicos tradicionales, sin embargo, se considera que la brujería realmente puede ser un acto infringido por otras personas que se han ofendido

por el comportamiento de la víctima; esto se puede contrarrestar con determinados rituales que la desvían (Che, George, Ijinu, Pushpangadan, & Andrae, 2017).

Existen diferentes tipos de curanderos tradicionales, sin embargo, para que uno de ellos exista es necesario que incluyan buenas habilidades sociales, compresión de la naturaleza, sus recursos y la capacidad de relacionarse con el mundo ancestral; sin embargo, posterior a la colonialización, los curanderos tradicionales se convirtieron en grupos internamente diferenciados. Existen los adivinos, que usan varios huesos para diagnosticar y comunicarse con los antepasados, los herbolarios que utilizan plantas medicinales para realizar curaciones y los sanadores de fe o proféticos (Che, George, Ijinu, Pushpangadan y Andrae, 2017).

Un estudio realizado por Krah, de Kruijf, Ragno (2017) en **Ghana** revelaron que la integración entre la biomedicina y la medicina tradicional se ve obstaculizada debido a la falta de conocimiento de los trabajadores biomédicos, provocando: discriminación, malentendidos, segregación del interés de las personas o jóvenes para convertirse en curanderos, alta rotación del personal biomédico que deteriora las relaciones y la falta de medicina y equipamiento de los curanderos; no obstante, existen otras formas de llegar a la integración, puesto que la atención tradicional involucra varios ámbitos, además, existe un interés por colaborar. Finalmente existen iniciativas que pueden ayudar y guiar el camino a tomar. Por otra parte, las ONG´s suelen dirigirse mayoritariamente a la atención biomédica, sin enfatizar realmente en el diálogo entre el personal biomédico y tradicional, por lo que el contacto interpersonal y la comunicación cara a cara es imprescindible para un cambio sostenible y exitoso en el contexto de Ghana.

De acuerdo al tratamiento con medicina tradicional dirigido a quienes padecen enfermedad mental severa, se encontraron dos estudios que informaron los resultados de pacientes con psicosis; se usaron escalas para medir el cambio en los síntomas psicóticos en pacientes tratados con esta medicina en Sudán y Uganda respectivamente, los dos presentaron una disminución significativa de los síntomas maniáticos o psicóticos en un tiempo de 3 a 6 meses, señalaron que el 80% de la muestra primero acudió a clínicas de salud e informaron que usaban tratamientos aversivos como encadenamiento o golpes (Abbo, Okell, Musisi, Waako y Ekblad, 2012; Sorketti, Zainal y Habil, 2013). Por su parte, Halliburton (2004) contrastó los resultados del tratamiento para la enfermedad mental severa cuando se realizó con métodos convencionales o cuando se usó la curación

religiosa o Ayurveda, encontrando una gran mejoría en los tres tratamientos, por lo que señaló que estos podrían ser adecuados para diferentes pacientes.

1.2.3 Perspectiva europea

Johannsessen realiza un estudio bibliográfico desde 1994 a 1998 acerca de la medicina complementaria y alternativa en Europa. Explicando así, la existencia de un gran problema al usar una sola terminología, pues las definiciones de las formas de tratamiento alternativos difieren de un país a otro. Por ejemplo, En Suiza, Francia y Austria, principalmente se usa el término "blanda" o "suave" para referirse a las propiedades de la terapia, debido a que se reconocen sus aspectos psicológicos, físicos y espirituales importantes para la salud y enfermedad. En Suiza, Alemania y Austria (países de lenguas germánicas) frecuentemente se utiliza el término "*Naturheil kunde*" para nombrar a la medicina y sus procesos curativos naturales, los cuales se basan en dietas, baños de agua, homeopatía, masajes y ejercicios físicos. En los países de Benelux, Europa del Sur y nórdicos, el término "terapia alternativa" es el que prevalece, pues se hace una diferencia básicamente sociológica entre esta y las "ortodoxas" o "convencionales" reconocidas en los sistemas de salud (Johannsessen, 1998). Sin embargo, un estudio noruego realizado por Borchgrevink, Stig y Jens (1992) explica que hacer distinciones entre las terapias alternativas y ortodoxas, depende esencialmente de una perspectiva histórica.

Debido a ello y a la categorización de algunas terapias; también es importante tener en cuenta el contexto donde se presentan, por ejemplo, la acupuntura en Francia ha ganado aceptación del término "paralela" y en Reino Unido, se sustituyó el término "alternativa" por el de "medicina complementaria. Es por eso que, Johannsessen (1998) ha preferido el término "formas alternativas de tratamiento" para su investigación, recalcando que este aspecto varía considerablemente en los países europeos, y que a pesar de ello, existió una tendencia general a nombrar los tratamientos alternativos como "tradicionales" (practicado por los médicos o parte de la cultura o tradición). Con base a lo expuesto, en este caso, me permitiré añadir bibliografía que incluya también a las prácticas alternativas.

Aunque el porcentaje de uso de la medicina y sus formas alternativas de tratamiento han sido medidos en cada país de Europa, no se llegó a una conclusión

homogénea debido a la variabilidad en los periodos de tiempo y la falta de una encuesta europea común para su aplicación. Aún así, los resultados obtenidos reflejaron que entre el 50% y el 70% de la población presentó una actitud positiva hacia las terapias alternativas (Launso & Brendstrup, 1994).

De igual manera, aunque los tratamientos alternativos más populares dependan de cada país, algunas formas de terapia se usaron con más frecuencia en algunos países que en otros, por ejemplo la Reflexología Podal en Suiza y Escandinavia. La Medicina Antroposófica en Noruega y Alemania (Borchgrevink et al., 1992). Y la curación espiritual en Holanda, Reino Unido e Islandia (Sharma, 1992). Así también, encontraron que la preferencia de los pacientes por la búsqueda de esta terapia se debió a tres causas: decepción por el tratamiento convencional, problemas de salud crónicos y una actitud positiva hacia las cualidades de la terapia, sobre todo cuando son consideradas "holísticas" "suaves" o "naturales" (Johannsessen, 1998).

Por otra parte, Dipierri (2004) en su estudio bibliográfico también menciona que el término "medicina alternativa" incluye a otras, entre ellas a la medicina tradicional, la cual, según este autor, incluso es sustentada a través del logotipo de la OMS, la cual hace referencia a la vara de Esculapio para los Romanos o Asclepio para los griegos, honrado dios de la medicina (Organización Mundial de la Salud , 2021). Posteriormente, enumera las publicaciones de las prácticas de medicina alternativa o complementaria, y a esta le añade: acupuntura, aromaterapia, quiropraxia, homeopatía, imagineria (psicoterapia), medicina tradicional, medicina ayurvédica, medicina oriental, shamanismo, cura mental, naturoterapia, técnicas de relajación, meditación, medicina tradicional china, entre otras (Dipierri, 2004).

Con este hecho, se ha planteado que varias de las prácticas ancestrales de curación anteceden a los romanos y con ello a las poblaciones más primitivas de Europa. Por lo que, me permito mencionar a los celtas, quienes, según Almargo (2009) son un elemento fundamental de la construcción étnico cultural de la Península Ibérica o el Occidente de Europa. "Celta" tiene un origen étnico que proviene de la concepción etno-cosmológica de los griegos hacia el mundo greco-romano o clásico (Nicolet, 1988). Varias tierras atlánticas u occidentales de la Península Ibérica aún conservan tradiciones y ritos prerromanos (Untermann, 1961).

Salazar (2003) refiere que la obtención de información de la medicina celta e ibérica es complicada debido a la dificultad de lectura y entendimiento de lo que se

plasmaba en aquella época, además de la diversidad de tribus que la conformaban. A pesar de esto, añade la existencia de un sistema médico basado, aunque no siempre, en la combinación de creencias mágicas y religiosas, puesto que el mundo sobrenatural afectaba directamente a la salud, las actividades sociales y la convivencia. Estas poblaciones primitivas, posiblemente distinguían los estados ordinarios (tos, vejez, fatiga o enfriamiento) de enfermedades provocadas por fuerzas maléficas o espíritus que inducían la necesidad de recurrir al "hombre medicina", hechicero o chamán. Esta medicina basada en creencias ha quedado plasmada en distintos restos arqueológicos o grabados ibéricos interpretados como textos orientados a precaver calamidades y maleficios.

Dentro de la población celta, a los sanadores se los conocía como *druidas*; para poseer este "rol" se necesitaba que la persona presentase una vocación fuerte, algún sueño sobre ello o demostrar claramente poderes psíquicos, asimismo, existía un tiempo de aprendizaje junto al sanador con experiencia. De igual manera, el sanador era responsable de la salud y bienestar de su pueblo, debía conocer el uso y efectividad de las plantas medicinales. Los principales causantes de malestar fueron la magia, espíritus y dioses, para lo cual el sanador realizaba algunas preguntas y posteriormente, bajo estado de trance, preguntaba a los dioses sobre el espíritu o persona que ha provocado el maleficio. En cuanto a los tratamientos, existieron varios métodos: rituales, cantos, fetiches y encantamientos con el objetivo de la expulsión de espíritus que provocaban el mal o la reconciliación con alguna divinidad. Varios de estos rituales se acompañaron de prácticas como la colocación de emplastos, uso de drogas y manipulaciones corporales semejantes al masaje. Se dice que los íberos influenciaron notablemente a las posteriores poblaciones, una costumbre reconocida tomada por los griegos, de los iberos, fue la de plasmar en las puertas de las habitaciones las indicaciones sobre cuales fueron los remedios que se usaron para devolver la salud al enfermo (Salazar, 2003).

Ahora bien, en la Grecia clásica, tiempos anteriores a Sócrates (499 a. C.) la mitología atribuye poderes curativos a Asclepios quien enseñó y practicó sus conocimientos terapéuticos y posteriormente se le reconoció como el dios de la medicina, a quien la gente rezaba plegarias con el fin de que en los sueños se les confesara remedios para sus enfermedades. Aún así, las prácticas terapéuticas en esta época cumplían un programa de tres pasos, en principio, los sacerdotes preparaban psicológicamente a la persona para recibir el tratamiento que se daba; en la segunda fase se prescribía masajes,

hierbas medicinales y ungüentos; en la tercera, se proporcionaba practicas deportivas, una alimentación sana y la recomendación de no tener disgustos. Además, promovían a cultivar las virtudes que se predicaban a través de mitos y leyendas, es así, que se narraba la historia entre Eros y Psique, quien da origen al nombre de la psicología (Morán, 2015).

En esta misma época, existieron varios pensadores, quienes para explicar diversos fenómenos del entrono plantearon la existencia de una sustancia subyacente en todo el cosmos, que se presentaría en formas diferentes (Oldroyd, 1986). Este elemento fue denominado como *phsysis*, el cual significó un principio básico y componente de todas las cosas (Ferrater, 1984). En tal línea fueron varios autores, entre algunos de ellos: Tales de Mileto, quien mencionó que este principio común y esencial es el agua; Anaximandro de Mileto negó que este elemento fuese agua, pues lo planteó como algo infinito. Anaxímenes de Mileto lo concretó en el aire. Por su parte, en la línea psicológica, Pitágoras de Samos, explica la existencia de una divisoria entre cuerpo y alma, siendo el cuerpo su prisión (Sánchez & Ruiz, 2009).

Más adelante, 470 a.C., Sócrates se orienta a la búsqueda de la Verdad, Dios, la Justicia y otros conceptos; posteriormente, Platón admite el relativismo sofista, mencionando que todas las sensaciones dependen del estado del observador, por otro lado, dividió y ubicó el alma en tres partes: el alma inmortal en la cabeza; el alma impulsiva en el tórax y el alma pasional en el vientre. Por su parte, Hipócrates de Cos, planteó que el humano forma parte de la naturaleza y por esta causa, es un fragmento más de estudio. Aristóteles, por su lado, expuso que los seres que tienen vida, poseen *psyckė* y estos se diferencian de los que no la tienen, frecuentemente *psykhé* es traducido por alma, entendiendo que el estudio de esta forma parte de la naturaleza (Sánchez & Ruiz, 2009).

En la Edad Media, época en la que las ideas estuvieron sustentadas en las Sagradas Escrituras y en donde la existencia del humano y del mundo se interpretaron como consecuencia de un "acto divino" la exigencia hacia la filosofía fue indagar en la mente y el mundo sobre los rastros del plan creador de Dios. Es así, que la filosofía quedó subyugada a la Teología y su principal función fue enriquecer la Verdad pero no crearla, puesto que, esa Verdad ya había sido dada por Dios en su Revelación y mandato; además, la organización social llevaba a la Iglesia Cristiana, es así que nadie podría negarse a la Verdad Revelada y en caso de que esto no se hubiese cumplido, se acusaba a la persona de hereje. Aún así, un personaje destacable de la época fue Tomas de Aquino, quien

intentó incorporar nuevos planteamientos con base en las ideas aristotélicas (Sánchez & Ruiz, 2009).

Por su parte, según Valle (2007) la enfermedad y la medicina estuvieron relacionadas a supersticiones, se dice que las personas acudían a los "toques reales" y la imposición de manos realizada por los santos con el fin de mejorar sus malestares; en principio se conservaron actividades como la alquimia y la astrología. Se dice que algunos "curanderos" aún ejercían sus prácticas como reminiscencias de poblaciones primitivas, así, adivinos, hechiceros y sortilegios actuaban en aquel tiempo a través de rituales y la población, en medio de una época provocadora de frustración, impotencia y ansiedad, acudía fielmente a recibir sus consejos y recursos. El oscurantismo medieval estuvo reflejado en el arquetipo de un reino que abarcaba desde dragones y caballeros, hasta supersticiones y brujas, aunque realmente estas prácticas y personajes fueron drásticamente silenciadas a través de fuertes penas y leyes inquisitorias (Hinojosa, 1990). Existen varios ejemplos, como la persecución realizada a hechiceros, nicromantes, alquimistas y astrólogos (Narbona, 1998). O la famosa cacería de brujas y sus diversos procesos inquisitoriales, a las cuales, al igual que a los animales, se les castigaba a través de juicios que incluían, acarreo, exposición, torturas, humillación publica y destrucción del cuerpo a través del fuego (Pastoureau, 2006).

Por medio de lo mencionado anteriormente, se puede evidenciar que aunque las transformaciones económicas y políticas propiciaron la desaparición del Imperio Romano, las costumbres y mentalidad de la población aún se mantuvo presente, por lo que, en estos siglos altomedievales, al no poder exterminar directamente estas prácticas, claramente el fin de la iglesia fue encausar estas actividades provenientes de las poblaciones neolíticas e incluso latinoamericanas (posterior a la conquista) y cristalizarlas como abordajes cristianos. Esto puede evidenciarse en la fiesta del solsticio convertida en la Navidad o las fiestas de ciertos equinoccios que se hicieron coincidir con las festividades de los Santos José y Miguel, entre otras varias (Valle, 2007). Dilucidar este tipo de sucesos, honra la la sabiduría perdida en aquel tiempo, la Sagrada Inquisición, sin duda, se llevó grandes conocimientos.

Aunque en épocas posteriores la ciencia avanzó drásticamente y varias de las actividades curativas milenarias, de alguna forma, quedaron sepultadas, algunas de estas creencias y prácticas de sanación se conservan hasta la actualidad. Así lo evidencia la investigación realizada por Paz, en el año 2017, donde refiere que tanto en Grecia como

en Roma existió la creencia del mal de ojo, así como rituales para maldecir y aojar (provocar el mal a través de la mirada y la voz). Como se mencionó anteriormente, explica que en la Edad Media, a principios del Renacimiento, la bula Papal de 1484 y el posterior manual inquisitorial en 1486, provocó que todos quienes practicaban este tipo de rituales para ahuyentar el mal, principalmente mujeres, tengan consecuencias desfavorables si se resistían a usarlos. Es por eso que, posteriormente, recopila testimonios de 2011 a 2015 en España, Portugal y Rumania. Mencionando, que la creencia en el mal de ojo es universal, sin embargo, en la sociedad occidental la subsistencia de esta idea se debe a las "brujas", sustentado en varias obras como en el "*Malleus maleficarum"* o el "Tratado de *fasicinación y aojamiento"* (Ciapparelli, 2005). Incluso se menciona, que en varias de las obras de los siglos XVI y XVII se exponen temas relacionados con magia, hechicería, causas ocultas o ciencias adivinatorias (Zamora & Ortiz, 2012).

Por su parte, Rafael Salillas en 1905 publica "*La fascinación* en España" en este texto se usó información acerca del mal de ojo que se recopiló en el Interrogatorio sobre las costumbres de nacimiento, matrimonio y muerte en España, en el año 1901 y realizado por la Sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid, este consistía en grandes documentos etnográficos que se enviaban desde los pueblos de todo el país y que aún no habían sido publicados.

La etimología del mal de ojo proviene del vocablo fascinar sinónimo de seducir, así lo plantean Corominas y Pascual (1974) al mencionar que *fascinar* se toma del latín *Fascĭnare* y es derivado del *fascinum o "*embrujo". De igual manera el término santiguar proviene del latín santificar, con el sentido de limpiar o purificar, relacionado directamente a los sanadores, encargados de expulsar el mal. Por otra parte, para repeler el mal de ojo se usan diferentes dijes o amuletos, que en este caso, varían dependiendo la cultura y el área geográfica, sin embargo, todos poseen un objetivo común, ahuyentar el mal, así se podrían usar aquellos fabricados en forma de cuerno, cintas de colores, campanillas, castañas de Indias, evangelios, escapularios, cuernos de ciervo o chivo negro y relicarios (Leblic, 1988).

En cuanto a la sintomatología, se cree que el mal de ojo puede evidenciarse, esencialmente con un fuerte dolor de cabeza, la mayoría de entrevistados del estudio de Paz, anteriormente acotado, mencionaron padecer una grave cefalea en la órbita ocular o en las sienes y decaimiento. El diagnóstico se da a través de un ritual con aceite, bostezos o cuando la cruz de Caravanca se dobla; por ejemplo, en varios pueblos españoles se

realiza “la prueba del aceite” la cual consiste en regar algunas gotas de aceite sobre un recipiente con agua, si el aceite propiamente, por su densidad, permanece sobre el agua, significa que no existen afecciones malignas; si por el contrario, este desaparece, se interpreta la existencia de aojamiento y para esto se debe realizar los rezos y santiguadas, las cuales generalmente se realizan tres veces, pues el tres es un número que representa la Trinidad cristiana y además posee un simbolismo apotropaico; además de este recurso, el realizar cruces con los dedos, santiguarse o invocar a la Virgen, Jesucristo, los santos y la Trinidad pueden ayudar a liberar a la victima, pues actúan como un tipo de exorcismo que expulsa el mal del cuerpo (Paz, 2017).

1.2.4 Perspectiva norteamericana

Figuereo y Calvo (2018) realizaron un estudio donde se investigó los factores asociados con la búsqueda de ayuda de curanderos, esta se basó en una muestra representativa de latinos en Estados Unidos. Se encontró que aquellas personas que provenían de un hogar donde acudían a curanderos, era más probable que posteriormente hayan visto un sanador tradicional. Este aspecto fue confirmado con la investigación de Chao, Wade, Kronenberg, Kalmuss y Cushman (2006) donde se menciona que si las mujeres mexicoamericanas se criaron en torno a amigos o familiares que usaron estas prácticas, sería más probable que ellas también acudiesen, se concluye que las redes sociales también pueden influir en quienes buscan este tipo de ayuda.

Por otro lado, se descubrió que quienes recibían atención médica convencional tenían menos probabilidades de acudir a curanderos. Un predictor significativo, que tuvo el segundo mayor impacto, fue la importancia de la curación espiritual; esta puede verse asociada a la oración u otras prácticas espirituales que forman parte del curanderismo como sanación espiritual. Además, este estudio demostró la relevancia de las relaciones sociales en los latinos para tomar decisiones en cuanto a su atención médica (Figuereo y Calvo, 2018).

1.2.5 Perspectiva latinoamericana

Los sistemas de salud tradicionales en Latinoamérica, al igual que en el sistema occidental, usan una anamnesis, etiología, examen físico, sintomatología, pronóstico, diagnóstico, diagnóstico diferencial y terapia dependiendo de la enfermedad (Muñoz, 1986). Desde los modelos indígenas ancestrales, la enfermedad no es vista como opuesta a la salud, pues responde a un todo indisoluble. Por ejemplo, según las creencias de los

mapuches, la salud no es un aspecto distante, al contrario, se encuentra interconectada con lo religioso, educativo, económico; con aspectos históricos, entre otras dimensiones de la vida humana, es por ello que la enfermedad y la salud tienen gran influencia relacional y social, porque muchas veces la recuperación es gracias a la interacción con otros (Boccara, 2004).

Según Escobar y Gureje (2007) en América Latina, incluso algunos síntomas como los de depresión, suelen manifestarse o denominarse de diferente manera, por ejemplo, a través de dolores gastrointestinales, dolores de cabeza y quejas de nervios, esto suele asociarse con síntomas como la anhedonia en el contexto occidental. Asimismo, los síntomas somáticos son más usuales en mujeres que en hombres (Uebelacker, Strong y Weinstock, 2008). Lo que podría deberse a diferencias en roles de género, normas sociales, o a diferencias hormonales (Wenzel, 2005).

Desde estos sistemas tradicionales de salud, la enfermedad puede ser formulada desde el ámbito social como una interferencia con la habilidad de la persona para trabajar y con el comportamiento social normal (Bastien, 1992). Además, en su mayoría dividen a las enfermedades en dos categorías, las que son producto de una operación mágica y las enfermedades provenientes de Dios; las que no pertenecen al mundo mítico indígena o las que son producidas por causas sobrenaturales, como vientos, encantos, espíritus que actúan por una evocación o autónomamente (Polia, 1988).

Para realizar un diagnóstico, existen diferentes técnicas usadas como la orina del paciente, la vela, el huevo, la interpretación de sueños o plantas alucinógenas, sin embargo, cada terapeuta lo usa de acuerdo con su formación, preferencias o poderes. En estos tratamientos se incluyen los derivados de sustancias humanas, animales y minerales; las plantas y los rituales (Estrella, 1982). La curación tiene el objetivo de recuperar el equilibrio perdido y la acción eficaz del terapeuta y esto se logra cuando, una vez identificado el mal, se establece armonía y unidad en el enfermo y posteriormente del enfermo en conjunto con el entorno (Fassin, 1992).

Por otro lado, sus terapias y prácticas pueden ser administradas en el ambiente familiar, en cualquier momento, tanto las mujeres como los hombres pueden ser limpiadores, hechiceros, hierbateros o llamadores de las sombras (Fundación Wangky Lupia, 1994). En el caso de los niños pueden recibir tratamientos de sus padres, puesto que, las enfermedades que no son consideradas graves podrían ser tratadas dentro del hogar, sin necesidad de un terapeuta tradicional; es por ello que los vecinos, la familia

nuclear, extensa y los amigos son los principales proveedores de atención de la salud, en donde la mujer cumple un rol importante, tanto para la preservación de la cultura, como para el cuidado de la salud de la comunidad (OMS; OPS, 1997).

La connotación "mágica" que es atribuida al terapeuta tradicional, es un aspecto catalizador referente al uso de sus poderes; dependiendo del pueblo al que pertenece, el curandero es llamado por los cerros o por Dios, pues es quien ha tenido "suerte" al haber adquirido "poderes" después de haberse bañado en fuentes bravas de aguas o ríos; o bien ha heredado el arte de curar como una misión en la tierra. Dentro de las comunidades el terapeuta tradicional es insustituible, puesto que es quien guarda con profunda sabiduría los conocimientos de las leyes que regulan los desequilibrios y equilibrios que producen la salud y la enfermedad, además los indígenas le reconocen como defensor de su identidad, ya que por medio de sus sanaciones reafirman los valores y conocimientos del pueblo (Valdivia, 1986)**.** Son llamados por nombres diferentes de acuerdo con su especialidad y muchas veces estos varían dependiendo de su pueblo de origen, en Nicaragua, donde hay una mezcla de una cultura afrocaribeña con la de los indígenas, son llamados *sukias* u *obiaman* (Fundación Wangky Lupia, 1994).

Vélez (2020), en un estudio que busca la "Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia" manifiesta que, la perspectiva ancestral es entendida desde un punto de vista holístico y está relacionada con elementos positivos como el equilibrio, espiritualidad, buen vivir, armonía; y con base en ello, la relación armoniosa de la persona con la comunidad, naturaleza y su familia. Es por eso que, la concepción de enfermedad y salud en torno a la medicina indígena de las comunidades amazónicas colombianas, está asociada intrínsecamente a la interacción armoniosa con la naturaleza y la comunidad (Cordoba, Vallejo y Saa, 2012).

1.2.5.1 Sistema médico indígena tradicional

Para posibilitar el enfrentar, entender y recuperarse de una enfermedad todas las culturas han desarrollado modelos de sanación, sin embargo, actualmente los países de América dan prioridad al modelo biomédico, lo cual descarta y mira indirectamente a los demás como equivocados (Menéndez, 2016). Aún así, la supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, los cuales han combatido enfermedades oriundas de sus comunidades y cuya cosmovisión o "eje conceptual" toma como base la integralidad, el equilibrio y la armonía (Aguilar, Tobar y

García, 2020).

En los países latinoamericanos, de acuerdo con Arruda (2000) la medicina tradicional está sustituida por los sistemas de valores e identidades nacionales que se compartieron en las etapas coloniales, prehispánicas y modernas, en las cuales coexisten formas de vida que subsisten hasta la actualidad. Es por eso, que se vuelve importante entender la influencia y la coexistencia de la medicina tradicional con otras prácticas. Tal es el caso de los españoles cuando llegaron al Nuevo Mundo, ellos también estaban llenos de creencias mágico-religiosas derivadas del cristianismo, esto influenció en la creación de un sistema de salud con prácticas e ideas curativas, destructivas y preventivas que posibilitaron la presencia de una medicina mestiza, en la cual, la religión y la magia se mantuvieron ocupando un lugar importante (Aguirre, 1992). En el siglo XVIII, la sabiduría médica de los indígenas sufrió grandes cambios, puesto que la aparición de nuevas enfermedades, la interacción con extranjeros, la disminución de la tradición oral y la desaparición de algunas lenguas acarreó una gran pérdida de conocimiento de la cosmovisión mesoamericana (Viesca, 2000).

Es así, que la medicina indígena posteriormente fue llamada medicina tradicional y se la consideró como una práctica de gente ignorante, además de primitiva. Sin embargo, en la actualidad, estudios de antropólogos médicos demuestran que esta sigue ejerciendo un papel importante como alternativa de salud, tanto en zonas urbanas como en comunidades indígenas; además, es considerada una opción que responde a una dimensión cultural (López, 1975). Aun así, los shamanes, hierberos, curanderos, etc., continúan ejerciendo una función médica social de siglos, tratando desde enfermedades físicas hasta emocionales o "sobrenaturales" como el "susto" (German, 2009).

Según Cardona (2012), un sistema médico indígena tradicional, puede presentar diversos actores en nivel jerárquico:

- Comuneros: poseen un nivel mínimo de conocimiento de la enfermedad, realizan prácticas de autocuidado y atención de dolencias comunes y no graves, provenientes de generaciones antiguas, costumbres, usos o tradición oral.
- Sobadores: brindan atención de primera respuesta a quienes tienen afecciones provocados por golpes, caídas u otros efectos de la corporalidad.
- Rezanderos o curanderos: atienden los padecimientos psicológicos-espirituales y ciertos problemas físicos. Usan la conexión con los espíritus o el rezo, los

curanderos usan la etnobotánica.

- Parteras: atienden a la mujer en todo su periodo de gestación y al recién nacido.
- Médicos tradicionales: conservan la sabiduría ancestral, abarcando el dominio espiritual y la etnobotánica; realizan ceremonias, ritos y armonizaciones, tienen la sabiduría para reparar obras negativas en contra de la familia, el individuo, la naturaleza o el espíritu.
- El Shamán es quien domina la jerarquía, pues es un intermediario entre la esfera espiritual y los seres humanos, debido a que, los espíritus pueden enfermar o sanar. Este debe saber muy bien sobre su entorno, lo cual le presenta como especialista de la realidad, que incluye: cosmovisiones, mitos, historias, dominio del trance, conocimiento de plantas medicinales y de la naturaleza.

Según Aparicio (2014) los sistemas terapéuticos tradicionales poseen cinco rasgos importantes, para la antropología, estos posibilitan su uso como sistema de atención en salud dirigido a una comunidad o sistemas médicos:

1. La eficacia como etnomedicina.
2. El uso de recursos naturales como instrumentos terapéuticos y en relación con la cultura.
3. La apreciación del elemento cultural de la enfermedad/salud en asociación con el desequilibrio y equilibrio del entorno.
4. Los sistemas compuestos en conjunto con la cultura de la sociedad a la que pertenece.
5. Los sistemas terapéuticos de las culturas tradicionales y de los grupos de origen tradicional que forman parte de otros métodos equilibradores, organizativos del grupo, el medio, el individuo y las creencias con el cosmos (Alfonso, 2005).

1.2.5.2 Una visión andina

Para las poblaciones que habitan en los Andes, la *Pachamama* es la fuente de todo conocimiento, puesto que, a partir de ella, las culturas milenarias estudian el cosmos y sus elementos, de los cuales el ser humano forma parte, por tanto, en cualquier estudio es importante considerar una forma holística de conocimiento. Se debe tener en cuenta ciertos elementos básicos de las cosmovisiones de las culturas ancestrales, tal es el caso de la palabra "*Pachamama"*, pues es un término aymara y quichua, *pacha* significa

espacio-tiempo, totalidad y plenitud; *mama* simboliza la fecundidad (Montaluisa, 2012)**.**

Según la cosmovisión andina, existen tres dimensiones donde se enmarca la salud: la sociedad humana, sociedad extrahumana y naturaleza; de igual manera, el ser humano tiene tres importantes elementos: espíritu, alma y cuerpo que encarna a los demás (Peréz, 2009). Para poseer salud y bienestar, el individuo primero debe tener *allicai* (armonía consigo mismo) y *allikawsay* (armonía con el entorno). Por otro lado, la enfermedad puede ser ocasionada por factores espirituales como el "susto", "encanto", "malos espíritus" o "mal aire" y puede ser enviada por otra persona o bien permanecer de forma autónoma.

Otras causas de enfermedad son los trastornos orgánicos y los trastornos psicosociales, que se originan por transgresión a la moral o a las normas sociales y son provocadores de ira, enfado, dolor, envidia y sufrimiento; por último, se encuentran los trastornos sobrenaturales que pueden ser causados por la energía negativa de un lugar o persona y provoca "encanto", "*shuka"*, "mal de ojo", "susto" y enfermedades sobrenaturales (Muñoz, 1986).

Las personas que practican la medicina tradicional en esta región refuerzan aquellos métodos para garantizar la armonía entre los seres humanos, la naturaleza y la tierra; este escenario permite el equilibrio en el ser humano, la *Pachamama* y el cosmos. Para los grupos indígenas andinos, la vida se convierte en un gran ritual de aprendizaje (Sánchez, 2006). Los terapeutas indígenas se pueden diferenciar entre fregadores, hueseros, limpiadores, curanderos, hierbateros, etc. En la Amazonía la clasificación es distinta, aquí el líder espiritual es llamado *Shamán* (Balladelli, 1990). Por esta razón es imprescindible realizar un abordaje de la medicina según la región y el contexto sociocultural donde se la practica.

1.2.5.3 Población Mapuche

Ubicación: zona central de Chile y provincias de Río Negro, Neuquén y Buenos Aires en Argentina (EcuRed, 2012).

Los investigadores Pérez, Sepúlveda, Cova y Nazar (2020) realizaron un estudio cualitativo acerca de la visión de la salud intercultural, a través de entrevistas semiestructuradas empleadas en usuarios mapuches, informantes clave y facilitadores interculturales de las comunas Mapuches de Canete y Tirúa, entre los resultados se obtuvo que la respuesta a las necesidades de salud más urgentes son: el respeto hacia la

cosmovisión del sistema de salud mapuche, el respeto hacia los usuarios y su cultura, así como los derechos del pueblo mapuche y la cosmovisión del sistema de salud para asegurar la atención de calidad y participación de la comunidad.

1.2.5.4 Población Quechua

Ubicación: Sur del Perú (Orr, 2013).

En una provincia rural de Cuzco, se realizó un estudio sobre cómo la parte ontológica alternativa de una sociedad influye en los modelos terapéuticos para los casos de trastorno mental, al investigar los entendimientos, experiencias y métodos terapéuticos para enfermedades mentales graves, entre comunidades campesinas de habla quechua. Esta población se encuentra en relativo aislamiento y desatendida por el sistema biomédico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en quechua a los familiares de 24 campesinos, las cuales se centraron en: los primeros signos de trastorno mental, la historia de vida de la víctima, cómo reaccionó la familia, qué posibles tratamientos consideraron, las circunstancias socioeconómicas actuales en la medida en que puedan haber afectado sus decisiones sobre el tratamiento y las reacciones de otros miembros de la comunidad. Se reunieron datos socioeconómicos, además se realizaron entrevistas a 8 profesionales de la salud mental y a 15 *yachaqs*. La "comida y el comer" tomaron relevancia en la información etnográfica proporcionada y en las entrevistas acerca de la salud mental quechua (Orr, 2013).

Los *Yachaqs*, curanderos tradicionales, en su comunidad son más frecuentados e influyentes que los psicólogos y psiquiatras (Orr, 2012). Ellos basan sus creencias en una mezcla del catolicismo y la cosmología indígena animista; según su perspectiva cosmológica, la naturaleza está viva y poblada por un sin número de espíritus que tienen la posibilidad de afectar la salud y vida humana, de ellos, los más poderosos son las montañas, llamadas *apus*, quienes dominan el entorno, bienestar de los cultivos, ganado y seres humanos. Esta creencia muchas veces es despreciada por los mestizos, por lo que el pueblo de habla quechua se opone a expresar su concepción de locura a los profesionales de la salud mental (Orr, 2013).

Según lo mencionado la comida, hambre y alimentación en conjunto, forman una dimensión central de la personalidad, sociabilidad e identidad quechua; describen que las alteraciones en las relaciones sociales es lo más destacado de la locura o las enfermedades mentales, para un mejor entendimiento, se debe tener en cuenta que la relación andina

con la alimentación, comida y comer están asociados a la identidad de etnoclases (Larrea & Freire, 2002); a aspectos políticos de poder y propiedad (Weismantel, 1995); la legitimidad del intercambio laboral (Bourque, 2001); la formación de vínculos sociales de intercambio económico, jerarquía intercomunitaria, establecimiento de lazos de intimidad y afecto, la formación de cualidades intrafamiliares que de igual manera, engloban aspectos de estatus social, parentesco e incluso la formación del "yo" (Weismantel, 1995). En este contexto, vida social quechua con respecto a la mediación entre relaciones también se da con el mundo espiritual, pues la comida permite la circulación de energía, esta es llamada "norma de reciprocidad" y es muy valorada dentro de su sistema de creencias. Por tanto, a diferencia de occidente, en los Andes la comida tiene una importante implicación para la sociabilidad, salud y enfermedad (Orr, 2013).

Ahora bien, al identificar la importancia de la comida y el comer, surge un trastorno que se explica bajo tres categorías: *comer como síntoma*, en donde, según la investigación, los familiares enfatizaron en las alteraciones del apetito entre los síntomas principales, incluso cuando los síntomas positivos estaban presentes, delirios y alucinaciones. *Comer como explicación*, debido a que, para la comunidad, la sociabilidad se basa profundamente en la comida y la reciprocidad, por lo tanto, su alteración es un aspecto importante de la enfermedad mental, hace referencia a trastornos graves en la sociabilidad o individualidad, además es uno de los modelos explicativos del surgimiento de la locura. Y *comer como curación*, los *yachaq* reconocen que la debilidad ocasionada por el hambre puede volver a la persona, susceptible a afecciones, como al *susto* que es la pérdida del alma causada por el miedo, para lo que se suele recomendar medicinas en base de hierbas o animales con el objetivo de fortalecer al paciente, dando relevancia a la nutrición de la persona; sin embargo, existen diferentes métodos para sanar la locura, según la diversidad de criterios de los *Yachaqs* (Orr, 2013).

En Perú, en la localidad de Ayacucho, los investigadores Duncan, Kienzler y Gamarra (2010) destacaron que la "vida empobrecida" es un idioma de angustia para quienes se ocupan de los trastornos emocionales y traumas posconflicto. Por lo tanto, en estas regiones andinas, se explica a la locura como resultado de la ruptura de las interconexiones sociales por sobre una patología individualizada.

1.2.6 Ecuador

El informe sobre el Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019) menciona que la República del Ecuador, se caracteriza por una

amplia diversidad lingüística y étnica; la Constitución del 2008 reconoce la existencia de 13 lenguas y 14 nacionalidades que incluyen los: Andoa, A'i-cofan, Achuar, Awá, Chachi Epera, Quichua, Shuar, Waorani, Secoya, Tsa'chila, Zápara, Siona, Shiwiar. De las mencionadas, 4 residen en la región Costa, 8 en la Amazonía y una en la región Sierra.

Es importante aclarar que la palabra *etnia*, según la Asociación Americana de Psiquiatría es una identidad de grupo que se construye a través de la cultura y que se usa para definir comunidades y pueblos, puede estar inmersa en una geografía, lengua, religión o historia común, o en una característica diferente que se comparte con el grupo (APA, 2014). En Ecuador se usa la denominación *nacionalidad,* entendida como conjunto de pueblos milenarios anteriores y constitutivos del Estado ecuatoriano, que se autodefinen como tales, tienen una identidad común (idioma, historia, cultura) y viven en un territorio determinado, mediante sus instituciones y formas tradicionales de organización social, económica, jurídica, política y con ejercicio de autoridad propia; en cambio, los *pueblos* se definen como colectividades originarias, conformadas por comunidades o centros con identidades culturales que los distinguen de otros sectores de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económico, político y legal. Entre los pueblos en Ecuador se han registrado 18: Cañari, Caranqui, Cayambi, Chibuleo, Huancavilca, Manta, Natabuela, Otavalo, Panzaleo, Puruhá, Kichwas de la Amazonía, Quitu Cara, Salasaca, Saraguro y Waranka (García, 1994).

Esta multiculturalidad del Ecuador es una de las varias razones por las que la medicina tradicional es un pilar fundamental en el sistema de salud (Bautista et al., 2020). Las estadísticas demuestran que el 43 % de la población prefieren usar métodos tradicionales para tratar alguna enfermedad, además, estos modelos son considerados un complemento de la medicina convencional (Gómez & Del Villar Zamacona, 2009). Por otro lado, los investigadores Whitten y Whitten (2011) describen cómo ha sido la construcción del mestizo ecuatoriano, cómo se ha dado la "mezcla" de la cultura afroecuatoriana e indígena. Las luchas sociales se mantuvieron por décadas con protestas y activismo, sin embargo, ya en el 2008 se estableció una nueva constitución basada en una filosofía del concepto kichwa, *sumak kawsay*, que significa buen vivir; esta se orientó a promover el desarrollo con ganancias dirigidas hacia grupos socialmente inclusivos y ecológicamente sostenibles. Además, Hermida (2011) menciona que esta reforma incluyó un sistema de salud intercultural, sin embargo, el reconocimiento de la Constitución del

2008 fue demasiado tardía para la realidad milenaria, Ecuador siempre fue un Estado plurinacional y pluricultural (Montaluisa, 2012)**.**

En cuanto a las políticas de estado en este país, se propone consolidar y fortalecer la salud intercultural, incluyendo la medicina alternativa y ancestral al Sistema de Salud, a través de su implementación paulatina con una visión holística en los servicios de salud públicos y privados, así lo ratifica la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2014).

1.2.6.1 Población: Pueblo Saraguro

Ubicación: Provincia de Loja y Zamora Chinchipe

En Saraguro existen dos sistemas de salud, el convencional o biomédico y el tradicional, el pueblo Saraguro parte de la nacionalidad indígena *Kichwa*, se menciona que es una de las etnias mejor organizadas, por lo que han conservado varios aspectos en sus tradiciones y cultura durante varios siglos. Son reconocidos porque en su propio sistema de salud usan plantas medicinales como importantes agentes terapéuticos; localmente, las comunidades de los curanderos son conocidas como *Hampiyachakkuna*, quienes conservan los antiguos tratamientos médicos de la comunidad. El *Yachak* o *Hampiyachakkuna* es el nombre que se le da a quien posee la sabiduría de las propiedades curativas de los animales, las plantas o los minerales (Andrade, Lucero & Armijos, 2017). Según los *Yachakuna*, las enfermedades se dan como respuesta a un desequilibrio entre la persona, el mundo espiritual y su entorno, definen al *jinchi* como la capacidad del cuerpo para reaccionar a las enfermedades (equilibrio vital), es por eso que un *jinchi* fuerte permitirá al cuerpo resistir enfermedades, por lo contrario, un *jinchi* débil hará que el cuerpo sea más susceptible a ellas (Ministerio de Salud Pública, 2008)**.**

Las principales enfermedades según la cosmovisión Saraguro, son: el susto, que es producido por experiencias de violencia, accidentes o angustia; el cual ocasiona un impacto emocional en la persona como falta de apetito, nerviosismo o insomnio. La enfermedad “Niebla de agua”, puede estar originada cuando la persona ha sido expuesta a agua estancada o cuando ha sido herida o golpeada, los bebés son más susceptibles a padecer esta condición. El “mal aire” es una enfermedad ocasionada por vientos fuertes mientras se camina cuesta abajo, por cementerios o lugares con tesoros escondidos produciendo dolor de cabeza, mareos, dolor de estómago y vómitos. La enfermedad del “mal hecho” está provocada por el daño que una persona hace intencionalmente a otra,

se manifiesta física y psicológicamente en celos o envidias, el paciente sufre desgracias, se da la muerte de seres queridos, accidentes, pérdidas financieras, etc., todo esto puede conducir a la depresión. La enfermedad de "Shuka*"* es provocada por quien dirige una mirada contundente hacia otra persona, también es denominada "mal de ojo", sin embargo, en esta mirada no hay malas intenciones o no se es consciente de ello (Armijos, Cota & González, 2014).

Los principales métodos de diagnóstico de enfermedades usado por los Saraguro, es el diálogo personal entre el *yachak* y el paciente; el uso de los sentidos como el tacto, la vista y el oído son importantes para investigar el cuerpo del enfermo o saber si este padece de susto o espanto. También se encuentra la observación de la orina y la toma de pulso en donde se puede ver si la persona esta asustada o padece una condición de nervios; la palpación, los métodos visionarios, donde el *yachak* usa sustancias alucinógenas o psicoactivas para enfermedades como la envidia o *suka* y la limpieza con huevo. Existen ocasiones donde el diagnóstico es seguido del tratamiento o se realiza al mismo tiempo; como ejemplo, cuando el *Yachak* limpia con el huevo al paciente, este al miso tiempo elimina los efectos de la energía negativa en él, curándolo (Armijos, Cota & González, 2014).

De acuerdo con el punto de vista de los Saraguros, las enfermedades pueden producir calor o frío (MSP & DPSL, 2010). Es así, que las medicinas se clasifican en frescas y calientes (MSP, 2003). Un estudio, realizado por Andrade, Lucero y Armijos (2017) tuvo como objetivo conocer las plantas medicinales que los Saraguros usan en sus prácticas, a través de entrevistas con cuatro curanderos; entre ellos se encontró un herbolario *Yurakhampiyachak*, una partera *Wachakhampiyachak*, un visionario *Rikuyhampiyachak* y un sanador de huesos *Kakuyhampiyachak*. Los herbolarios llamados también hierbateros, usan los recursos medicinales ubicados en las montañas; el visionario, llamado localmente *Yachak*, se especializa en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades de naturaleza sobrenatural, como: mal de ojo, miedo, susto; también manejan enfermedades de origen orgánico de esta naturaleza, para ello preparan pócimas psicoactivas usando plantas naturales y alucinógenos que accionan como aditivos psicoactivos, esto se realizará según la experiencia del *Yachak*. Aunque los curanderos comunitarios sean reconocidos dentro de la comunidad Saraguro como confiables, si perciben condiciones graves de salud, transfieren al enfermo inmediatamente a un hospital o centro de salud (Andrade et al., 2017). Debido a la cosmovisión sobrenatural y

mitológica que poseen, las enfermedades son tratadas generalmente por los sanadores de Saraguro, para esto están destinadas 183 especies de plantas utilizadas en 75 terapias diferentes por los cuatro curanderos principales mencionados y de estas, 24 especies de plantas se usan para tratamientos del sistema nervioso (Finerman, 1983, 1984).

Este sistema de salud tradicional en la comunidad Saraguro, representa su expresión como un grupo andino en el sur del Ecuador. Hoy en día los *hampiyachakkuna* simbolizan una síntesis de conocimiento heredado de sus antepasados y adquirido durante la aculturación, por lo que, los tratamientos usados respetan antiguos métodos tradicionales con más rigor que en las áreas urbanas, ayudando a sanar enfermedades mentales, físicas emocionales y sobrenaturales (Armijos, Cota & González, 2014).

1.2.6.2 Población: Pueblo Otavalo

Ubicación: Provincia de Imbabura (Parroquia Gonzáles Suárez – Otavalo)

Rosales, Álvarez y Tito (2017) realizaron una investigación que buscaba determinar la incidencia de la cosmovisión indígena sobre la enfermedad y la salud en Otavalo, hubo un total de 2567 participantes mujeres, quienes fueron entrevistadas sobre estos procesos; la investigación fue observacional, descriptiva y prospectiva. Se encontró que el 47% de las mujeres no asistió a la escuela, por esta razón no buscaban médicos. El 91% consideró a la salud como "bienestar" el 13% refirieron ser influenciados por costumbres para usar plantas medicinales y evitar enfermedades graves. El 84% mencionó que este bienestar comprende gozar de una buena salud y vivir en armonía con la naturaleza. Explicaron también que, para evitar enfermedades, el 73% usa té de hierbas. El 19% relaciona la enfermedad con el mal aire y el 8% usa medicina natural. El 41% ve al "espanto" como una enfermedad de tensión muscular, el 37% explica que esta es una consecuencia de problemas emocionales y el 32% manifiesta que se debe a las malas energías causadas por paseos en zonas deshabitadas lo que ocasiona mala condición corporal.

Un alto porcentaje tiene la creencia de que el chamán o curandero puede tratar dolores corporales a través del uso de plantas, piedras, etc., para eliminar la mal energía del cuerpo a través de un ritual. Gracias a los datos obtenidos se sabe que, las mujeres consideran a la salud como un sinónimo de bienestar y esto incluye poseer un buen estado corporal, además del cumplimiento de valores, cultura, tradiciones e identidad. La enfermedad es una condición corporal mala que resulta de un desequilibrio entre el

humano, el mundo espiritual y la naturaleza; en ausencia de dolor corporal se demuestra a través del estado de ánimo de la persona presentando tristeza e inquietud (Rosales, Álvarez y Tito, 2017).

De acuerdo con el equilibrio psicológico del ser humano, el estudio demuestra que, a través del uso de los elementos para sanar dolores corporales, se establece una conexión con sus vidas y con sus familias; estas técnicas de curación se basan en el uso de plantas medicinales tanto para la esfera humana como espiritual con el fin de alcanzar un equilibrio entre las dimensiones físicas, sociales y emocionales. Para los indígenas el chamán es una persona que, mediante la oración a Dios, puede trasladar al ser humano a un estado de curación, usando los recursos de la naturaleza, por eso las visitas a los chamanes son frecuentes. Los curanderos también forman parte de esta tradición en la vida cotidiana de la comunidad, la relación entre el curandero, el paciente y la naturaleza es muy estrecha, es por eso, que establece una relación social e interpersonal que ayuda a entender la salud de mejor manera en un contexto sociocultural. En Otavalo, el bienestar es visto como la influencia del humano, la naturaleza y las fuerzas supremas al formar una relación armoniosa y fuerte entre ellos (Ortiz, 2012).

1.2.6.3 Población: Pueblo Cañari (Kañari)

Ubicación: Provincias de Azuay y Cañar (EcuRed, 2012).

Según Alulema (2020) el pueblo cañari concibe la salud como:

> *un estado mental que se alcanza al cumplir con las pautas ideales de comportamiento; y respetar las formas de relación con la naturaleza, las prácticas sagradas de ritualidad relacionadas con las peticiones, las propiciaciones, las sanaciones y el agradecimiento a los seres sobrenaturales crea un escenario para que venga el chiki, un espíritu negativo que afecta fuertemente el estado de salud y la productividad. (p.4)*

Dentro de esta concepción, la *chakana* posee un papel central, pues los pueblos kichwa cañaris producían y concebían a la chacra como un eje que vinculaba a todas las *chakanas*; la *chaka* es entendida como puente, por lo que, la *chakana* es vista como la unión de las demás chakanas que forman la cruz cuadrada con los símbolos y espíritus que constituyen la casa cosmológica o cósmica (Alulema, 2020). De igual manera, para los Taytas cañaris representa el cálculo cíclico de un año (Guayasamín, 2007).

La *chakana*, vista como la cruz del encuentro de saberes y la medición del tiempo

andino, establece en cada cuadrante el desarrollo de experiencias y vivencias vinculadas al inicio y fin de solsticios y equinoccios, como: el *Killa Raymi, Kapak Raymi, Pawkar Raymi y el Inti Raymi* (Guayasamín, 2007). Esta asociación de la tierra con el tiempo se interrelaciona por medio de tres ejes: de polaridad sexual: *kari*/masculino y *warmi*/femenino; de ordenamiento temporal: *kipa*/después y *ñaupa*/antes y cardinales, que señalan el espacio: *huray*/abajo, *hawa-hanan*/arriba, *allí*/derecha y *lluqui*/izquierda (Estermann, 2009).

Por otro lado, el *Kay Pacha* (mundo de la tierra) está asociado con la *Pachamama* y con las cuevas, lagunas, manantiales, piedras redondas y animales de transición como el puma, la serpiente o sapo (Estermann, 2009). De igual manera, se encuentran los sitios de ritualidad o "wakas" lugares donde habitan los *Apus* (energías supremas) que influencian en la vida de la comunidad cósmica; el *Uku Pacha (*mundo de abajo), pertenece a la casa de los Apus protectores donde los yachakkuna y los shamanes dialogan constantemente para, por medio de los rituales, realizar sus peticiones orientadas a sanar o diagnosticar enfermedades y pedir por la reproducción de los animales y las lluvias. La comunicación con los seres del *Uku* Pacha se realiza por medio de la neblina, viento, los sueños y a través de la interpretación y lectura de los fenómenos de la naturaleza (Ochoa, 2008). Por último, se encuentra el *Hanan Pacha* (mundo de arriba).

Existen tres principios que influyen en el calendario vivencial andino: el principio de racionalidad, el cual plantea que el estado de salud de las comunidades cañaris no depende únicamente de las sabidurías médicas ejercidas en los tratamientos y diagnósticos de las enfermedades, pues también se encuentra relacionada con los seres totémicos, los astros, los alimentos, los elementos de la naturaleza (neblina, agua, fuego, piedra, fuego, suelo, etc.), la chacra, entre otros (Alulema, 2020).

El principio de dualidad y complementariedad, menciona que aunque algunos elementos se vean como opuestos, pueden ser complementarios, por ejemplo: *kari* y *warmi*, *pucha* y *tata*, *hanan* (arriba) y *hurin* (abajo). Llevando este aspecto al contexto de la salud cañari, en la receta enviada por el sanador, no se puede usar únicamente plantas cálidas, pues agravarían el estado del enfermo, por lo que, también se receta plantas frescas para producir resultados más favorables (Alulema, 2020). El principio de reciprocidad, por su parte, no llega a explicarse únicamente con la acción de dar y recibir, también esta vinculado a lo espiritual; el *yachak*, por ejemplo, ejerce una sanación recíproca a través de la conversa con espíritus en laso rituales de petición (Alulema, 2020;

Arruda, 2000).

En cuanto a la salud y enfermedad cañari, algunas enfermedades pueden ser provocadas al ingresar a ciertos lugares vinculados con el *Uku Pacha* y catalogados como peligrosos, es por eso, que para adentrarse en ciertos sitios, como *wakas* abandonadas, quebradas o cascadas profundas, se debe hacer previamente un ritual de neutralización de energías; sino podría provocar desequilibrios emocionales y por consecuencia, enfermedades (Cutipa, 1993).

En el 2020, Alaulema publica su investigación realizada a través de entrevistas a varios *yachakkuna* de la organización de indígenas y campesinas cañari TUCAYTA (Tukuy Cañariskunapa Hatun Tantanakuy) esta evidencia cuatro tipos de enfermedades cañaris: las naturales, sobrenaturales, cálidas y frías. Las enfermedades sobrenaturales pueden ser provocadas por *hayas* (espíritus) que habitan en las casas abandonadas o cuevas; hechizos, *kuychi* y mal viento. Según los resultados del estudio, gran parte de la población padece estas enfermedades que finalmente son tratadas por los *yachakkuna* de las mismas comunidades; sin embargo, en el caso del hechizo, las personas acuden a otros lugares en busca de *shamanes* expertos.

Asimismo, Alaulema (2020) clasifica varias enfermedades sobrenaturales que se presentan en esta población, como: Susto, que se manifiesta cuando el individuo recibe inesperadamente impactos emocionales, por lo que, la persona enferma presenta baja autoestima, inestabilidad emocional y susceptibilidad al llanto. La enfermedad de "mal de ojo" sucede cuando la energía fuerte de una persona impacta a otra. El "mal viento" es ocasionado por malos espíritus que deambulan por las noches o acuden a lugares considerados peligrosos y que afecta a personas y animales; entre otras. Por otro lado, el diagnóstico se puede realizar a través de la limpia con huevo, el color de la piel, limpia con cuy, color de orina y otros síntomas generales; por su parte, la sanación se da a través de practicas orientadas a extraer del cuerpo a los malos espíritus o armonizar las energías; los recursos usados por los *yachakkuna* son limpias, rituales, aguas de hierbas medicinales, fe en los santos, entre otros.

Actualmente la salud en las comunidades cañaris depende de varios procesos productivos, sociales, económicos, migración, medio ambientales, higiene, de modos de vida, influencias astrales y otros vinculados a un contexto social determinado. Aunque la modernización ha desplazado y minimizado estas practicas tradicionales, las familias cañaris aún recurren a los *yachakuna* para tratar sus enfermedades; incluso, en ocasiones,

han sacado de los hospitales a los enfermos para llevarlos a los *shamanes* y *yachak*, confiándoles su curación (Pichisaca, 2017).

1.2.6.4 Población: Nacionalidad Tsáchila

Ubicación: Provincia de Santo Domingo

Dentro de la cosmovisión y salud, para los Tsáchilas, los mundos humano, sobrehumano y natural constituyen uno solo, sin embargo, existe una influencia evangelizadora proveniente de la iglesia católica y protestante; como consecuencia, y a pesar de que varios Tsáchila se identifican como evangélicos y católicos, sus creencias están enraizadas en la medicina tradicional. Al igual que como ocurre en otras culturas, ellos dan explicaciones místicas a eventos cotidianos, dado que estos sucesos están afectados por seres de los mundos de arriba, de abajo y el de los muertos. Por tanto, la enfermedad puede proceder tanto del mundo sobrenatural como del natural y aunque los curanderos usan plantas medicinales para tratar lo natural, según sus creencias, solo los chamanes pueden sanar las enfermedades provenientes de los reinos sobrenaturales o espirituales. Aún así, las técnicas de curación se han diversificado con el paso del tiempo; por ejemplo, actualmente se realiza la limpieza con huevos o con Ayahuasca, tanto con la planta como con la bebida alucinógena (Navas de Pozo, 1990).

Varios Tsáchila reconocen la función de la medicina occidental, pero sienten incompatibilidad en algunos aspectos, por ejemplo, en el caso de la brujería, si esta es tratada por un médico empeoraría la condición, por lo contrario, hay enfermedades que pueden ser tratados por la medicina biomédica. De acuerdo a las habilidades de los curanderos, en sus tratamientos se presenta la medicina preventiva, representada en la importancia de la dieta y baños terapéuticos; por otro lado, el diagnóstico de una enfermedad se realiza por medio de la consulta con espíritus a través de la visualización o la ingesta de ayahuasca con la ayuda de una vela, a veces se complementa con el análisis de orina, con lo que el *shaman* determina si es algo que él debe tratar o si un médico es quien debe hacerlo, para este análisis también se da una inspección visual de todo el cuerpo, así mismo, hay casos asociados con brujería que producen debilidad y decaimiento general del cuerpo, es por eso, que a más de otros tratamientos el *shamán* recomienda vitaminas (Herrera, Hutchins, Gaus y Troya, 2018).

Karsten (1988) describe que los Tsáchilas atendían a los pacientes en sus hogares, pero cuando veían que padecían una enfermedad grave los llevaban hacia el bosque, ahí

realizaban ceremonias de curación, llevaban objetos sagrados: espinas de palma de chonta, remplazados actualmente por flechas o cuchillos, piedras negras, piedras de río; se usaban figurillas antropomorfas precolombinas, *tsantsa* del Amazonas (cabeza encogida por los Shuar), calaveras, conchas de la costa, iconografía cristiana con sus respectivas oraciones o elementos de la Nueva Era como pirámides o cristales (Herrera, Hutchins, Gaus y Troya, 2018).

1.2.6.5 Población: Kichwa, Shuar y Mestizos

Ubicación: regiones de Saraguro, Yucuambi y Cuenca.

Los investigadores Bautista et al. (2020) realizaron un estudio observacional cualitativo en las regiones de Saraguro, Yacuambi y Cuenca, mediante entrevistas a diferentes tipos de curanderos reconocidos por las comunidades con preguntas enfocadas en la comprensión de los curanderos acerca del proceso de salud y enfermedad, sus prácticas de diagnóstico y tratamiento, sus recursos y opiniones sobre las políticas de salud pública. El método fenomenológico buscó comprender y describir hechos comunes en las experiencias de las personas. Según las creencias de los pueblos andinos, el humano se compone por cuatro cuerpos interconectados: mental, físico, espiritual y emocional; a través del dar y recibir estos cuerpos permanecen equilibrados, en armonía tanto entre sí mismo, como con la naturaleza.

Por tanto, la salud es vista como: equilibrio, que involucra un ambiente en aspecto micro, que es el individuo mismo y en macro, como referente a la naturaleza y comunidad en la que se desenvuelve, la cual debe permanecer en armonía en conjunto con los cuatro cuerpos mencionados. Así, el equilibrio se encuentra en un flujo continuo de constante movimiento con altibajos, sin embargo, cuando las personas se encuentran en este estado, se rodean de energía positiva y evitan las enfermedades, la energía es vista como un poder que fluye. Las enfermedades y dolencias podrían ocasionarse por la mala energía que viaja de una persona a otra o promovidas por pensamientos negativos y chismes, atrayendo dolores y contribuyendo a la mala salud.

Según Bautista et al. (2020) existen varios aspectos importantes de la salud, como:

- La tranquilidad con uno mismo, comunidad y familia. A esto se le incluye el compartir, la capacidad curativa de transmitir amor, serenidad y paciencia a los pacientes.

- La voluntad individual, entendida como la decisión de las personas que se predisponen a tener un buen estado de salud, en efecto mantendrán un estado de bienestar generando una autoestima fortalecida y basada en la convicción en sí mismo.
- Una buena dieta, se considera un aspecto importante, puesto que los alimentos se enmarcan en la ingestión procedente de la recolección y cultivo, en relación con la *Pachamama*. Dando importancia al agradecer y bendecir la comida, evitando los químicos, afirmando que no se debe comer ni cocinar con mala energía o molestias y tratando de mantener una buena dieta para prevenir enfermedades o dolencias particulares.
- El regalo o bendición de Dios, que se les brinda a los seres humanos para que puedan entregarse a los demás, incluyéndole a la naturaleza, a la Madre Tierra quien ofrece todo lo necesario para sentir armonía y realización. Considera a Dios como quien otorga, es capaz de mantener la salud y prevenir enfermedades, por ello, cuando se presenta la enfermedad se acepta, entendiendo que Dios la ha enviado por algún motivo. Varios curanderos consideran que su capacidad de curar procede directamente de Dios, otros se enfocan en "el don". La fe y las creencias son importantes puesto que mantienen la fortaleza en las personas para evitar enfermedades y lidiar con la mala energía.
- La asociación para la resolución de conflictos, la capacidad productiva y de afrontamiento o superación de problemas, debido a que la enfermedad priva del placer o satisfacción al hacer cosas útiles, es por ello que se vincula con la percepción subjetiva de incapacidad. Estar sano, es relevante según la contribución a través de la productividad y el trabajo, esto a su vez tiene repercusiones para la comunidad.

1.2.6.6 Población: personas de siete parroquias al sur de la provincia de Zamora Chinchipe

Ubicación: Zamora Chinchipe

El estudio realizado en pequeñas parroquias de la provincia de Zamora Chinchipe en Ecuador por Yusim et al. (2010) llamado "Dominios socioculturales de la depresión entre poblaciones indígenas en América" tuvo el objetivo de entender los síntomas somáticos y depresivos a través de un autoinforme. Se aplicó en clínicas de atención primaria el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) este presentaba traducciones

validadas para latinoamericanos (Brislin, Lonner & Thorndike, 1973). Fueron 167 participantes, entre mujeres y hombres. Se encontró que, en esta población, las manifestaciones somáticas de depresión predominan sobre las cognitivas; aunque las mujeres mostraron una tendencia más alta que los hombres de síntomas depresivos, esto no fue significativo; el mayor nivel educativo estuvo asociado con la disminución de síntomas graves.

En el contexto de estudio, los antidepresivos estaban disponibles en hospitales a cientos de kilómetros y en algunas ocasiones en las clínicas móviles; asimismo, quien proveía salud mental a la región principalmente era un sacerdote, en los resultados del estudio se pudo observar la presencia de síntomas de depresión como pérdida de energía, pérdida de interés en el sexo, llanto y cambios de apetito, lo cual se asemeja a la enfermedad de "nervios" en los dolores de cabeza, tristeza profunda, fatiga, dolor en el pecho, falta de concentración, pérdida de sueño y apetito (Tousignant, 1984).

El género puede influenciar a la expresión de los síntomas, en el estudio las mujeres dieron resultados de niveles más altos de perturbación y alteración del sueño que los hombres; en la cultura ecuatoriana, mientras las mujeres tienen más posibilidades de somatizar la angustia, los hombres recurren al alcoholismo para evitarlos. El nivel educativo también intervino en el estudio realizado, puesto que se encontró un nivel más alto de depresión únicamente en personas con educación de nivel escolar.

Por otro lado, el grado ocupacional no fue un protector para padecer síntomas depresivos en el estudio, en esta región ecuatoriana la ocupación difiere de la relación con la educación; por ejemplo, en las tierras altas del Ecuador, los individuos que eligen profesiones más rentables son vulnerables a padecer "nervios" puesto que tienen mayores cargas de responsabilidad impuestas por su comunidad, familia y sociedad, de igual manera, estas personas pueden absorber esta condición de los deberes realizados; finalmente, se podría decir que el grado ocupacional no es un factor protector contra una patología depresiva severa (Sen, 1997). Existieron preguntas que se omitieron, entre ellas la ideación suicida y la pérdida de interés sexual, lo cual se cree, fueron temas sensibles y personales para los participantes; posiblemente signifiquen un tema tabú dentro del contexto, en cuanto a otras preguntas, estas no fueron respondidas posiblemente porque no poseían equivalentes culturales (Yusim et al., 2010).

La interpretación apropiada de estos resultados, en base a la cultura, se basó en una concepción ecuatoriana de depresión, la cual estuvo asociada a una enfermedad

psiquiátrica importante culturalmente llamada "nervios*"* esta es explicada, por los indígenas Saraguro de Ecuador, así como por poblaciones de Centroamérica, Sudamérica y países del Caribe como una poderosa angustia (Parsons & Wakeley, 1991). Se diferencia de la visión occidental de depresión explicada como una alteración neuroquímica tratable y patológica, padecer "nervios" no es necesariamente patológico, puesto que es visto como un efecto natural de la condición humana; sin embargo, también existe un espectro de gravedad, aunque los síntomas también pueden llegar a ser fatales (Finerman, 1989). En estos casos la persona mostrará alteraciones considerables del sueño, apetito y una extrema falta de preocupación por su higiene personal, el más grave de los casos involucra actividades convulsivas no epilépticas y pensamientos suicidas, al contrario, en su forma menos extrema es considerada una respuesta normal de la vida diaria. Además, los Saraguro no poseen estigma alguno para las enfermedades mentales, ya que se cree que la alta prevalencia de autoinformes de síntomas depresivos se debe a ello (Parsons, 1979)**.**

Este estudio no descubrió una relación importante entre la salud y la gravedad de los síntomas; según los Saraguro, todos los adultos, independientemente de su edad, son vulnerables a expresar síntomas de "nervios", sin embargo, en el caso de los niños están libres de factores estresantes de la vida, como las responsabilidades sociales y laborales, por lo que no lo expresan. No sucede de igual manera en EE. UU, pues se ha demostrado que en este país la depresión aumenta con la edad (Barefoot et al., 2000). En la comunidad ecuatoriana, el aumento de edad es percibido como una mayor experiencia de vida y sabiduría, por lo que, al contrario de las comunidades occidentales, los adultos mayores son tratados con una gran estima y respeto por todos los miembros de la comunidad, además, sus pérdidas personales son recompensados con un aumento de estatus.

1.2.6.7 Población: Nacionalidad Waorani

Ubicación: Provincias de Pastaza, Orellana y Napo.

Los Waorani habitan al norte de la Amazonía ecuatoriana, entre los ríos Napo y Curaray; para ellos, existen tres categorías de seres que coexisten en el mundo: *owonka, oinga y waoka* (espíritu, animal y persona) (Paniagua, 2020). Según Chacón (2012) los Waorani buscan la felicidad a través del equilibrio, si esto se llega a quebrantar provoca guerra y rivalidad; la acumulación de riqueza en una sola persona es mal vista por la comunidad, pues provoca desequilibrio; los Waoranis buscan reestablecer este a través de un especialista en hacer maleficios "idon" *shaman*, quien podría desaparecer la causa

o el conflicto. En esta sociedad, la brujería es vista como el uso nocivo de poderes en contra de las personas, si un waorani muere por esta causa, la familia le declara la guerra al autor de este acto. El maleficio se despliega en un contexto psicosocial, el *shamán* es quien asume la responsabilidad como causante de desequilibrio, debido a que, ingiere el "*mii*" o veneno y provoca energía negativa en la victima

En la nacionalidad Waorani, el anciano o anciana que posee el poder de pronosticar y curar enfermedades es quien está a cargo del ritual de curación. Para esto, usa plantas medicinales como: verbena, corteza de *pankabo, "uña de gato",* etc. Se dice que esta persona que cura ha obtenido el poder por medio de dos formas: el anciana/o le transmitió su poder en la adolescencia, dándole de beber y soplándole medicamentos tradicionales; o, de otra forma, este le sopló y le curó con el objetivo de que al llegar a grande sea igual a quienes hacen curaciones, es en ese momento donde entra el poder del anciano a la persona. Este poder no se manifiesta rápidamente en la persona, sino va presentándose en el desarrollo de vida, al ser adulto o anciano/a. Por otro lado, si la persona va a la selva y se encuentra con un "tigre" y este tiene el mismo espíritu que recibió su abuelo o padre, no debe temer, ya que al encontrarlo no podría recibir su poder; si por el contrario, conversa con el tigre y lo recibe, llega a casa cansado, y a través del espíritu del tigre, comenta a su familia lo que sucedió y sucederá en el territorio; posteriormente, la madre del tigre habla a través de la esposa, respondiendo todas las preguntas que la familia quisiese saber, el poder puede trasmitirse a cualquiera de los parientes que deseasen tenerlo (Álvarés, 2012).

Un aspecto ligado a este suceso es que en los Waoranis se presenta una emoción llamada *pïi,* traducida por los occidentales como enojo e ira que suele aparecer posterior a el asesinato o muerte de un familiar (Paniagua, 2020). Para los Waoranis, este sentimiento es considerado una experiencia interna que puede presentar cualquier persona de la comunidad, de igual manera, espíritus y animales; sin embargo, la expresión externa de *pïi inte*, es incontrolable, extrema y único entre los varones. Esto, según su cosmovisión, produce que las personas invadidas por el *pïi* se conviertan en "tigres", viéndose incapaces de coger sus lanzas para matar (Rival, 1994).

Sin embargo, posterior a la aproximación al mundo occidental, varios waoranis explican su escepticismo sobre estas transformaciones, aunque, por otro lado, el *pïi inte* se sigue manteniendo. Según (Paniagua, 2020) es importante recalcar que desde la perspectiva occidental es difícil determinar si las sensaciones internas de los waoranis

son las mismas que presentan los occidentales o, incluso, otras poblaciones indígenas amazónicas; aún así se seguirán manifestando como un hecho particularmente cultural y propio.

1.2.6.8 Población: Nacionalidad Shuar

Ubicación: Montañas superiores de los Andes, cuencas del río Upano, Zamora y Pastaza (EcuRed, 2012)

La nacionalidad Shuar, según Cabanilla (2015) el shamán, en su lengua es llamado *Uwisihin* (hombre sabio) y se considera una persona con poderes y el propósito de sanar enfermedades para las cuales no hay medicina. Entre los miembros de la comunidad y debido a su compromiso para el entrenamiento fuerte y sus habilidades, es elegido por otro shamán.

El momento de estar en trance, por medio del *natem*, el *Uwisihin* puede ver qué enfermedad posee el inidviduo. El *natem* es una preparación más conocida como ayahuasca. Cuando mira que no puede contra aquella enfermedad, envía a la persona donde un shamán más conocedor del padecimiento, es por eso que los shamanes son mayormente reconocidos como seres buenos, sin embargo, se menciona que hay otros que realizan el mal enviando a sus *tsentsak* a enfermar a otros.

En este caso, la curación se realizará absorbiendo, sacando el *tsentsak* y regresándosela al sanador. El shamán se diferencia del curandero, porque sabe de las plantas, su uso y propiedades curativas, además de los procesos terapéuticos, pero cura y diagnostica al recurrir a una experiencia extática, es decir, se encuentra en éxtasis que lo pone en contacto con potencias o fuerzas espirituales (Schobinger, 1997). Algunos shamanes mencionan que los poderes que tienen lo han recibido del *Arutam tsunki*, *tsunki* significa gente del río, según sus creencias, este ser navega en una gran boa recogiendo a niños, ancianos y mujeres para llevarlos a donde él vive, pues se contacta en sueños para darles un mensaje (Mukuink & Tukup, 1997).

En la clasificación del mundo shuar se explica en tres tipos de tsentsaks:

- Los nombrados como *tunchi*, son espíritus que ayudan al shamán en su labor
- Los denominados *tsentsak*, los cuales curan o producen enfermedades a través de otro espíritu de su misma especie
- Los calificados como *pasuk*, guardianes, espíritus que defienden al shamán.

El shamán atraviesa un gran proceso para poseer más tsentsak, ya que no todos tienen una misma función, por ejemplo, existe el *tsentsak* alacrán, mono chorongo, lombriz, lagartija, boa, pez, hormiga, entre otros. Al poseer mayor cantidad de estos, él se vuelve más poderoso y sus curaciones son mucho más efectivas (Mukuink & Tukup, 1997). Ahora bien, cuando el shamán ingiere el *natem*, canta y se acuesta hasta que percibe su "borrachera", estado en el cual se comunica con los espíritus, al llegar el trance usa otras plantas como abanicos para ahuyentar del cuerpo del enfermo su malestar (los malos espíritus) mientras tanto, continúa cantando. Al sentir que ha culminado el primer paso, come un trozo de tabaco y pregunta al afectado el posicionamiento de su dolor para absorber los espíritus malos, *tsentsak*, y sanarlo (Mukuink & Tukup, 1997). En algunas ocasiones será necesario usar refuerzos o enviarlo donde un shamán con *tsentsak* más fuerte.

1.2.7 El papel del sanador tradicional

La sanación shamánica lleva una similar morfología en casi todas las partes de Sudamérica, es común el uso de cánticos, sahumerio con tabaco, diagnóstico y causa de la enfermedad con ayuda de los espíritus, masajes en la parte enferma del cuerpo y extracción del objeto patógeno a través de la succión. Debido a este poder, el shamán posee varias funciones sociales, pues es quien vela por el respeto de los rituales, ejerce un rol de intermediario entre el humano y los dioses, defiende a las personas de los malos espíritus y además conoce de sucesos futuros (Eliade, 1976).

En algunas culturas, la elección de ser médico indígena se realiza sin importar los deseos que este tenga (Castañeda, 1974, 1986). Para otras, las visiones que los sanadores tienen acerca de las habilidades innatas que ven en los niños, son indicadores para que se conviertan en herederos futuros de sus conocimientos. A partir de que los poderes sobrenaturales o los dioses orientan claramente al sanador sobre el futuro aprendiz, lo alejan de la comunidad y realizan un proceso tan riguroso y estricto como el de cualquier otra medicina; en este proceso se transmiten varios conocimientos teórico-prácticos heredados por sus ancestros que involucran aquella concepción cosmológica y cosmogónica de la naturaleza, y por supuesto, del ser humano (Arocha, 1999; Castañeda, 1974). Además, el futuro médico, no solo aprenderá acerca de visiones, plantas de poder, sueños, espíritus, signos de enfermedad, etc., sino que también deberá moverse con habilidad dentro del medio social y geográfico donde ejercerá su práctica (Eliade, 1986; Strauss, 1987).

1.2.8 Las plantas como una fuente de sanación

La relación milenaria con la naturaleza ha hecho posible la existencia de una comprensión íntegra de la protección, composición, usos y clasificación de las plantas según su respectivo hábitat. Además, las plantas integran a la cultura, lo cotidiano y sus diferentes usos y categorías, porque se conectan con lo mágico-religioso de la cosmovisión indígena. En consecuencia, las plantas medicinales se mantienen en un sitio especial dentro de las culturas indígenas y su sabiduría (Yánez del Pozo, 1996).

Por otro lado, los pueblos antiguos fueron experimentando en relación con los diferentes componentes del Cosmos, entender las propiedades curativas, alimenticias y estéticas de las plantas fue un proceso largo de descubrimiento, aún así, esta sabiduría se acumuló y fue transmitida de generación en generación. Todas estas prácticas y conocimientos ancestrales componen la etnobotánica (Montaluisa, 2012). Por consecuencia, se centra en el rescate del saber y la búsqueda de conocimiento botánico tradicional vinculado al uso de la flora, lo que es de gran relevancia, ya que los países en vías de desarrollo usan plantas para enfrentar las necesidades primarias médicas (Ferraz, Albuquerque, & Meunier, 2006).

Según la OMS (2002) el bienestar del 80 % de la población que vive en países en vías de desarrollo, depende de plantas medicinales que se usan a través de terapias espirituales, prácticas curativas ancestrales y medicina tradicional. En Ecuador, el uso de varios recursos naturales se dan gracias a la acumulación de conocimientos ancestrales que las poblaciones han conservado hasta la actualidad (Naranjo & Escaleras, 1995). Muchas de estas plantas se usan para tratamiento de “mal aire” o “espanto”, patologías típicas de los Andes, además de otras que se originan por problemas de fobias, ocasionando problemas físicos, psicosomáticos y sensación de debilidad (De Feo, 2003). Solo en la provincia de Loja existe una gran diversidad de plantas terapéuticas que poseen varias categorías orientadas a su uso y son reconocidas por los vendedores del mercado; entre ellas se encuentran las plantas destinadas a curar los síndromes ligados a la cultura, las cuales ejercen acción para el “espanto”, “pena de ausencia”, “tirisia”, “calor encerrado”, “mal aire”, “mal de ojo” y “susto”. También se encuentran las que se orientan a tratar enfermedades del sistema nervioso, destinada a condiciones como nerviosismo (Tinitana et al., 2016).

La investigación realizada por Gallegos (2016) a jefes de familia de 17 a 72 años, en una población rural de Babahoyo- Ecuador, encontró que 44 enfermedades son tratadas con plantas medicinales, y que 63 especies de plantas son usadas con diversas aplicaciones terapéuticas; se concluyó que, en la población rural, el 59,4 % usa las plantas medicinales como una alternativa sustancial para el cuidado de su salud, el 0,86 % acude a los curanderos para recibir atención. En esta población, el susto también es denominado "espanto" y es tratado con diversas plantas como: rosa de muerto (*Tagetes erecta*) álamo blanco (*Populus alba*), campana (*Brugmansia* sp.) y ruda de Castilla (*Ruta graveolens*). Para realizar la preparación se debe coger un manojo de varias plantas, mezclarlas con otros elementos como el huevo o alcohol artesanal y posteriormente barrerlas por completo a la persona enferma, puesto que, a través de estos procedimientos se alivia la enfermedad (Hemández, 2014).

En el caso del tratamiento de nervios, se usa canela (*Cinnamomum alanii*), hierbaluisa (*Cymbopogon citratus*), orégano (*Origanum vulgare* L.), limón (*Citrus limon*) y valeriana (*Valeriana officinalis*) (Ortiz, Valdez & Cáceres, 2013). Por otro lado, Ballesteros, Bracco, Cerna, Vita & Vidari (2016) realizaron una investigación en la Estación Científica Kutuku, Morona Santiago, la cual disfruta de una gran biodiversidad etnobotánica; de las plantas citadas en este estudio, se ha registrado que 10 de ellas se usa para tratar el "mal aire".

En Ecuador, las personas que están involucradas con el uso de plantas medicinales y terapéuticas, por seguridad, necesitan una investigación detallada; en el caso de los síndromes, no existe una prescripción terapéutica precisa, ya que la diferenciación entre enfermedad y dolencia es pequeña para reconocer su administración y tratamiento terapéutico (Tinitana, Ríos, Romero, de la Cruz Rot & Pardo de Santayana, 2016). En consecuencia se han realizado varios estudios de etnobotánica y plantas medicinales principalmente en la región amazónica y central andina, porque es en donde se centra el conocimiento de las plantas que la gente usa, conoce e integra a los sistemas de salud tradicionales en las comunidades indígenas (Cerón, 2006).

Finalmente, los elementos extraídos de la naturaleza han sido un foco de interés y estudio orientado a entender los procesos psicológicos humanos, sobre todo enmarcados en los estados alterados de conciencia; los cuales deben evaluarse no solo en los contextos de rituales shamánicos en poblaciones indígenas, sino también en contextos urbanos. (Campagnoli, Pereira & Bueno, 2020). Tal es el caso del uso de la Ayahuasca y los

rituales que giran en torno a ella, pues, además de ser considerada una planta sagrada para varias poblaciones indígenas, también posee una simbología social permanente, incluso forma parte del denominado "turismo místico" en 7 de cada 10 proyectos de turismo en Ecuador (Cabanilla, 2015). Por lo que se abordará sobre sus usos y consecuencias en la salud mental.

1.2.8.1 Ayahuasca, una "planta de poder"

En los años setenta, los movimientos contraculturales, acompañados de ideologías ecologistas globalizadas que velaban por los movimientos indígenas y los derechos étnicos, provocaron la investigación médica de algunas sustancias psicoactivas y sus efectos beneficiosos en la psique (Cunningham, 2008). Esto trajo consigo la incorporación de una variabilidad del shamanismo conjugado con terapia, espiritualidad, emblema político y conocimiento ecológico (Losonczy & Mesturini, 2010).

La búsqueda de nuevos paradigmas de sanación puede estar desencadenada por crisis que el mundo occidental experimenta como civilización, estas crisis podrían manifestarse en la pobreza, el deterioro ambiental, los malestares existenciales y corporales de los individuos (Uribe, 2008). La ruptura, incluso de paradigmas epistemológicos previamente incuestionables, provocan intrínsecamente la restitución de las relaciones del ser humano con su entorno, así, el uso de la Ayahuasca permite a esta población en crisis, abrir un campo de exploración para la sanación distinta a la medicina moderna (Ávila, Pedroza, Mariana & Angulo, 2019).

La ayahuasca se encuentra en la Amazonía sudamericana y ha sido integrada a occidente a través del mestizaje de la práctica shamánica. Esta integración posiblemente se dio por una crisis ligada a aspectos como el post humanismo, antropocentrismo o poscolonialismo (Mouriès, 2014). Sin embargo, la ayahuasca, que en quechua significa "bejuco del alma" o liana, en los pueblos mestizos e indígenas de la Amazonía se la considera como el fenómeno más relevante que involucran las drogas psicoactivas consideradas como sagradas (Labate, Araujo & Sena, 2002). Pertenece a las llamadas "plantas de poder", las cuales, podrían ser herramientas a favor de la labor espiritual desde diferentes dimensiones.

Desde el campo psicológico (el sentido personal de buscar introspección y la emotividad), el campo biológico (las consecuencias de las sustancias activas en los procesos de vida), en la ritualización (el ambiente construido con la danza, la vibración

de la música y el proceso idiosincrático del momento) y en el campo socio-cultural (la sociabilidad en el contexto en el que se desarrolla (Guimarães, Carvalho de Moraes, & Holanda, 2006). En Brasil, la Ayahuasca se la prepara con vid *Banisteriopsis caapi* y las hojas de *Psychotria viridis*; en este país, la planta tiene estatutos legales que la avalan en los contextos científicos y religiosos (Labate & Cavnar, 2014).

Actualmente, investigaciones reconocen el potencial del brebaje como instrumento de sanación, sin embargo, al salir de los efectos puntuales de la planta, se apela a la vivencia de una experiencia que reestructura la percepción de enfermedad, entendiéndola como una limpieza en varias dimensiones (mente, espíritu, cuerpo y emociones) más que como una "curación" (Guimarães, Carvalho de Moraes, & Holanda, 2006; Soller, 1988; Johannsessen, 1998). Dentro de las concepciones tradicionales amazónicas, la purga es una forma de limpieza del cuerpo con motivo de sanación, así las evacuaciones que podrían darse desde el estómago o intestino también llegarían a ser explicadas a partir de que el cuerpo no expulsa únicamente lo biológico sino lo espiritual, en este proceso de purga, se provocan consecuencias psíquicas que impactan en la química cerebral con respecto a los neurotransmisores.

En este aspecto primario se da una función enteroceptiva, o sea, se percibe el estado de los órganos internos, similar a lo alcanzado a través de técnicas avanzadas de meditación, lo que posibilita modificaciones sensoriales, perceptuales y cognitivas que permiten a la persona, conseguir nuevas elaboraciones cognitivas en relación, no solo con el entorno, sino con su propio cuerpo (Timmermann, 2014).

El ámbito secundario se relaciona con lo sociocultural, o sea, se incorpora la ritualización, como los efectos sonoros, los efectos en la elaboración de la experiencia subjetiva, y por tanto, lo que de ella resulta (Jauregui, Clavo, Jovel & Pardo De Santayana, 2011). Lo secundario tiene que ver con las visiones, o como lo llama la cultura de la nacionalidad cofán, con la "*pinta*", que es la información a la que accede la persona bajo los efectos de la ayahuasca, descritas generalmente como fantásticas o fabulosas (De Araujo et al., 2012). Además, se encuentran las experiencias conceptuales, emocionales o sonoras, que no son vividas como un aspecto de imaginería sino como información inducida por el brebaje y también se presentan visiones con contenidos de sentires trascendentales y aprendizajes (Melo, 2011).

Quienes consumen Ayahuasca señalan que la sustancia trabaja a través de lo que denominan "vuelo de trance" lo cual, representa la interioridad del sujeto, pero que en

base a la cosmovisión originaria, posee una realidad espiritual independiente. Esta concepción de salud integra la esfera espiritual en la sanación de la persona con el objetivo de armonizar al sujeto desde lo bio-psico-espiritual, puesto que, por medio de la purificación, la persona conecta con la dimensión. Esto de alguna forma le ofrece a la persona replantear su código ético y su conexión con el todo sagrado (Caicedo, 2009; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010; Chacón, 2012).

1.3 Las perspectivas tradicionales de salud y enfermedad desde un punto de vista médico occidental

Algunas creencias expresan, que varias enfermedades, por ejemplo, el trastorno disociativo, se debe a una posesión espiritual; un estudio indio menciona que, según las personas, la etiología del Trastorno Obsesivo Compulsivo tiene causas sobrenaturales (Grover et al., 2014). En otra investigación realizada, en la que se examinó la ruta de atención de pacientes con trastornos psiquiátricos, se descubrió que más de dos tercios de estos pacientes contactan primero con un sanador de fe (Lahariya, Singhal, Gupta & Mishra, 2010). Muchas veces la depresión no es vista como una enfermedad mental y la psicosis es explicada espiritualmente como posesión o hechizo (Bhikha, 2012).

Es por esto, la importancia de entender que, dependiendo de cómo se conceptualicen los discursos de los trastornos y salud mental, se implementarán sus respectivas soluciones. Además, se deben considerar las transformaciones históricas, porque provocan cambios en la nominación y referencialidad de los problemas. Un ejemplo de ello son las variaciones que se ha ido planteando por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para considerar o no una "enfermedad", principalmente con la homosexualidad (Arocha, 1999).

1.3 Vinculación de la medicina tradicional con la medicina científica

La medicina tradicional se ha vinculado con ciertas áreas de la medicina científica. Por ejemplo, dentro del psicoanálisis, se plasmó la correlación que existe entre el entorno cultural y los problemas de salud mental con la obra "Tótem y Tabú" de Sigmund Freud (Freud, 1913). El primero en proponer el *etnopsicoanálisis* como un enfoque, fue el psicoanalista y antropólogo Géza Róheim (Roheim, 1973). Por su parte, Lacan plantea lo real, lo imaginario y lo simbólico como una vía para comprender la forma en la que se ordena la realidad, en donde se realiza un proceso de curación y de igual manera se integran los procesos sociales que establecen la eficacia de lo tradicional y de los elementos nuevos que acarrean otras culturas (Lacan, 1996).

Hace algunos años (Nichter, 1981) y (Kleinman, 1988) "culturalizaron" diálogos sobre la curación y la enfermedad a través de la identificación de varias formas en que las personas experimentan y encarnan la salud. Mezzich et al. (1999) respaldaron con éxito la inclusión del papel cultural en el DSM-IV, reconociendo así otros sistemas de significado, creencias o valores que legítimamente deben ser tomados en cuenta en el diagnóstico. A través del DSM-V, la Asosiación Americana de Psiquiatría en la sección "Aspectos culturales" determina que tanto la patología o la normalidad, así como sus umbrales, varían en función de una cultura, familia o sociedad (APA, 2014).

Según la APA (2014) dentro de la "Formulación Cultural" se entiende que los "Conceptos Culturales de Malestar" hacen referencia a las formas en la que los colectivos culturales, entienden, comunican y experimentan los problemas comportamentales, los pensamientos, el sufrimiento y las emociones perturbadoras. Estos conceptos provienen de los sistemas profesionales de diagnóstico de malestar mental y emocional, de las personas del lugar o de los reflejos de la influencia biomédica; además presentan tres conceptos principales síndromes, expresiones y explicaciones que se definen como:

> *Los síndromes culturales son agrupaciones de síntomas y atribuciones que tienden a concurrir en los individuos de los grupos culturales las comunidades o los contextos específicos, y que se reconocen a nivel local como patrones de experiencia coherentes. Las expresiones culturales de malestar son formas de expresar el malestar que pueden no corresponderse con síntomas o síndromes específicos, pero que pueden proporcionar formas colectivas y compartidas de experimentar y hablar de las preocupaciones personales o sociales. Por ejemplo, las expresiones cotidianas acerca de los "nervios" o de la "depresión" pueden hacer referencia a formas de malestar muy variadas, sin corresponderse con un conjunto concreto de síntomas, síndromes o trastornos. Las explicaciones culturales o causas percibidas son etiquetas, atribuciones o características de un modelo explicativo que indican un significado o etiología culturalmente reconocido para los síntomas, la enfermedad o el malestar (p.758).*

Antiguamente se dio una formulación llamada *síndrome dependiente de la cultura*, sin embargo, esta excluye que las diferencias culturales con relevancia clínica, en varias ocasiones, estén relacionadas con la experiencia o explicaciones de sufrimiento y no con una clasificación culturalmente diferenciada de síntomas. Es por ello que

actualmente, se menciona que "todas las formas de sufrimiento están moduladas localmente, incluyendo los trastornos del DSM-V" (p.758). Con base en ello algunos diagnósticos del DSM pueden ser vistos como prototipos que empezaron siendo síndromes culturales y fueron validados por su utilidad para la investigación y la clínica. Aún así, los patrones culturales son distintos en cuanto a formas de hablar del malestar, las causas percibidas y los síntomas, que de igual forma están relacionados con los patrones de búsqueda de ayuda y las estrategias de afrontamiento (APA, 2014).

En relación a la nosología del DSM-V los conceptos culturales tienen cuatro características clave:

- puesto que es raro que exista una correspondencia entre un concepto cultural con una entidad diagnóstica, los síntomas que son clasificados como varios trastornos por el DSM-V podrían estar abarcados por un concepto único de uso popular.
- Los conceptos pueden ser aplicados a un amplio rango de gravedad, incluso a los que no cumplen los criterios del DSM para trastorno mental alguno, por ejemplo una persona con una pena aguda puede usar el mismo síndrome cultural o expresión de malestar que otra en la que se haya diagnosticado una psicopatología más grave.
- El mismo término cultural en su uso cotidiano, puede referirse a más de un tipo de concepto, un ejemplo es el uso de la palabra "depresión" que puede ser usado para describir una expresión de malestar (p. ej ., "estoy deprimido"), un síndrome (p. ej., un trastorno de depresión mayor) o una causa percibida (semejante al "estrés")
- Así como el DSM y la cultura, los conceptos culturales pueden variar a lo largo del tiempo como consecuencia de las influencias globales como locales.

1.3.2 Denominación occidental de las enfermedades de determinadas culturas

La Asociación Psiquiátrica de América Latina (2004) presentó la "Guía Latino Americana de Diagnóstico Psiquiátrico" en donde relaciona la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10), con denominaciones indígenas a las enfermedades mentales más comunes en su ámbito, de esta manera (F45.8) la identifica con "mal de ojo", (F45.1) con "nervios" o "susto", (F45.9) con "Derrame de bilis". Ya en el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-V), se especifica en el apartado "Aspectos Culturales", que los trastornos mentales "se definen en relación con las normas

y valores culturales, sociales y familiares" (Asociación Americana de Psiquiatria, 2014, p.14).

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión, OMS (1992) menciona que los Trastornos Específicos de Determinadas Culturas se han presentado:

> *"debido a una necesidad de contar con categorías independientes para trastornos como el latah, amok, koro y otros posibles trastornos específicos de diversas culturas. Sin embargo, no han fructificado los intentos para identificar estudios fiables, preferentemente epidemiológicos, que apoyen su inclusión como trastornos clínicamente diferenciables de los otros de la clasificación. Por eso no se han clasificado aisladamente. Las descripciones de estos trastornos sugieren que pueden ser considerados como variantes de las manifestaciones de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos o trastornos de adaptación. Por ello, en caso de necesidad debe usarse el código equivalente más próximo, junto a una nota adicional indicando a qué trastorno cultural específico se hace referencia (p.19).*

Es importante mencionar cómo la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), dentro del (DSM-V) conceptualiza, describe y organiza los "Síndromes Culturales", a través de una sección llamada "Glosario de conceptos culturales de malestar", puesto que, en base a estos criterios el personal profesional ligado a la salud mental ejercerá su tratamiento. En el presente estudio se ha priorizado la descripción de las enfermedades que se presentan en Latinoamérica:

1.3.2.1 Ataque de nervios

El Ataque de Nervios, es un síndrome que se presenta en personas provenientes de Latinoamérica, se caracteriza por síntomas de malestar emocional intenso, como enfado, ansiedad o pena aguda, gritar o chillar descontroladamente, temblores, agresividad verbal y física. Existe una sensación de haber perdido el control como característica general. Los episodios de desmayo o apariencia convulsiva, las experiencias disociativas y los gestos suicidas forman parte de algunos ataques, pero no se presentan en otros. Los ataques generalmente son la consecuencia de un suceso estresante asociado con la familia: conflictos, noticias de muerte o accidentes. Pocas personas mencionan que la acumulación de experiencias de malestar son las que provocan mayor vulnerabilidad a perder el control. En las muestras comunitarias, este ataque se

relaciona con la discapacidad, el uso de recursos psiquiátricos ambulatorios e ideación suicida. Algunos ataques no tienen secuelas clínicas, puesto que responden a expresiones normativas de malestar, como un funeral. De igual manera, puede hacer referencia a un paroxismo emocional que se representa como ataque, como la risa histérica.

1.3.2.2 Kunfungisisa, "pensar demasiado"

Kufungisisa, también denominado "pensar demasiado" en la lengua shona y usado como una expresión de malestar en America Latina, África y el Caribe. Supone que la rumiación de pensamientos provoca preocupaciones o malestar. Se considera como una causa de depresión, problemas somáticos y ansiedad. Indica dificultades interpersonales y sociales como expresión de malestar psicosocial. Está relacionada con diversos tipos de patologías, en las cuales se encuentran síntomas de ansiedad y depresivos, irritabilidad, ataques de pánico y preocupación excesiva. Para varias culturas "Pensar demasiado" provoca síntomas específicos como el mareo y la cefalea.

1.3.2.3 Maladi Moun "enfermedad enviada"

Maladi Moun significa "enfermedad causada por humanos" aunque también es denominada "enfermedad enviada". En relación a otros contextos culturales, la preocupación por la enfermedad puede ser causada por el conflicto social o la envidia, usualmente se expresa como **"mal de ojo".** Esto provoca que las personas dañen a sus enemigos, enviándoles enfermedades como la depresión, fracaso social o académico, la psicosis, depresión e incapacidad para realizar actividades de la vida diaria. Como etiología, se asume que debido al éxito económico de la víctima, representada por una adquisición cara o un nuevo trabajo, provoca odio y envidia de los demás. Lo que levantaría sospechas de un ataque espiritual, sería un cambio comportamental brusco y un inicio agudo de nuevos síntomas. La vulnerabilidad para padecer esta enfermedad sería una persona adinerada, inteligente y atractiva; incluso los niños podrían sufrir riesgo de padecerla.

1.3.2.4 Nervios

La enfermedad de **Nervios** se refiere a un estado general de vulnerabilidad ante las circunstancias vitales adversas y a las experiencias vitales estresantes. Los *nervios* son una expresión de malestar frecuente entre los latinos, este término aborda varios síntomas de alteraciones somáticas, malestar emocional e incapacidad para funcionar. Los síntomas más comunes atribuidos a los nervios incluyen el "dolor de cerebro" y la cefalea,

alteraciones estomacales, irritabilidad, nerviosismo, dificultades para dormir, llanto fácil, temblores, incapacidad para concentrarse, nerviosismo, sensaciones de hormigueo, temblores y los mareos. Esta enfermedad incluye un amplio espectro de gravedad. Es llamado *nerves* por los Terranova y Apalaches y *nevra* entre los griegos de Norteamérica.

1.3.2.5 Susto

El **Susto** es una enfermedad que se le atribuye a un hecho que asusta y provoca que el alma abandone el cuerpo, un infortunio que prevalece entre personas de Sudamérica, Centroamérica, México y algunos latinos de Estados Unidos. Provoca enfermedad, infelicidad, además de conflictos para el desenvolvimiento en papeles sociales clave. En los casos más extremos puede provocar la muerte, sin embargo, los síntomas pueden presentarse días o incluso años después de haber padecido el hecho que le asustó. Alguno de los síntomas referidos por las personas que han padecido susto son: sueño excesivo o inadecuado, baja autoestima, suciedad, sentimientos de tristeza, alteraciones del apetito, falta de motivación para realizar las actividades diarias y sensibilidad interpersonal. Los síntomas somáticos que acompañan a esta enfermedad pueden ser: frío en las extremidades, dolores y molestias musculares, diarrea, palidez y dolor abdominal. Los sucesos precipitantes son diversos y pueden incluir fenómenos animales, naturales, entes sobrenaturales, situaciones interpersonales, entre otros. Entre los tres tipos sindrómicos de susto se encuentra el susto interpersonal relacionado con el trastorno de depresión mayor, el susto caracterizado por diversos síntomas somáticos recurrentes, semejante a un trastorno de síntomas somáticos y cuando el susto ha estado relacionado a acontecimientos traumático, similar al diagnóstico de estrés postraumático. De acuerdo a al relación del susto con otros contextos culturales, el susto es conocido como espanto en la región andina.

1.3.3 La importancia del diagnóstico

Estos conceptos son importantes para un diagnóstico psiquiátrico por varias razones: para obtener información de utilidad clínica, para mejorar la eficacia terapéutica, para evitar diagnósticos erróneos, para mejorar el entendimiento clínico y la implicación, para guiar la investigación clínica y para clarificar la epidemiología cultural. Por lo que, la evaluación clínica de las personas que presenten este tipo de casos debería establecer si cumple los criterios para un trastorno especificado u *otro diagnóstico especificado o no especificado*. De igual forma, después de diagnosticar el trastorno se debe incluir las explicaciones y términos culturales en la formulación del caso, puesto que sería de gran

ayuda para clarificar las atribuciones etiológicas y los síntomas; puede que algunos, aunque esperen y requieran tratamiento, no cumplan los criterios para un trastorno mental específico, a lo que se debería realizar una evaluación caso por caso (APA, 2014).

1.3.4 Las prácticas tradicionales y los elementos que la sustentan

Strauss (1974) manifiesta tres elementos importantes que soportan la práctica de un ritual, primero, el crédito del hechicero en su poder y la eficacia de las técnicas que usa; segundo, la creencia de la víctima en el hechicero; tercero, el crédito de la comunidad en el poder de quien cura, de esta forma el ritual conforma la estructura para una eficacia simbólica. Por lo que esta práctica se torna eficaz si se funda en un sistema de creencias validado por un grupo cultural y representado en símbolos que posteriormente son aprehendidas por los individuos. Esta eficacia simbólica se puede entender a través de la lingüística estructural de Sassure, comprendiendo que mediante el símbolo se funda lo presente en la cultura y pone en evidencia las consecuencias del significante sobre el cuerpo (Soller, 1988).

Por otro lado, la concepción de salud mental, según Fromm (1990) plantea que el ser humano posee necesidades básicas resultantes de su condición humana; es así que parte de la definición necesidades básicas como: la necesidad de vínculo, en la que planteará cómo la creación de nuevos lazos dependerá de varios factores: culturales, familiares históricos, políticos y socioeconómicos. Como la necesidad de un marco de orientación y de un objeto de entrega, en donde enfatiza en dos planos, el existencial que tiene que ver con algún tipo de referencia, donde la sociedad nos siempre puede dar la respuesta apropiada a las necesidades básicas, ya que en este se determina la salud y la enfermedad; en segundo plano está la calidad de vida, se enfatiza en la desgracia a o la felicidad, de esta manera el humano también necesita una meta a la cual entregarse de lleno y actuar, a partir de ella el individuo supera su existencia con inseguridades y le da sentido a su vida (Macaya, Pihan, & Parada, 2018).

La necesidad de arraigo menciona que, solo al desprenderse de las raíces naturales, la persona puede encontrar una nueva adaptación o raíces para conseguir realizarse y sentirse como en casa (Ubila, 2009). La necesidad de identidad, la persona se vuelve consciente de su autonomía y de si mismo como un proceso de individuación puesto que ya no es una unidad con la naturaleza, sin embargo, según Fromm, varias personas perciben una sensación de identidad en base al conformismo de masas, esta podría llegar

a poseer una falta de percepción de identidad puesto que limita el desarrollo, la libertad, felicidad y salud mental. En la necesidad de trascendencia existe la necesidad del fenómeno creativo, la religión, el arte y producción material, si no se puede conseguir este fenómeno, se alcanzará la satisfacción través de la destrucción de todo lo vivo (Macaya, Pihan, & Parada, 2018).

1.3.5 Impacto en la esfera psicológica

En la revisión de Nortje y su equipo, la curación simbólica usada por la medicina tradicional puede funcionar en varios ámbitos de la esfera psicológica, desde la reestructuración cognitiva y la catarsis, hasta el cambio en estructuras familiares, identidad, cohesión social y restauración de la comunidad (Nortje, Oladeji, Gureje & Seedat, 2016). Además una revisión bibliográfica realizada por el mismo grupo, encontró 32 estudios que mencionaron cuantitativamente la eficacia del tratamiento de la angustia psicológica y los trastornos mentales por parte de curanderos tradicionales, existieron recaídas agudas de trastornos como la bipolaridad o la esquizofrenia; las enfermedades crónicas como el Trastorno Obsesivo Compulsivo poseen métodos de curación con poco efecto a largo plazo; los trastornos mentales comunes como la depresión, la somatización, la ansiedad los problemas sociales e interpersonales podrían responder a tratamientos de la medicina tradicional tan eficaces como los tratamientos psiquiátricos.

Por último, un estudio de Wirth (1995) indica que existe un efecto significativo en las creencias y expectativas del paciente después del tratamiento ancestral. Para una mejor explicación y abordaje, se puede nombrar a Strauss (1987) pues mencionaba que la cura consistía en:

> *"volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar. Que la mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva que carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta o, mejor, ella jamás los ha puesto en duda. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos sí, constituyen un elemento extraño a su sistema, pero que gracias al mito del shamán va a colocar de nuevo en un*

conjunto donde todo tiene sustentación. Pero la enferma, al comprender, hace algo más que resignarse: se cura. Y, sin embargo, nada semejante se produce en nuestros enfermos, cuando se les ha explicado la causa de sus desordenes invocando secreciones, microbios o virus. Se nos acusará de emplear una paradoja, si respondemos que la razón estriba en que los microbios existen y que los monstruos no existen. Pero la relación entre microbio y enfermedad es exterior al espíritu del paciente, es de causa a efecto, mientras que la relación entre monstruo y enfermedad es interior a su espíritu, consciente o inconscientemente" (p. 221).

Posteriormente menciona que existen varios factores como la realidad conceptual y sociocultural, donde coexisten creencias y ritos que participan alrededor de las prácticas curativas indígenas, de esta realidad, en la que participan el consultante y su médico indígena, es lo que Lévi-Strauss (1987) define como "eficacia simbólica". Por otro lado, el psicoanálisis ha estudiado cómo la realidad sociocultural influye en la psique humana. Freud manifiesta que la libido opuesta al contexto sociocultural definirá la aparición de un síntoma histérico, en donde el cuerpo se presentará como el campo de barrullo a fin de que los deseos y fantasías que emite la pulsión sexual se enfrenten a la historia cultural heredada, resultando así una sustitución al conflicto de fuerzas y surgiendo el síntoma histérico (parálisis faciales, vómitos, etc.) (Dolto, 1981; Freud 1981 a, b).

Es importante mencionar que, tanto los diagnósticos de brujería, como los sueños que la mencionan pueden provocar tensión emocional, que por si misma deteriora la salud. Varias personas tienden a buscar rituales o someterse a alguno con el objetivo de anular la influencia de su mal. Es por eso que, aunque los diagnósticos estén relacionados con la brujería y puedan tener un impacto negativo para la salud, es posible que los rituales que tiendan a disminuir sus efectos, posean un mecanismo orientado al manejo del miedo y ansiedad causadas por las mismas (Eroza & Carrasco, 2020).

1.3.6 Plantas medicinales

Ahora bien, con base en la relación de la medicina indígena con las plantas medicinales, se ha presentado toda un concepción filosófica, médica y ritual al usarse en los propios contextos indígenas, tanto si se administran directamente al "enfermo" por medio de brebajes que el sanador tradicional lo consume para tener experiencias que favorezcan un diagnóstico, su causa y tratamiento (Díaz, 2005). De manera que, si bien

el uso de plantas en los tratamientos por sanadores milenarios, como el Yagué o Ayahuasca tienen un objetivo dentro de una etnia determinada, al practicarse fuera de aquellos contextos pueden perder su rigor y validez. Aun así, me parece importante realizar un abordaje más amplio de los efectos psicoterapeúticos de la planta.

1.3.6.1 La ayahuasca y sus efectos psicoterapéuticos

La *Psychotria viridis contiene*, N-dimetiltriptamina (DMT), lo cual es inactivada por inhibidores de la la monoaminooxidasa (MAO-A) que, al administrarse por vía oral, la *Banisteriopsis caapi* que posee β-carbolinas, inhiben reversiblemente la *monoaminooxidasa* (IMAO). Al inhibirse la MAO podría elevar los niveles de noradrenalina, serotonina en el cerebro, permitiendo que la DMT oral llegue al sistema nervioso central, provocando percepciones nuevas de la realidad (Shulgin & Shulgin, 1997). La literatura explica que la ayahuasca es un alucinógeno que participa en la regulación del estado de ánimo, las emociones, la memoria y las percepciones parecidas a la psilocibina (*Psilocybe cubensis*) y al LSD (*lyserg-saure-diathylamid*) (Wittmann, Carter, Hasler, Cahn, Grimberg& Spring, 2007).

A través de los resultados de una tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT), Timmermann (2014) demostró que la ingesta de esta sustancia provoca actividad en la amígdala/giro del hipocampo izquierdo, la ínsula anterior derecha y el cíngulo anterior; zonas que están vinculadas a un circuito encargado de la interocepción (conciencia de los procesos fisiológicos del propio cuerpo). Se encontró que la ínsula anterior tiene un mayor grosor cortical en personas que practican la meditación frecuentemente, también plantean que la actividad de la amígdala y la ínsula está relacionada a lo postulado por Damasio, quien menciona que la entrada a representaciones corporales permite que se generen las emociones subjetivas (Passie, 1997) dentro de un nivel alto de procesamiento (Damasio, Damasio, & Tranel, 2013).

De igual manera, se ha planteado que la ayahuasca ejerce un efecto psicoactivo en el cerebro, promoviendo cambios en los circuitos neuronales (Schenberg et al. 2015); (Hamill, Hallak, Dursun, & Baker, 2019). Asimismo, se ha demostrado efectos fisiológicos y psicológicos con uso en enfermedades mentales, puesto que posee un potencial uso antidepresivo (Sanches, et al. 2016). Según Dos Santos, Bouso y Cecilio (2017) el uso de esta sustancia puede estar relacionada con una reducción en el uso problemático de alcohol, tabaco y cocaína. Un estudio con una población aborigen de Canadá, demostró que la disminución en el consumo de sustancias está asociado a

mejoras en los indicadores de: *mindfulness* (la conciencia del presente para aliviar problemas afectivos vinculados al consumo), esperanza (para dirigirse y conservar objetivos) y empoderamiento (Thomas, Lucas, Capler, Tupper, & Martin, 2013). El brebaje fue administrado dentro del contexto de carácter espiritual, es por ello, que no es factible determinar, como casualidad directa, el efecto de la ayahuasca en la reducción de consumo de sustancias (Brierley & Davidson, 2012). En cuanto a los efectos antidepresivos y ansiolíticos en humanos Dos Santos et al., (2007) demostraron, a través de una investigación controlada por placebos y antidepresivos y nueve usuarios experimentados con ayahuasca, que una sola dosis se asoció con una reducción de síntomas de pánico y desesperanza. De igual manera, una sola dosis demostró reducciones sostenidas y rápidas de síntomas de depresión y ansiedad en personas con trastorno depresivo mayor con resistencia al tratamiento (Preller y Vollenweider, 2017; Szabo, Kovacs, Frecska y Rajnavolgyi, 2014).

Por otro lado, Mabit (2002) explica que esta alteración que provoca la ayahuasca no únicamente induce a una pérdida de conciencia sino a un cambio de percepción. Por otro lado, Shanon (2002) señala que la conciencia engloba varios criterios que definen los valores, estableciendo cómo el ser humano vive el mundo, física y mentalmente; así el uso de esta planta puede promover a la elaboración de hipótesis sobre la representación del tiempo interno y el funcionamiento temporal (Wackermann, Wittmann, Hasler y Vollenweider, 2008).

Respecto a las consecuencias psicológicas Cordoba, Vallejo y Saa (2012) han identificado cuatro aspectos centrales por los que se ha investigado a la ayahuasca. Primero, se vincula a las experiencias durante el ritual, asociadas a modificaciones de ideación, percepción y representantes de corporeidad (Ordóñez, Lozano, & Morales, 1993) . Segundo, hace referencia a la influencia de la dimensión simbólica, sociocultural y la concepción de medicina indígena, es por eso que, Taussing (1987) menciona que los efectos provenientes de la ayahuasca están afectados directamente por la identidad cultural de la persona y el papel del shamán.

El tercer aspecto, se enmarca en la comprensión de las representaciones sociales dentro de los contextos urbanos y las motivaciones de estos para su participación. Quinceno, García, y Salazar (2001) afirman que existen representaciones distorsionadas y prejuiciosos en los contextos urbanos. Por otro lado, Ronderos (2003) menciona que las motivaciones de las personas para participar de este ritual, dentro de los contextos

urbanos, se asocian a proceso de construcción de identidad, búsqueda de sensaciones de placer, en contraste con quienes están inmersos en la cosmogonía y cosmología. El cuarto aspecto se relaciona con las distintas modalidades terapéuticas, una psicolítica y otra psicodélica, esta última fue desarrollada en 1954 en Estados Unidos y se caracterizó por administrar en pocas sesiones, altas dosis de drogas con la finalidad de provocar una desestructuralización del *self*, causado por la muerte del yo, y sobre el cual se edificará un *self* más funcional y adaptativo. Por otro lado, la corriente psicolítica, se representa por el uso de bajas dosis de droga en largos periodos de tiempo y en varias sesiones, lo que provoca un descenso en la represión de la persona, así se llega a realizar el análisis de mecanismos de defensa, puesto que se permite el acceso a su inconsciente (Villaescusa, 2006).

Además, se valora el concepto de la transferencia, como un aspecto que se da, sin importar el contexto, en todas las relaciones interpersonales y que revela sus antiguas relaciones con las figuras primarias para exteriorizarlo en la relaciones actuales con los demás, esto determina su condicionamiento inconsciente por los deseos, expectativas y fantasías y su relación con agentes externos que dan la significación de la realidad subjetiva y objetiva (Thoma & Kachéle, 1990).

Un estudio realizado por Ronderos (2003) en la comunidad **Kofán de Putumayo,** Santiago de Cali-Colombia, en donde su objetivo principal fue investigar el tipo de relaciones transferenciales entre el sanador indígena, yagacero y las personas. Se obtuvieron resultados que afirman que, los participantes con más experiencia poseen una transferencia positiva, al contrario de quienes demostraron un vínculo negativo o ambivalente con el "*taita*"; además, como conclusión se obtiene que las características, históricas, contextuales de la personalidad también influencian dicha experiencia.

1.3.7 El papel del sanador

En la medicina tradicional, la ceremonia y el ritual pueden manifestar resultados exitosos aumentando la creencia en el sanador y su expectativa en él (Johansson, Hoglend & Hersoug, 2011). Otro elemento de importancia de acuerdo a este fin, es la variable personal del terapeuta, puesto que, de cualquier forma, "el arte de curar" tanto desde la visión occidental, como ancestral, considera que la vocación es primordial en el proceso terapéutico y estas dependen de la comunidad, sus referentes imaginarios o reales, historia familiar o individual y la formación que ha tenido el terapeuta (Girón, 2011).

Por otro lado, la creencia en el poder del sanador y la ceremonia es de utilidad incluso cuando no existe un patrimonio cultural compartido, pues, existen varios mecanismos teóricos que responden el por qué las personas perciben un beneficio de los curanderos tradicionales. Estos mecanismos se categorizan al proporcionar comodidad personal, elaborar una narrativa espiritual simbólica, inducir un estado alterado de conciencia, movilizar apoyo social o facilitar la recuperación espontanea; el curandero tradicional conecta con la necesidad humana de tener una conexión con la vida simbólica y la esclarecimiento espiritual de la desgracia, además manipula y altera al paciente de una forma que la experiencia humana lo reconoce como vívida, existe un entorno sociocultural subjetivo, y una lógica perceptiva que usa símbolos mágico-religiosos y mitos (Csordas, 1988).

Comparándole con la explicación biomédica, las hipótesis de las causas de la enfermedad pueden considerarse contradictorias o abstractas en referencia a las metáforas de los curanderos tradicionales (Alter, 2014). Cuando el curandero activa su simbolismo contextualmente relevante, reorienta fenomenológicamente a la persona a una realidad donde la expresión de la enfermedad mental no tiene limitaciones, como en la psiquiatría occidental, donde se usa un vocabulario reduccionista (Alter, 2014). Además, el curandero tradicional recrea una amplia cosmología, independientemente del ritual, en donde la persona interactúa con una creación estética y espiritual del yo, aquí sostiene, crea y transmuta un sistema de significados orientados a explicar efectos mentales, físicos y sufrimiento social, esto dentro de una esfera local, moldeable, íntima y psíquicamente penetrante a través de la narrativa (Craig, Chase y Lama, 2010).

Asimismo, brinda la posibilidad de que el paciente admita un *locus de control externo*, removiendo la acción del yo a participar en la dinámica y evitando el estigma local; además, puede que se activen estructuras cerebrales comprometidas con el tratamiento terapéutico cognitivo-conductual (Sidky, Subedi, Spielbauer, Hamill, & Williams, 2000). De igual manera, puede presentar un papel de familiaridad, cuando son vecinos de la comunidad y mantienen relaciones o se familiarizan con la historia familiar (Sidky, 2008). No obstante, puede suceder que, a través de la sanación espiritual, el sanador tradicional pueda crear explicaciones religiosas para tratar crisis existenciales sociológicas y psicológicas de un individuo, lo que le permite manipular los símbolos inconscientes del yo y del cuerpo (Craig, Chase & Lama, 2010). Además, promueve el apoyo social indirecta o directamente mientras se da la movilización de la familia, puesto

que, le posibilita la exoneración de enfermedades estigmatizantes, incluso recompensas materiales, reducción de responsabilidades y de conflictos (Skultans, Un estudio comparativo de la práctica psiquiátrica de un curandero tántrico y una clínica ambulatoria de un hospital en el Valle de Katmandú, 1988)

El curandero puede brindar empatía, apoyo y mejores expectativas de tratamiento, además de verse como un aliado terapéutico. Esto podría provocar un resultado igual al placebo, que ayuda a la ansiedad, insomnio, depresión y en ocasiones, incluso a la esquizofrenia (Sidky, 2010). Sin embargo, el "arte de curar" depende en la forma como cada quien lo ejerce, estos factores y valores muchas veces se vinculan con los referentes imaginarios o reales de una comunidad y por la historia familiar, individual y de formación que ha tenido el terapeuta (Castañeda, 1974).

Es común que quienes usen los servicios médicos demanden **atención y escucha**, esta última posee una eficacia terapéutica que obra como una de las principales colaboradoras en virtud del apego del paciente a la a tensión médica y sus recomendaciones (Eroza & Carrasco, 2020; Ferrater, 1984). Sin embargo, los estudios realizados por (Kleinman y Gale, 1982; Salan y Maretzki, 1983), encontraron que las cualidades personales de quien sana es un aspecto central de la curación tradicional, occidental y la psicoterapia en general; lo que podría llevar a la conclusión de que estas prácticas podrían tener ciertos aspectos terapéuticos comunes.

1.3.8 El papel de la narrativa

Existen ocasiones donde la solución mente-corazón puede ocurrir por medio de una secuencia: narrativa, experiencia fisiológica y comunicación. Puede que en este momento el paciente acuda a los curanderos, no para un tratamiento psicológico-psiquiátrico como tal, sino para solucionar problemas con espíritus, dioses, fantasmas o brujas; para lo que el líder comunitario responde con responsabilidad (Van Leeuwen, 2008). Como consecuencia, a través de una narración simbólica, la persona se desactiva, despersonaliza, desahoga y reinterpreta eventos desafortunados reintegrando su angustia dentro de un universo mítico importante (Desjarlais, 1992).

1.3.9 El papel del ritual

El papel de la metáfora, el ritual y el significado de la sanación tradicional posee gran relevancia. Los rituales podrían proporcionar un espacio seguro, donde la persona pueda expresar su dolor, conflicto, angustia, problemas, y si el caso, sin atacar directamente a quienes han abusado de su persona, así ayudan a los pacientes a expresar ámbitos de si mismos, que previamente no habían sido expresados (Peters, 2004). Los estados alterados de conciencia que provocan las experiencias místicas provocan que esta sea vista como un crecimiento transformacional, en el cual el curandero puede proporcionar comprensión, además una base para la expresión de los procesos mentales de la persona que han sido interpretados en base a fenómenos como la posesión espiritual. Sin embargo, las enfermedades intratables, graves y menos cíclicas como el trastorno obsesivo compulsivo o la esquizofrenia, tienen más dificultades para ser tratadas en base a creencias, expectativas y creaciones de significados; por lo que se prevé una mejoría independiente del tratamiento o diagnóstico (Sidky, 2008).

Por otro lado, la curación tradicional, al tener una amplitud más extensa y matizada de evaluaciones y conceptos que la psiquiatría convencional, no podría dar espacio a una comparación que busque el resultado más favorable, puesto que se perderían cambios cualitativos significativos en cuanto a actitudes, relaciones, significados, autoimagen y papel del enfermo. A pesar de ello, varios rituales de curación usados por la medicina tradicional podrían ser funcionales en varios ámbitos; por ejemplo, al cambiar las estructuras familiares; restaurar la cohesión social, comunitaria y de identidad; de igual manera, podrían ser nombrados y explicados de formas distintas (Nortje et al., 2016).

1.3. 10 Jung a través del Inconsciente Colectivo

Según Jung (1970) en el *inconsciente personal*, como lo expone Freud, se encuentra lo reprimido y olvidado, es de naturaleza individual y sus contenidos son denominados *complejos de carga*. Sin embargo, el *inconsciente colectivo* es idéntico y existente en todos los seres humanos, posee una naturaleza universal y comparte los mismos modos de comportamiento y contenidos con todos los individuos, en todas partes.

Arquetipos

A los contenidos del inconsciente colectivo, Jung los denomina arquetipos, inspirándose para el origen de esta palabra en los alquimistas. Los arquetipos simbolizan

un contenido inconsciente, el cual, el momento de hacerse consciente se transforma conforme a cada conciencia individual en la que se manifiesta. Es por eso, que indirectamente sus expresiones se pueden dar a través de doctrinas tribales primitivas, como en el mito y la leyenda. En cambio, en las manifestaciones mucho más individuales, que valoran y juzgan, se presentan las visiones y sueños (Jung, 1970).

Algunos arquetipos se presentan como personalidades que actúan en las fantasías o sueños y existen arquetipos de trasformación, que son lugares, situaciones, caminos, medios, etc. Y que, así como las personalidades, también son símbolos auténticos. Según Jung, varios documentos literarios exponen que los arquetipos se presentan normalmente en las personas, es así, que el elemento patológico no surge en presencia de estas representaciones, sino en la disociación producida en la conciencia que ya no le permite dominar lo inconsciente (Jung, 1970).

El anima (arquetipo)

Anima significa alma y denomina a algo inmortal y maravilloso, puesto que, un ser animado siempre está vivo y por ello, también es causante de vida; sin embargo, Jung la diferencia de una *anima rationalitis*, que se adentra en la filosofía, pues la anima que refiere Jung se presenta como un arquetipo natural y femenino, porque generalmente es proyectada sobre las mujeres. Es una vida que, aunque no puede ser completamente integrada a la conciencia, desde ella, parte la conciencia, por lo cual, es viviente por si misma, es vida más allá de cualquier categoría, porque puede existir sin la alabanza y la injuria (Jung, 1970).

El Anima compone satisfactoriamente el inconsciente del lenguaje, de la historia, de la religión y del espíritu primitivo. Puesto que, es el a priori de los impulsos, estados de ánimo, reacciones y lo espontáneo dentro de la vida psíquica. Para las antiguas poblaciones, el anima se presentó como bruja o como diosa; en la edad media, en cambio, se la transformó a Madre Iglesia y Reina del Cielo. En los protestantes y su mundo con ausencia de símbolos, originó un sentimentalismo enfermizo, y posteriormente una enfatización del conflicto moral que orientó al "más allá del bien y del mal" de Nietzsche. Finalmente, en los entornos civilizados, se ha hecho presente en la inseguridad dentro del matrimonio (Jung, 1970).

Es también sabiduría secreta o impulso vital, aunque también podría llegar a ser desatino. Pues, en tanto no brinden significado de sí mismas, tanto el anima como la vida

carecen de significado; sin embargo, poseen una condición interpretable, puesto que "en todo caos hay cosmos y en todo desorden hay un orden secreto, en toda arbitrariedad hay ley permanente, porque todo lo que actúa descansa sobre su opuesto" (Jung, 1970, p. 38).

Arquetipo: el anciano sabio o del significado

El mago es semejante al anciano adivino que se remonta hasta la imagen del hechicero en las poblaciones antiguas. Es el maestro, iluminador e instructor. Jung ve al significado como un arquetipo, que en conjunto con el "anima" constituye el arquetipo de la vida. Las formas de dar significado se remontan a la antigüedad, pues las interpretaciones usan matrices lingüísticas que tienen origen en imágenes arcaicas. Como ejemplo, propone el concepto de energía que hace referencia a un acontecer físico, pero que con anterioridad, para los alquimistas fue el fuego arcano; para el heraclíteo, el fuego eterno, cercana a la concepción de una fuerza viviente primitiva y provocadora de sanación mágica o crecimiento, denominada generalmente como "mana". Así, propone que no existen concepciones que no se basen en antecedentes históricos o formas primitivas arquetípicas (Jung, 1970).

Arquetipo: sombra

Jung (1970) menciona que "el que va hacia sí mismo corre el riesgo de encontrarse consigo mismo" (p. 26), de esta manera explica que encontrarse consigo mismo es algo que el humano evita y proyecta en el entorno, sin embargo, este encuentro significa también el encuentro con la propia sombra. La sombra, por tanto, es una parte de la personalidad que busca vivir de cualquier manera, es por eso que no es posible esquivarla o rechazarla, pues pone en juego todo, e incluso hace recordar al humano su impotencia y desamparo.

Los ritos

Las poblaciones primitivas temen las pasiones incontenidas, debido a que, a través de ellas fácilmente desaparece la conciencia y se puede dar lugar a la *posesión,* de esto parte que la humanidad se fuerza siempre al *fortalecimiento de la conciencia*. Así pues, los dogmas, las representaciones colectivas y los ritos primitivos que radican en exorcismos, invocación de espíritus, conjuros y producción mágica, fueron diques que previnieron de los peligros del inconsciente y que más tarde sirvieron como base de la Iglesia. Los ritos de restitución, por ejemplo, son una forma de psicoterapia dentro de un estadio primitivo (Jung, 1970)**.**

Los Mitos

Se puede considerar que los mitos son expresiones psíquicas que revelan la naturaleza del alma, la pisque inconsciente del primitivo tiene una necesidad de adecuar las experiencias sensoriales externas al acontecer psíquico, es por eso que, para las poblaciones primitivas, no les basta con ver la puesta de sol, pues para ellos el curso de el astro podría representar el destino de un héroe o un dios, el cual habita en el alma del humano, es por eso que Jung (1970) afirma que

> *Todos los procesos naturales convertidos en mitos, como el verano, el invierno, las fases lunares, la época de lluvias, etc., no son sino alegorías de esas experiencias objetivas, o más bien expresiones simbólicas del íntimo e inconsciente drama del alma, cuya aprehensión se hace posible al proyectarlo, es decir, cuando aparece reflejado en los procesos naturales. La proyección es hasta tal punto profunda que fueron necesarios varios siglos de cultura para separarla en cierta medida del objeto exterior. (p.12)*

En todas las épocas anteriores, de alguna forma, creían en los dioses, el empobrecimiento de aquel simbolismo fue necesario para redescubrir a los dioses como arquetipos. Es por eso, que según Jung (1970) "los símbolos son espíritu que está por arriba de los hombres, y entonces también el espíritu está por arriba" (p. 29). Además, menciona que el alma abarca todas las imágenes que se han manifestado acerca de los mitos y que el humano primitivo lo encuentra nuevamente en los pequeños y grandes procesos naturales.

Religión

Las religiones predominantes a nivel mundial aprisionan un saber revelado primario y se manifiestan a través de majestuosas imágenes, escritos y templos sagrados que expresan los antiguos saberes (Jung, 1970)**.**

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

El presente estudio presenta un enfoque cualitativo, se enmarca en la revisión bibliográfica de tipo retrospectivo, para lo cual, se admitieron artículos publicados dentro de los últimos 10 años, entre el periodo septiembre 2020 y enero 2021.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general:

Indagar cómo se concibe a la salud mental desde un punto de vista sociocultural tradicional.

2.1.2 Objetivos específicos:

1. Identificar artículos actualizados sobre el tema
2. Analizar el contenido de estos artículos.
3. Sistematizar la información analizada.
4. Obtener conclusiones.

2.2 Recopilación de datos

Para realizar la recopilación del material bibliográfico se usaron las siguientes bases de datos como fuente de búsqueda: Scopus, Scielo, PubMed y Google Scholar como buscador general. Por medio de una revisión general, los buscadores arrojaron datos de todo el mundo, sin embargo, en esta investigación, se enfatizó en la perspectiva ancestral de los pueblos y nacionalidades ecuatorianas acerca de la salud mental. Por otro lado, con el fin de complementar la información obtenida, se realizó una revisión manual, la cual ayudó a recopilar artículos de revistas científicas, textos de páginas web y libros.

Tabla 1

Estrategia de búsqueda para las bases de datos

Primera búsqueda					
Palabras clave					
“salud mental”	“salud”	“enfermedad mental”	“medicina tradicional”	“sociocultural”	“shamán”
Segunda búsqueda					
“salud mental”	“salud”	“enfermedad mental”	“medicina tradicional” “medicina indígena” “medicina ancestral”	“sociocultural”	“curandero” “sanador”
Tercera búsqueda					
“salud mental”	“salud”	“enfermedad mental”	“medicina alternativa”	“salud intercultural”	“curandero” “sanador tradicional”

En total, las palabras clave que guiaron la investigación fueron las siguientes: “salud mental”, “salud”, “enfermedad mental”, “medicina tradicional”, “sociocultural” “medicina indígena”, “medicina ancestral”, “shamán” , “curandero” “sanador” “medicina alternativa” “salud intercultural”.

En la primera fase de búsqueda se usaron las palabras “salud mental”, “salud”, “enfermedad mental”, “medicina tradicional”, “sociocultural” y “shamán”. Para la segunda fase, se indagó que dependiendo del contexto de estudio, la propia sociedad dará nombre al “sanador tradicional” o “curandero”, por lo que que se incluyó estas palabras y se omitió la de “shamán”. Además, respecto a esto, también se pudo constatar que en algunos países existe similitud entre las definiciones de “medicina tradicional”, “medicina indígena” y “medicina ancestral” por lo que se añadió estas últimas a las palabras clave. Sin embargo, en la tercera fase, a pesar de la distinción que se pudo

constatar entre “medicina tradicional y “medicina alternativa” se incluyó esta palabra para el contexto europeo; en esta misma fase se incluyó “salud intercultural” debido a su aparición constante en los artículos revisados previamente y se omitió la palabra “sociocultural”. Es importante recalcar que en todos los buscadores se usaron las palabras clave previamente expuestas, tanto en español como en inglés.

Para mejorar efectividad de la revisión de varios artículos relacionados al tema, se usaron criterios de exclusión, inclusión y límites de búsqueda definidos previamente:

2.2.1 Criterios de inclusión:

- Artículos que aborden a la salud mental desde una perspectiva social y cultural tradicional.
- Artículos que proporcionen teorías de problemáticas psiquiátricas o psicológicas vistas desde el ámbito sociocultural.

2.2.2. Criterios de exclusión:

- Artículos que involucren temas distintos al propuesto.
- Artículos que no realicen un abordaje de la salud mental.
- Artículos que se centren únicamente en el modelo biomédico como una perspectiva para abordar la salud mental.

2.2.3 Límites de búsqueda:

- Periodo de publicación de los artículos: año 2010 al 2020.
- Idioma: sin restricciones.

2.3 Selección de artículos

La selección de los artículos se ejecutó, en un primer tiempo, a través de la lectura de los resúmenes de éstos en cada revista, posteriormente se descartaron los que no cumplieron con el objetivo de estudio y los redundantes. Posteriormente se procedió a la lectura del texto íntegro de los artículos, se evaluó que realmente cumplan los criterios de inclusión y finalmente se dio paso a elección definitiva de los artículos que serán incluidos en el estudio.

Tabla 2

Selección de artículos

Base de datos	Numero de artículos obtenidos	Numero de artículos excluidos	Cantidad de artículos incluidos
Scopus	34	20	14
Scielo	62	40	22
PubMed	78	51	27
TOTAL	**174**	111	**63**

2.4 Desarrollo

La presente investigación ha recopilado un total de 174 artículos de tres buscadores: Scopus, Scielo y PubMed, de los cuales se excluyeron 111 y se incluyeron únicamente 63 para este estudio, como se mencionó anteriormente, el proceso de inclusión ha cumplido varios criterios de de inclusión, exclusión y límites de búsqueda.

CAPITULO 3

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para un mejor abordaje del presente estudio, fue necesario precisar ciertas definiciones que encausen de mejor forma la temática abordada. Por lo tanto, se pudo obtener que, previo a los sistemas formales de atención o según criterios de algunos autores, la medicina tradicional también ha sido denominada como "medicina indígena" o "medicina ancestral" pues, toma como base las experiencias indígenas de distintas culturas desde una perspectiva que integra lo físico, social y cultural con su propia cosmovisión. Por lo que, se la diferencia sustancialmente de la "medicina alternativa" o "medicina complementaria", las cuales no forman parte de la tradición o del sistema propio de la comunidad. Estas distinciones podrían variar según el autor y el contexto desde el cual se plantea, tal es el caso de algunas regiones de Europa, que enmarcan ciertas prácticas de los pueblos primitivos y sus sistemas de sanación dentro de la "medicina alternativa".

De igual manera, se pudo obtener, que si bien algunas poblaciones han logrado sustentar por medio de su propia conceptualización las terminologías "salud" o "enfermedad", en muchos casos el aspecto "mental" y sus distintas dimensiones son inexistentes; aún así, ciertas poblaciones han demarcado desde su propia cultura y sistema de creencias términos que, de alguna forma, se podrían asociar con un daño o enfermedad en este aspecto, así, algunos términos como "enfermedad espiritual", "enfermedad del alma" o "mala energía" podrían suponer gran acercamiento a un abordaje de la enfermedad mental, sin embargo, tanto la denominación, como su significado variará sustancialmente de acuerdo a la población que lo sustente. A pesar de la ambigüedad señalada, se logró enfatizar en problemáticas asociadas a alteraciones emocionales, conductuales, de las sensaciones y percepciones para un mejor acercamiento a los problemas psicológicos.

Por lo tanto, considerar la cosmovisión, es decir, cómo las distintas poblaciones conciben al mundo y a si mismas en relación con este, ha sido un elemento esencial para lograr un real acercamiento hacia las percepciones, concepciones y prácticas tradicionales de sanación. Aunque, la investigación realizada fue amplia, pues involucró a los cuatro continentes, se logró rescatar ciertos puntos en común. Es importante entender que la religión, magia y ciencia, en algún momento ocuparon un mismo plano, sin embargo,

tiempo después se fragmentaron como formas distintas de explicar varios fenómenos, entre estos, la enfermedad; es por eso, que para algunos autores, las poblaciones ancestrales conciben al mundo desde un enfoque holístico y dimensiones naturales y sobrenaturales que influenciarán en el ser humano.

Sin embargo, al profundizar en este ámbito se obtuvo que los ejes conceptuales comunes en varias cosmovisiones poseen este enfoque holístico porque se basan en la armonía, equilibrio, interconexión e integralidad con el "todo". Con base en esto, se pudo inferir que el entorno, es decir, el "todo" que incluye y rodea al ser humano se compone de varias dimensiones que se interrelacionan constantemente. Estas, a través de la bibliografía sustentada, podrían delimitarse como: dimensión **social**, que involucra la relación con la familia, la comunidad y el cumplimiento de sus normas, valores y tradiciones; dimensión **natural**, compuesta por animales, plantas, minerales, además de elementos y fenómenos naturales. Y **dimensión espiritual**, donde se presenta el aspecto energético, considerado también como sobre natural o animista, así como los anteriores, este también convive e influye en todos los seres existentes. En cuanto a los principios que se rigen dentro de las cosmovisiones tradicionales, generalmente son el de dualidad y complementariedad.

Se concluyó que la **percepción de salud y enfermedad es influida directamente por esta forma de ver el mundo.** Es por eso que, la salud se obtendrá a partir de que el humano consiga mantener la armonía y equilibrio consigo mismo y el entorno; como consecuencia, la enfermedad se concibe como una alteración o desequilibrio en relación con las distintas dimensiones anteriormente mencionadas, es por eso que, sus causas podrían ser descritas como mágicas, espirituales, sobrenaturales, naturales o directamente por provocación de otras personas a través conflictos, envidias y otras problemáticas. Estas alteraciones no solo podrían ocasionar grades cambios emocionales y conductuales sino también, trastornos orgánicos. Ahora bien, es importante mencionar que la salud y enfermedad también se encuentran regidos por los principios antes mencionados, debido a esto, no son percibidos como contrarios, pues se complementan.

El modelo de sanación tradicional, claramente dependerá de la cosmogonía y cosmovisión de su pueblo, sin embargo, es importante recalcar que cada modelo abordado se sustenta en su sistema de salud, formulando su propia etiología, anamnesis, evaluaciones y herramientas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento e incluso diagnóstico diferencial. Es así, que, a lo largo de la investigación, se ha logrado obtener ciertos puntos

en común. El **diagnóstico** generalmente se realiza a través de la observación, conversación o por medio elementos de la naturaleza como animales y plantas o rituales. Por su parte, el **tratamiento** tendrá el objetivo de devolver la armonía o equilibrio a través de varias recomendaciones que los médicos tradicionales realizarán a sus pacientes, entre esto se encuentran aspectos relacionados con los alimentos y el mantenimiento de una dieta, el uso de ciertas plantas medicinales, evitar ciertos círculos sociales, ejercicio físico y rituales.

Los sanadores tradicionales pueden cumplir con varias funciones dentro de una misma comunidad, por un lado, podrían estar encargados o formar parte del sistema de salud; sin embargo, su denominación será asignada según el tipo de afección en la que se especialice, la dimensión en la que trabaje y las herramientas que utilice; es por eso que, asignaciones como "curandero" "shamán", "brujo", "hierbero" para referirse a un único agente encargado de la salud demuestra desconocimiento. Por otro lado, cumple también varias funciones sociales, porque es la o él gran conocedor o conocedora y responsable de la sabiduría de la comunidad y todo cuanto existe en ella. Además, se constató, que tanto la elección como el proceso de formación del medico tradicional debe cumplir con un riguroso proceso teórico-práctico que se adhiera a las expectativas y requisitos culturales, sociales y personales de los miembros de la comunidad.

Es importante señalar que **las prácticas ancestrales de sanación sufrieron grandes procesos a lo largo de la historia,** un aspecto evidente en la mayoría de estos, es la discriminación y silenciamiento arremetido por el sistema dominante de cada época. En Europa, se evidenció a través de las innegables consecuencias de instituciones como la Santa Inquisición; el destino en América a través de la colonización no fue diferente, pues lo que no se pudo directamente eliminar se encausó a través de prácticas socialmente aceptables como la religión o el folklore. Esta acción alejó a la medicina tradicional del sistema de salud formal e incluso de consideraciones epidemiológicas y sus procesos por varias décadas, hasta que finalmente varios esfuerzos sociales lograron su reconocimiento.

Actualmente, el modelo biomédico, enfocado a la salud mental, reconoce a los sistemas de salud tradicionales dentro de los "síndromes culturales", "denominaciones indígenas" y "trastornos específicos de determinadas culturas" sin embargo, a través del desarrollo de esta investigación, se puede constatar que estas no corresponden realmente con las concepciones de enfermedad según los modelos de salud tradicionales y por

consecuencia, se apartan de sus **denominaciones**, definiciones, causas, consecuencias y sobre todo, de sus realidades y cosmovisiones. Aún así, varios psicólogos y psiquiatras, desde sus distintos enfoques, reconocen los impactos positivos y beneficiosos de estas prácticas para la salud mental. Por lo que se puede inferir, que el modelo actual de salud biomédica claramente no considera a todos los sectores poblacionales y por lo tanto, su atención marca una brecha sociocultural fuerte; sobre todo en países plurinacionales y multiculturales como el Ecuador.

A pesar del predominio del sistema biomédico para el tratamiento de alteraciones mentales, la **demanda de la sociedad hacia los modelos ancestrales de sanación sigue estando presente en la actualidad,** sobre todo en comunidades indígenas; lo que podría deberse, según lo indagado, a diferentes causas, unas que evidencian la falta de identificación tanto con el modelo biomédico como con el sanador representante, en este caso, psicólogos y psiquiatras; la otra es la ausencia o vacío que deja este sistema en relación con la esfera espiritual.

Es por eso que, a través de lo expuesto a lo largo del presente trabajo de investigación, se recomienda que los futuros estudios aborden la salud mental desde diversas concepciones socioculturales, esta acción valoraría y dignificaría las diferentes identidades étnicas y culturales, así como sus propios procesos, expresiones y formas de conocimiento. De igual manera, reconocer la esfera espiritual es importante, más allá de la comprobación o no de su existencia, pues claramente influencia tanto en el sistema de creencias como en la esfera psíquica de la población.

Finalmente, con base en una realidad social evidenciada en la diversidad de etnias y culturas, como en el caso de Latinoamérica, es importante que el modelo de salud convencional replantee su abordaje folclórico con respecto a los modelos ancestrales de sanación y los reconozca con responsabilidad desde una epistemología crítica, con el propósito de garantizar una salud intercultural, a través de la formulación de políticas públicas que amparen la inclusión de estos modelos en el sistema educativo y en los distintos servicios de salud.

3.1 BIBLIOGRAFÍA

Abbo, C., Okell, E., Musisi, S., Waako, P., & Ekblad, S. (2012). Resultado naturalista del tratamiento de la psicosis por curanderos tradicionales en Jinja y los distritos de Iganga, Uganda oriental: seguimiento de 3 y 6 meses. *International Journal of Mental Health Systems, 6*(1), 6-13.

Aguilar, M., Tobar, M., & García, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública, 22*(4), 4-22.

Aguirre, B. (1992). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial.* México: Universidad Veracruzana.

Alem, A., Jacobsson, L., Araya, M., D, K., & Kullgren, G. (1999). ¿Cómo los trastornos mentales han sido observados y donde se busca ayuda en una zona rural de una comunidad de Etiopía. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 40*(7), 40-47.

Alfonso, A. (2005). La medicina tradicional como medicina ecocultural. *Gazeta de antropología, 10*(21).

Almargo, M. (2009). La etnología como fuente de estudios de la hispania Celta. *BSAA Arqueología*(75), 91-142.

Alter, J. (2014). *Espíritus y exorcismo: sobre la semiótica de la curación y la recuperación.* Ethos .

Alulema, R. (2020). Concepción de la salud- enfermedad desde la cosmovisión cañari. *Revista Ciencias de la Salud, 18*, 4-16.

Alulema, R., & López, M. (2017). Cosmovisión Andina Cañari y Determinación Social de la Salud. *Revista de Investigación Talentos, 4*(2), 75-80.

Álvarés, C. (2012). Sabiduría de la Cultura Waodani de la Amazonía Ecuatoriana . En C. Yeti, & T. Daniel, *Sabiduría Amazónica* (págs. 259-433). Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca .

Andrade, J., Lucero, H., & Armijos, C. (2017). Etnobotánica de los indígenas Saraguros: Plantas medicinales utilizadas por los curanderos comunitarios "Hampiyachakkuna" en la Parroquia San Lucas, Sur de Ecuador. *BioMed Research International* , 1-20.

Andrade, S., Arguello, S., & Cazamajor, P. (1988). *Nuevas Investigaciones Antropologicas Ecuatorianas.* Quito: Editorial Abya Yala.

Antun, R., & Chiriap, V. (1991). *Tsentsak.* Quito: Editorial Abya Yala.

Aparicio, A. (2014). Tres ámbitos de expresión de la cultura tradicional de salud y de la etnomedicina en Mesoamerica. *Antropología Experimental*(6), 107-117.

Apud, I. (2019). Ayahuasca en el tratamiento de adicciones. Estudio de cuatro casos tratados en IDEAA, desde una perspectiva interdisciplinaria. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines, 36*(1), 133-154.

Armijos, C., Cota, I., & González, S. (2014). Medicina tradicional aplicada por los Saraguro yachakkuna: un acercamiento preliminar al uso de especies vegetales sagradas y psicoactivas en la región sur del Ecuador. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 10-26.

Arocha, J. (1999). Los ombligados de ananse. *Nómadas*, 201 – 209.

Arrizabalaga, J. (2000). Cultura e historia de la enfermedad. *Scielo*, 71 - 82.

Arruda, A. (2000). Representaciones sociales y cultura en el pensamiento ambientalista brasileño. En D. Jodelet, & A. Guerrero, *Develando la Cultura* (pág. 221). México D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México .

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Formación Cultural. En A. A. Psiquiatría, *Manual Dignóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (págs. 749-947). Arlington.

Asociación Americana de Psiquiatria. (2014). Introducción. En A. A. Psiquiatria, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (págs. 14-897). Arlington: Editorial Medica Panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).* Arlington: Editorial Medica Panamericana.

Ávila, C., Pedroza, Mariana, & Angulo, O. (2019). Yagé: Crisis de occidente y trabajo espiritual. *Universidad y Salud, 21*(3), 240-252.

Balladelli, P. (1990). *Entre lo mágico y lo natural: La medicina indígena, testimonios de Pesillo.* Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Ballesteros, J., Bracco, F., Cerna, M., Vita, F., & Vidari, G. (2016). Investigación Etnobotánica en la Estación Científica Kutukú, Morona-Santiago, Ecuador. *BioMed Research International*, 1–18.

Barefoot, J., Brummett, B., Helms, M., Mark, D., Siegler, I., & Williams, R. (2000). Sintomas depresivos y supervivencia de pacientes con enfermedad de las arterias coronarias. 790–795.

Bautista, E., Duque, V., Verdugo, A., Dávalos, V., Michels, N., Hendrickx, K., & Verhoeven, V. (2020). Hacia una definición indígena de salud: un estudio exploratorio para comprender los conceptos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas ecuatorianos. *Revista internacional para la equidad en salud, 19*(101), 19-101.

Bhikha, A. F. (2012). Una revisión sistemática de los modelos explicativos de la enfermedad de la psicosis en países desarrollados. *International Review of Psychiatry, 24*(5), 450–62.

Boccara, G. (2004). *Hacia la salud complementaria en territorio Lafkenche.* Santiago: Ministerio de Salud Chile.

Borchgrevink, C., Stig, B., & Jens, L. (1992). *Alternativ Medisi11. Indstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Radet for medisinsk forskning. Norges allmenvitenskape1ige forskningsrad.* Oslo.

Bourque, N. (2001). *Comiendo palabras: comunicación con la comida en los Andes ecuatorianos.* Londres: Routledge.

Bravo, A. (2013). *Cuando los saberes se hacen audibles, la trasmisión del conocimeinto en el Ecuador del siglo XXI (Tesis de Pregrado).* Facultad latinoamericana de ciencias sociales , Quito.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad.* Buenos Aires : Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31*(1), 13-27.

Brierley, D., & Davidson, C. (2012). Desarrollos en la farmacología de la harmina: implicaciones para el uso de ayahuasca y el tratamiento de la drogodependencia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 39*(2), 263–272.

Brislin, R., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Métodos de investigación intercultural: estudios comparativos en las ciencias del comportamiento.* Nueva York: Wiley.

Burns, J., & Tomita, A. (2015). Curanderos tradicionales y religiosos en el camino del cuidado de personas con trastornos mentales en África: una revisión sistemática y un metanálisis. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*, 867–877.

Cabanilla, E. (2015). Impactos culturales del turismo comunitario en Ecuador sobre el rol del Chamán y los ritos mágico-religiosos. *Estudios y perspectivas en turismo, 24*(2), 356-373.

Cáceres, E. (1988). *Si Crees los Apus te Curan: Medicina Andina e Identidad Cultural.* Cusco, Perú: Centro de Medicina Andina.

Caicedo, F. (2009). Nuevos chamanismos Nueva Era. *Universitas humanística*(68), 15-32.

Campagnoli, A., Pereira, L., & Bueno, J. (2020). Tiempo subjetivo bajo estados alterados de conciencia en usuarios de ayahuasca en rituales chamánicos que involucran música. *Revista Brasileña de Investigaciones Médicas y Biológicas, 53*(8), 8-53.

Cardona, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de salud pública, 14*(4), 630-643. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de https://bit.ly/3kv7GbW.

Castañeda, C. (1974). *Relatos de poder.* México, D.F: Fondo de cultura económica.

Castañeda, C. (1974). *Relatos de poder.* México, D.F: Fondo de cultura económica.

Castañeda, C. (1986). *Una realidad aparte.* México, D.F: Fondo de cultura económica.

Censo Nacional de Población y Vivienda. (2012). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2011.* katmandú: Oficina Central de Estadísticas del Gobierno de Nepal.

Cerón, C. (2006). Plantas medicinales de los Andes ecuatorianos. *Botánica Económica de los Andes Centrales*, 285-293.

Chacón, J. (2012). Sabiduría de la Cultura Waodani de la Amazonía Ecuatoriana. En T. Ahua, & D. Quimontari, *Sabiduría Amazónica* (págs. 354-433). Cuenca: Universidad de Cuenca .

Chao, M., Wade, C., Kronenberg, F., Kalmuss, D., & Cushman, L. (2006). Razones de las mujeres para el uso de la medicina complementaria y alternativa: diferencias raciales / étnicas. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 719–720.

Charlier, P., Coppens, Y., Malaurie, J., Brun, L., Kepanga, M., Hoang-Opermann, V., & Hervé, C. (enero de 2017). ¿Una nueva definición de salud? Carta abierta de pueblos autóctonos y antropólogos médicos a la OMS. *Revista europea de medicina interna* , 33-37.

Che, C., George, V., Ijinu, T., Pushpangadan, P., & Andrae, K. (2017). Medicina tradicional. *Farmacognosia*, 15-30.

Cheikhyoussef, A., Shapi, M., Matengu, K., & Mu, H. (2011). Estudio etnobotánico del conocimiento indígena sobre el uso de plantas medicinales por curanderos tradicionales en la región de Oshikoto, Namibia . *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 7*(10), 1-10.

Ciapparelli, L. (2005). Medicina y Literatura en el Tratado de Fascinación de Enrique de Villena . *Cuadernos de historia de España* , 31-56.

Cordoba, M., Vallejo, Á., & Saa, J. (junio de 2012). Fenómenos Transferenciales en las Tomas Rituales Urbanas de Ayahuasca. *Revista Universidad y Salud , 15*(1), 67-77.

Coromias, J., & Pascual, J. (1974). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico.* Madrid: Gredos.

Craig, S., Chase, L., & Lama, T. (2010). Llevando el MINI a Mustang, Nepal: Traducciones metodológicas y epistemológicas de una herramienta de entrevista narrativa sobre enfermedades. *Antropología y Medicina, 13*(1), 1-26.

Csordas, T. (1988). Elementos de persuasión carismática y sanación. *Medical Anthropology Quarterly*, 42-121.

Cunningham, N. (2008). Hallucinogenic plants of abuse. *Emergency Medicine Australasia*, 167-174.

Cutipa, L. (1993). Reflexiones Críticas sobre el Pensamiento Andino. *Universidad Nacional del Altiplano*, 10-103.

Damasio, A., Damasio, H., & Tranel, D. (2013). Persistencia de sentimientos y sensibilidad después de daño bilateral de la ínsula. *Cerebral Cortex, 23*(4), 833-46.

De Araujo, D., Ribeiro, S., Cecchi, G., Carvalho, F., Sanchez, T., Pinto, J., . . . Santos, A. (2012). Seeing with the eyes shut: neural basis of enhanced imagery following Ayahuasca ingestion. *Human Brain Mapps, 33*(11), 2550–2560.

De Feo, V. (2003). Estudio de campo etnomédico en Los Andes del norte peruano con especial referencia a las prácticas de adivinación. *Revista de Etnofarmacología, 85*(2), 243-256.

Desjarlais, R. (1992). Cuerpo y emoción: la estética de la enfermedad y la curación en el Himalaya de Nepal. *Prensa de la Universidad de Pennsylvania.*

Díaz, R. (2005). *¿Una ética del yagé?* Recuperado el 28 de nomviembre de 2020, de http://www.visionchamanica.com/medicinas_etnicas/etica_yage.htm

Dipierri, J. (2004). Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. *uadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Jujuy*(22), 241-263.

Dolto, F. (1981). *La imagen inconsciente del cuerpo.* Buenos Aires: Paidos.

Dos Santos, R., Landeira, J., Strassman, R., V, M., & Cruz, A. (2007). Efectos de la ayahuasca en medidas psicométricas de ansiedad, pánico y desesperanza en miembros de Santo Daime. *Journal of Ethnopharmacology*, 507–513.

EcuRed. (26 de abril de 2012). *EcuRed.* Recuperado el 01 de 12 de 2021, de Mapuche (Etnia): https://www.ecured.cu/Mapuche_(etnia)#Geograf.C3.ADa

Eliade, M. (1976). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis.* México: Fondo de Cultura Económica.

Eliade, M. (1986). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis.* México, D.F: Fondo de cultura económica.

Eroza, E., & Carrasco, M. (15 de mayo de 2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *Scielo, 18*(1), 112-128.

Escobar, J., & Gureje, O. (2007). Influencia de los factores culturales y sociales sobre la epidemiología de las quejas somáticas idiopáticas y síndromes. *Medicina psicosomática, 69*(9), 841–845.

Estermann, J. (2009). *Sabiduría indígena para un mundo nuevo.* La Paz, Bolivia: Central Gráfica.

Estrella, E. (1982). *Medicina y Estructura Socio-Económica.* Quito, Ecuador: Editorial Belén.

Faber, V., Wiel, B., Gussekloo, J., Lagaay, A., & Dongen, V. (2001). Envejecimiento exitoso en los ancianos: ¿qué puede caracterizarse como un envejecimiento exitoso? *Arch Intern Med*, 694:700.

Fassin, D. (1992). *Antropología y Salud en Comunidades Indígenas, Manual de Capacitación para promotores campesinos de salud,.* Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Ferrater, M. (1984). *Diccionario de filosofía, 4 tomos.* Madrid: Alianza.

Ferraz, J. S., Albuquerque, U. P., & Meunier, I. M. (2006). Valor de uso e estrutura da lenhosa às margens do riacho do Navio, Floresta , PE. *Acta Botanica Brasilica*, 125-134.

Figuereo, V., & Calvo, R. (2018). Uso Latinx de la atención médica tradicional: el efecto de red social. Salud y trabajo social. *Health and Social Work*, 217-225.

Finerman, R. (1983). Experiencia y expectativa: conflicto y cambio en el cuidado de la salud familiar tradicional entre los quichua de Saraguro. *Social Science and Medicine, 17*(17), 1291– 1298.

Finerman, R. (1984). Una cuestión de vida o muerte: cambio en la atención médica en una comunidad andina . *Social Science and Medicine*, 329-334.

Finerman, R. (1989). La carga de la responsabilidad: deber, depresión y 'nervios' en el Ecuador Andino. *Health Care for Women International*, 141–157.

Finkler, K. (1980). Tratamientos no médicos y sus resultados. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 271-310.

Foucault, M. (1996). *El nacimiento de la clínic.* Barcelona: Siglo XXI.

Freud, S. (1913). Tótem y Tabú. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XIII, págs. 1-164). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fundación Wangky Lupia. (1994). *Medicina Tradicional en Comunidades Miskitas del RíoCoco.* Nicaragua.

Gallego, B., & Eucaris, M. (1986). *Indicadores de salud-enfermedad y manejo del enfermo en una comunidad indígena del oriente del Cauca (Tesis de maestría).* Facultad de Humanidades. Cali: Universidad del Valle.

Gallegos, M. (2016). Las plantas medicinales: principal alternativa para el cuidado de la salud, en la población rural de Babahoyo, Ecuador. *Anales de la Facultad de Medicina, 77*(4), 327-332.

García, M., & Patiño, R. (1993). *El saber del médico tradicional en la comunidad veredal de huellas (Tesis de grado).* Facultad de Humanidades. Cali: Universidad del Valle.

García, S. (1994). *Indigenismo y marxismo en América Latina.* Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma.

German, Z. (2009). *Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental.* Recuperado el 11 de noviembre de 2020, de Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental.: www.consorcio.org/obser-vatorio/bol-obs/obs8/obs8-cor_05_Reflexiones_para_un_dialogo.pdf

Gewali, M. (2008). *Aspectos de la medicina tradicional en Nepal.* Toyama, Japón: Instituto de Medicina Natural.

Girón, L. (2011). El Quehacer del psicólogo en el contexto indígena. *Universidad de San Buenaventura Colombia* , 22.

Gómez, M., & Del Villar Zamacona, M. (2009). El concepto de propiedad y conocimiento tradicional indígena. *En-claves del pensamiento* , 1-21.

González, T. (2006). Uso tradicional de plantas medicinales en la vereda San Isidro, municipio de San José de Pare-Boyacá: un estudio preliminar usando técnicas cuantitativas. *Acta Biológica Colombiana*, 137-146.

Grover, S., Patra, B., Aggarwal, M., Avasthi, A., Chakrabarti, S., & Malhotra, S. (2014). Relación de creencias sobrenaturales y primer contacto con el tratamiento en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: un estudio exploratorio de la India. *Revista Internacional de Psiquiatría Social, 60*(8), 818-827.

Guayasamín. (2007). *Informe del estudio para la plaza del Inti Huatana en el Instituto Su- perior Pedagógico Quilloac.*

Guimarães, d. S., Carvalho de Moraes, C., & Holanda, A. (2006). Ayahuasca e Redução do Uso Abusivo de Psicoativos: Eficácia Terapêutica? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(3), 363-370.

Gureje, O. (2009). *Los psiquiatras y terapeutas tradicionales: Socios involuntarios en saludmental globa.* Quito: Ed. Wiley.

Gururaj, G. V. (2016). Encuesta nacional de salud mental de India, 2015-16: prevalencia, patrones y resultados. *NIMHANS Bangalore*, 10-13.

Halliburton, M. (2004). Encontrando un ajuste: el pluralismo psiquiátrico en el sur de la India y sus implicaciones para los estudios de la OMS sobre los trastornos mentales. *Psiquiatría transcultural*, 80-98.

Hamill, J., Hallak, J., Dursun, S., & Baker, G. (2019). Ayahuasca: efectos psicológicos y fisiológicos, farmacología y usos potenciales en adicciones y enfermedades mentales. *Current Neuropharmacology, 17*(2), 108–128.

Hemández, Y. (2014). *Sistema médico tradicional rru ngigua (chocho) y el complejo uso de plantas medicinales en San Miguel Tulancingo, Oaxaca (Tesis de*

mestría). Institución de enseñanza e investigación en ciencias agrícolas, Estado de México.

Hermida, C. (2011). Sumak Kawsay: Ecuador construye un nuevo paradigma de salud. *Revista MEDICC*, 13-60.

Herrera, D., Hutchins, F., Gaus, D., & Troya, C. (2018). Salud intercultural en Ecuador: un proyecto asimétrico e incompleto. *Anthropology and Medicine*, 328-344.

Herrera, X., & Lobo, M. (1998). *Antropología médica y medicina tradicional en Colombia.* Bogotá: Fundación Etnollano.

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie analyse dune representation sociale.* París: La Haye .

Hinojosa, J. (1990). *Textos para la historia de Alicante. Historia Medieval.* Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil-Albert.

Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). ¿cómo debemos definir la salud? *BMJ*, 343-163.

Instituto Nacional Indigenista. (1992). *Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradional.* Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT). México: CONAMIT.

Jauregui, X., Clavo, M., Jovel, & Pardo De Santayana, M. (2011). "Plantas con madre": plantas que enseñan y guían en el proceso de iniciación chamánica en la Amazonía centro-oriental del Perú. *Revista de etnofarmacología, 134*(3), 739-752.

Johannsessen, H. (1998). Una visión general de la medicina alternativa en Europa: distribución, usos y efectos . *Natura Medicatrix*(51), 9-16.

Johansson, P., Høglend, P., & Hersoug, A. (2011). Alianza terapéutica mediante el efecto de la expectativa del paciente en psicoterapia dinámica. *British Journal of Clinical Psychology*, 97-283.

Jung, C. (1970). *Arquetipos e Inconsciente colectivo.* Barcelona: Paidós.

Kar, S., & Das, A. (2020). Kar, SK y Das, A. (2020). Búsqueda de ayuda de curanderos tradicionales para enfermedades psiquiátricas: un estudio transversal. *Psychiatry Research*, 290-113133 .

Karsten, R. (1988). Los Indios Colorados del Oeste Ecuatoriano. En J. Juncosa, *Los Classicos de la Etnografia Sobre los Colorados* (págs. 55-79). Quito: Abya-Yala.

Kirmayer, L. J. (2012). Competencia cultural y práctica basada en la evidencia en salud mental: comunidades epistémicas y la política del pluralismo. *Ciencias sociales y medicina*, 249-256.

Kleinman, A. (1978). Conceptos y un modelo para la comparación de los sistemas de medicina como sistemas culturales. *Social Science and Medicine, 12*(2), 85–95.

Kleinman, A. (1988). *Narrativas de enfermedad: sufrimiento, curación y la condición humana.* Nueva York: Libros básicos .

Kleinman, A. (2008). Lo normal, lo patológico y lo existencial. *Psiquiatría integral*, 111–112 .

Kleinman, A., & Gale, J. (1982). Pacientes tratados por médicos y curanderos folclóricos: un estudio comparativo de resultados en Taiwán. *Cultura, Medicina y Psiquiatría*, 405-23.

Koss, J. (1987). Expectativas y resultados para los pacientes que reciben tratamiento en salud mental o sanación espiritista en Puerto Rico. *American Journal of Psychiatry*, 56–61.

Krah, E., de Kruijf, J., & Ragno, L. (2017). Integración de los curanderos tradicionales en el sistema de atención de la salud: desafíos y oportunidades en las zonas rurales del norte de Ghana. *Journal of Community Health*, 157-163.

Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R., & Tirta, I. (2006). Camino a la atención psiquiátrica en Bali. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*(2), 10-204.

Labate, B., & Cavnar, C. (2014). *Prohibición, libertad religiosa y derechos humanos: regulación del consumo tradicional de drogas.* Alemania: Springer.

Labate, B., Araujo, E., & Sena, W. (2002). *O uso ritual ayahuasca.* Campinas: Mercado das letras.

Lacan, J. (1996). *El reverso del psicoanálisis En: El seminario, Libro 17.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lahariya, C., Singhal, S., Gupta, S., & Mishra, A. (2010). Vía de atención entre psiquiátricos pacientes que asisten a una institución de salud mental en la India central. *Indian Journal of Psychiatry*, 333–338.

Lámbarri, A., Flores, F., & Berenzon, S. (2012). Curanderos, malestar y "daños": una interpretación social. *Salud mental*, 123-128.

Larrea, C., & Freire, W. (2002). Desigualdad social y desnutrición infantil en cuatro países andinos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 356-364.

Launso, L., & Brendstrup, E. (1994). *Forskning i alternativ behandling i Danmark - et litteraturstudie. Sundhedsstyrelsens Rad vedr¡¡lrende alternativ behandling.* Copenhagen.

Leblic, G. (1988). Folklore de los montes: del mal de ojo y otras creencias. Curanderismo y hechicería en los Montes de Toledo. *Revista de Estudios Monteños: boletín de la Asociación Cultural Montes de Toledo* , 17-24.

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Estudios de alcance 2010: Avanzando en la metodología. *Ciencia de la implementación*, 5-69.

Lévi-strauss, C. (1987). *Antropología estructural.* Barcelona: Paidos.

Li, R. (2017). Identidad indígena y medicina tradicional: la farmacia en la encrucijada. *Revista canadiense de farmacéuticos*, 279-281.

López, A. (1975). *Textos de medicina náhuatl. Instituto de Investigaciones Históricas.* México: UNAM.

Lopez, D., & Chi, C. (2010). Utilización de la atención médica en Ecuador: un análisis multinivel de los determinantes socioeconómicos y los problemas de desigualdad. *Política y planificación de salud* , 209-218.

Losonczy, A., & Mesturini, S. (2010). La selva viajera. Rutas del chamanismo ayahusaquero entre Europa y América. *Religião y Sociedade, 30*(2), 164-183.

Mabit, J. (2002). Produção visionária da ayahuasca sin contexto dos curandeiros da alta Amazônia peruana. En B. Labate, & W. Araújo, *O uso ritual da ayahuasca* (págs. 147–180). Campinas: Mercado de Letras.

Macaya, X., Pihan, R., & Parada, V. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Scielo, 18*(2), 338-355.

Malinowski, B. (1982). *Magia, ciencia y religión.* España: Ariel.

Mauss, M. (1989). *Sociología y antropología.* España: Tecnos .

Melo, R. (2011). A união do vegetal e o transe mediúnico no Brasil. *Religião y Sociedade, 31*(2), 130-153.

Menéndez, E. (1997). Antropología médica. Espacios propios, campo de nadie. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 83-103.

Menéndez, E. (2016). Salud Intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(1), 109-118.

Mezzich, J., Kirmayer, A., Kleinman, H., Fabrega, D., Parron, B., Good, K., . . . Manson. (1999). El lugar de la cultura en el DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(8), 457–464.

Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, & Orchard, T. (2007). Mejores prácticas en salud intercultural: cinco estudios de caso en América Latina. *Revista de Etnobiología y Etnomedicina, 3*, 3-31.

Ministerio de Salud Pública. (2008). Programa de Apoyo a la Salud en Ecuador (PASSE). *Ministerio de Salud Pública*, 9-18.

Mirowsky, J., & Ross. (2003). *Educación, estatus social y salud.* Nueva York: Aldine de Gruyter.

Miyamoto, Y., Nisbett, R., & Masuda, T. (febrero de 2006). Cultura y entorno físico: prestaciones perceptuales holísticas versus analíticas. *Sage Journals, 17*(2), 113-119.

Mondragón, M., & Randall, S. (1997). Bete quiwiguimamo = Salvando el bosque para vivir sano : algunas plantas y árboles utilizados por la nacionalidad huaorani de la amazonía ecuatoriana. *Abya-Yala*, -228.

Montaluisa, L. (2012). Sabiduría de la Cultura Waodani de la Amazonía Ecuatoriana. En Y. Caiga, & D. Tocari, *Sabiduría Amazónica* (págs. 267-433). Cuenca , Ecuador : Universidad de Cuenca .

Morán, C. (2015). La Psicología Positiva: desde la Grecia clásica a la actualidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 19-24.

Moreira, P., & MacRae, E. (2011). *Eu venho de longe: Mestre Irineu e seus companheiros.* Salvador: EDUFBA.

Mouriès, T. (2014). ¿Con o sin ancestros? Vigencia de lo ancestral en la Amazonía peruana. *Perú Anthropology*, 17-40.

Ministerio de Salud Pública. (2003). El uso de las Plantas Medicinales en las Prácticas Ancestrales de la Curación y/o Sanación de enfermedades del Pueblo Saraguro. *Industrial Gráfica Amazonas*, 1-36.

Ministerio de Salud Pública, & DPSL. (2010). Apuntes sobre Medicina Ancestral del Pueblo Saraguro. *Integraf*, 1-86.

Mukuink, M., & Tukup, F. (1997). *Sueños visiones y poder.* Quito: Editorial Abya Yala.

Muñoz, B. (1986). *Daño e Ideologia: Antropología Médica de los Renacientes de Pindiling.* Quito: Editorial Abya Yala.

Muñoz, C. (1986). *Enfermedad, Daño y Etiología.* Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Naciones Unidas. (junio de 2014). *Naciones Unidas*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de Grupo de Apoyo Interinstitucional de las Naciones Unidas (IASG): https://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf

Naranjo, P., & Escaleras, R. (1995). *La Medicina Tradicional en el Ecuador.* Quito, Ecuador: Corporación Nacional de Publicaciones.

Narbona, R. (1998). Tras los rastros de la cultura popular. Hechicería, supersticiones y curanderismo en Valencia medieval. *Edad Media: revista de historia* (1), 91-110.

Navas de Pozo, Y. (1990). *Angamarca en el siglo XVI.* Quito, Ecuador: Abya Yala.

Nichter, M. (1981). Modismos de angustia: alternativas en la expresión de angustia psicosocial: un estudio de caso del sur de la India. *Cultura, Medicina y Psiquiatría, 5*(4), 1121–408.

Nicolet, C. (1988). *L'Inventaire du monde: géographie et politique aux origines de l'Empire romain.* Paris.

Nortje, G., Oladeji, B., Gureje, O., & Seedat, S. (2016). Efectividad de los curanderos tradicionales en el tratamiento de los trastornos mentales: una revisión sistemática. *The Lancet Psychiatry, 3*(2), 154-170.

Ochoa, C. (2008). *Clasificación y análisis cultural de los mitos cantados en la fiesta mítica del Pawkar Raymi Cañari (Tesis de Maestría).* Cuenca .

Oldroyd. (1986). *El arco del conocimiento. Introducción a la historia de la filosofía y metodología de la ciencia* . Barcelona: Crítica.

Ordóñez, J., Lozano, M., & Morales, R. (1993). *La representación del cuerpo en los rituales del ayahuasca: Un estudio con curanderos urbanos de tradición ingana (Tesis de grado).* Facultad de Humanidades . Cali: Universidad del Valle.

Organización Mundial de la Salud . (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud . (26 de noviembre de 1999). *Consulta internacional sobre la salud de los pueblos indígenas*. Recuperado el 4 de septiembre de 2020, de Organización Mundial de la Salud : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69467/WHO_HSD_00.1_spa.pdf;jsessionid=7A5AFD15510F48ADF2DB17BE29113EC7?sequence=1

Organización Mundial de la Salud . (2000). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 5 de septiembre de 2020, de Lineamientos generales para metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional: http://whqlibdoc.who.int/ hq / 2000 / WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

Organización Mundial de la Salud . (2000). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 25 de noviembre de 2020, de Directrices generales para metodologías sobre investigación y evaluación de la medicina tradicional: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud . (2021). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 10 de 01 de 2021, de Acerca de la OMS: https://www.who.int/about/licensing/emblem/es/#:~:text=El%20emblema%20de%20la%20OMS%20fue%20escogido%20por%20la%20primera,medicina%20y%20la%20profesión%20médica.)

Organización Mundial de la Salud . (2021). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 6 de enero de 2021, de Temas de salud : https://www.who.int/topics/epidemiology/es/

Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 1978). Recuperado el 03 de Septiembre de 2020, de Declaración de Alma-Alta: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 6 de septiembre de 2020, de Estrategia de medicina tradicional 2002–2005.: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_ medicine_strategy_2002_2005.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental; Conceptos, evidencia emergente, práctica.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Organización Mundial de la Salud.* Recuperado el 3 de septiembre de 2020, de Programa de acción mhGAP: https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud . (1997). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10-Esp%20IND6.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). (2006). *Organización Panamericana de la Salud (OPAS)*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31217.pdf

Organización Panaméricana de la Salud. (2003). *Organización Panaméricana de la Salud*. Obtenido de rmonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/49-Esp

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 15 de septiembre de 2020, de Perfil de sistema de salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=74-perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-los-procesos-de-cambio-y-reforma&Itemid=599

Orr, D. (2012). Patrones de persistencia en medio del pluralismo médico: caminos hacia la curación en el sur Andes peruanos. *Antropología médica, 31* (6), 514–530.

Orr, D. (2013). “Ahora camina y camina, como si no tuviera un hogar donde poder comer”: Comida, sanación y hambre en quechua Narrativas de la locura. *Culture, Medicine and Psychiatry* , 694-710.

Ortiz, D., Valdez, A., & Cáceres, A. (2013). Actividad inhibitoria de la acetilcolinesterasa por extractos de 18 especies vegetales nativas de Guatemala usadas en el tratamiento de afecciones nerviosas. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia*, 17-25.

Ortiz, T. (2012). *Espacio, Territorio e Interculturalidad: Una aproximación a sus conflictos y resignificaciones desde la Amazonía de Pastaza en la segunda mitad del siglo XX (Tesis Doctoral).* Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.

Paniagua, F. (2020). El sentir wao. La emocionalidad como demarcador étnico entre los waorani. *Revista Española De Antropología Americana, 50*, 149-165.

Parsons, C., & Wakeley, P. (1991). Lenguajes de la angustia: respuestas somáticas de la angustia en la vida cotidiana. *Cultura, Medicina y Psiquiatría*, 111-132.

Parsons, T. (1979). *Definiciones de salud y enfermedad en la luz de los valores americanos y la estructura social.* Nueva York: Gratis Prensa .

Pascual, D., Pérez, Y., Morales, I., Castellanos, I., & González, E. (2014). Algunas consideraciones sobre el surgimiento y la evolución de la medicina natural y tradicional. *MEDISAN*, 1467-1474.

Passie, T. (1997). *Psycholytic and psychedelic therapy research: A complete international bibliography 1931-1995.* Hannover: Laurentius Publishers.

Pastoureau, M. (2006). *Una historia simbólica de la Edad Media occidental: "El animal: Los juicios contra animales ¿Una justicia ejemplar?,.* Buenos Aires: Katz Editores.

Patel, V., Todd, C., Winston, M., Gwanzura, F., Simunyu, E., Acuda, W., Mann, A. (1998). Resultado de los trastornos mentales comunes en Harare, Zimbabwe. *The British Journal of Psychiatry*, 53-57.

Paternina, H. (1999). Los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta: una visión desde el cuerpo, el territorio y la enfermedad. En M. Vigoya, & G. Garay, *Cuerpo, diferencias y desigualdades.* Bogotá: Editorial de la Universidad Nacional de Colombia.

Paz, M. (2017). Mal de ojo y otras hechicerías. Brujería y Curanderismo en Europa y América: México, España, Rumania y Portugal. *Redalyc, 13*(1), 117-140.

Pedersen, D., Kienzler, H., & Gamarra, J. (2010). Llaki y Ñakary: modismos de angustia y sufrimiento entre los quechuas de las tierras altas en el Andes peruanos. *Culture, Medicine and Psychiatry, 34*(2), 279–300.

Peng, K., & Nisbett, R. (1999). Cultura, dialéctica y razonamiento sobre la contradicción. *American Psychologist, 59*(9), 741-754.

Peréz, A. (2009). *Encuentro de dos: la biomedicina y la medicina tradicional.* Bolivia: Gente común.

Pérez, C., Sepúlveda, D., Cova, F., & Nazar, G. (2020). Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Canete y Tirúa. *Revista Ciencia y Salud, 18*(1), 152-168.

Peters, L. (2004). *Trance, iniciación y psicoterapia en el chamanismo nepalí: ensayos sobre tamang y shamanismo tibetano.* New Delhi: Nirala Publications.

Pham, T., Kaiser, B., Koirala, R., Maharjan, S., Upadhaya, N., Franz, L., & Kohrt, B. (2020). Los curanderos tradicionales y la salud mental en Nepal: una revisión de alcance. *Culture, Medicine and Psychiatry*.

Pichisaca, R. (6 de abril de 2017). Enfermedades vulnerables en la comunidad de Quilloac. (J. Alulema, Entrevistador)

Polia, M. (1988). *Las Lagunas de los Encantos: Medicina Tradicional Andina del Perú Septentrional.* Piura: Central Peruana de Servicios CESPER.

Preller, K., & Vollenweider, F. (2018). Fenomenología, estructura y dinámica de los estados psicodélicos. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 36*, 221-256.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Recuperado el 15 de Septembre de 2020, de Informe sobre desarrollo Humano: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf

Quinceno, N., García, A., & Salazar, S. (2001). El Ayahuasca en la ciudad: Aspectos del Ritual del Ayahuasca en Medellín. *Cultura y Droga*, 263-281.

Restrepo, O., & Jaramillo, E. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30*(2), 202-211.

Rival, L. (1994). *Los indígenas Huaorani en la Conciencia Nacional: alteridad representada y significada.* Quito: Abya-Yala.

Robert A. Hahn, M. C. (2009). *Antropología y salud pública : superando diferencias en cultura y sociedad.* Nueva York: Oxford University.

Roheim, G. (1973). *Gates of The Dream.* Michigan: Ed. International Universities Press.

Ronderos, J. (2003). La presencia del Ayahuasca en el eje cafetero. *Revista Novum*, 63-85.

Rosales, S., Álvarez, M., & Tito, P. (2017). Cosmovisión indígena sobre salud y enfermedad en Otavalo-Ecuador . *Ciencias sociales y del comportamiento*, 975-979.

Salan, R., & Maretzki, T. (1983). Servicios de salud mental y curación tradicional en Indonesia: ¿son compatibles los roles? . *Culture, Medicine and Psychiatry, 7*(4), 377–412.

Salazar, D. (2003). *Crisól Médico en la Península Ibérica*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de Medicina Primitiva: Iberos y Celtas: http://mural.uv.es/dosagar/index.htm

Salinillas, R. (1905). *La fascinación en España.* Madrid: Arias.

Sanches, R., de Lima, F., Dos Santos, R., Macedo, L., Maia de Oliveira, J., Wichert, L., de Araujo, D. B., Riba, J., Crippa, J. A., & Hallak, J. E. (2016). Efectos antidepresivos de una dosis única de ayahuasca en pacientes con depresión recurrente: un estudio de espectros. *Journal of Clinical Psichopharmacology, 36*(1), 77-81.

Sánchez, A., & Ruiz, B. (2009). *Historia de la psicología.* Madrid , España : Pirámide .

Sánchez, J. (2006). Módulo de interculturalidad y fundamentos teóricos Ecuador. *Universidad Politécnica Salesiana*.

Santos, R., Bouso, J., & Cecilio, J. (2017). Ayahuasca: lo que los profesionales de la salud mental deben saber. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 44*(4), 103-109.

Sarkar, S., & Seshadri, H. (2015). Atender las solicitudes de tratamiento de curación por fe. *Med. Ethics*.

Schenberg, E., Alexandre, J., Filev, R., Cravo, A., Sato, J., Muthukumaraswamy, S., Yonamine, M., Waguespack, M., Lomnicka, I., Barcker, S.A., & da Silveira, X. (2015). Efectos bifásicos agudos de la ayahuasca. *PloS One, 10*(9), 10-27.

Schobinger, J. (1997). *Arte Prehistórico de América.* Milán: Jaca Book.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (julio de 2014). *Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo* . Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de Informe técnico de Seguimiento del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/07/Informe-de-Seguiemiento-del-Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2013-2017.pdf

Sen, A. (1997). Capital humano y capacidad humana. *World Development*, 1959-1961.

Shanon, B. (2002). A ayahuasca eo estudo da mente. En B. Labate, & W. Araújo, *O uso ritual da ayahuasca* (págs. 631–660). Campinas: Mercado de Letras.

Sharma, U. (1992). *Complementary Medicine Today. Practitioners and patients.* London: Tavistock/Routledge.

Shulgin, A., & Shulgin, A. (1997). *La comunicación* . California: Transform Press.

Sidky, H. (2008). *Embrujado por el chamán arcaico: Himalayan Jhakris y el discurso sobre el chamanismo.* Lanham: MD: Libros de Lexington.

Sidky, H. (2010). Perspectivas etnográficas de 2010 sobre la diferenciación de los chamanes de otros intercesores rituales. *Etnología Asiatica*, 213–240.

Sidky, H., Subedi, J., Spielbauer, J., Hamill, & Williams, S. (2000). Phombos: una mirada a los curanderos tradicionales entre las Jirels del este de Nepal. *Contribuciones a Estudios nepaleses: The Jirel Issue*, 39–52.

Simos, R., & Hugues, C. (1985). *The Culture Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest.* Dordrecht: Reidel.

Skultans, V. (1988). Un estudio comparativo de la práctica psiquiátrica de un curandero tántrico y una clínica ambulatoria de un hospital en el Valle de Katmandú. *Psychological Medicine, 18*(4), 969-81.

Skultans, V. (1988). Un estudio comparativo de la práctica psiquiátrica de un sanador tántrico y un paciente ambulatorio de un hospital Clínica en el Valle de Katmandú. *Medicina psicológica*, 969–981.

Soller, C. (1988). *El cuerpo en la enseñanza de Lacan.* Traducciones Fundación Freudiana.

Sorketti, E., Zainal, N., & Habil, M. (2013). El resultado del tratamiento de trastornos psicóticos por curanderos tradicionales en el centro de Sudán. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(4), 365–76.

Sorsdahl, K., Stein, D., & Flisher, A. (2010). Actitudes tradicionales del curandero y sus creencias sobre la derivación de enfermos mentales a médicos occidentales en Sudáfrica. *Psiquiatría transcultural, 47*(4), 591–609.

Szabo, A., Kovacs, A., Frecska, E., & Rajnavolgyi, E. (2014). La N, N-dimetiltriptamina psicodélica y la 5-metoxi-N, N-dimetiltriptamina modulan las respuestas inflamatorias innatas y adaptativas a través del receptor sigma-1 de las células dendríticas derivadas de monocitos humanos. *PloS one,* 8-9.

Taussing, M. (1987). Orden y desorden en los ritos curativos neocoloniales: Brecht, Benjamín y el desorden mismo. *Revista de Antropología*, 5-20.

Thoma, H., & Kachéle, H. (1990). *Teoría y práctica del psicoanálisis.* Barcelona: Herder.

Thomas, G., Lucas, P., Capler, N., Tupper, K., & Martin, G. (2013). Terapia asistida por ayahuasca para la adicción: resultados de un estudio observacional preliminar en Canadá. *Current drug abuse reviews, 6*(1), 30-42.

Timmermann, C. (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 52*(2), 93-102.

Timmermann, C. (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría, 52*(2), 93-102.

Tinitana, F., Ríos, M., Romero, J., de la Cruz Rot, M., & Pardo de Santayana, M. (2016). Plantas medicinales vendidas en mercados tradicionales del sur de Ecuador. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 5-18.

Tousignant, M. (1984). La pena en la sierra ecuatoriana: Un análisis psicoantropológico de la tristeza. *Cultura, Medicina y Psiquiatría*, 381–398.

Ubila, E. (junio de 2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 47*(2), 153-162.

Uebelacker, L., Strong, D., & Weinstock, L. (2008). Uso de la teoría de la respuesta al ítem para comprender el funcionamiento diferencial de los síntomas de depresión mayor del DSM-IV por raza, etnia y género. *Medicina psicológica*, 1-11.

Untermann, J. (1961). *Sprachräume und Sprachbewegungen im vorrömischen Hispanien.* Wiesbaden.

Uribe, C. (2008). El yajé, el purgatorio y la farándula. *Antípoda*, 113-31.

Valdivia, P. (1986). *Medicina Folclórica y su substrato aborigen en el Perú.* Lima , Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Valle, M. (2007). Edad Media y Enfermedad . *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica* , 9-27.

Vallejo, Á. (2006). Medicina Indígena y Salud Mental. *Acta Colombiana de Psicología, 9*(2), 39-46.

Van Leeuwen, L. (2008). *Todo es normal: de lo sobrenatural a lo psicosocial (Tesis de maestria).* Holanda: Universidad de Amsterdam.

Vélez, E., Ríos, J. M., Valencia, M., Montero, O., & Hernández, D. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1157-1166.

Ventevogel, P. (1996). *Cosas de Whiteman: Entrenando y desentrenando a curanderos en Ghana.* Amsterdam, Holanda: Het Spinhuis.

Ventura i Oller, M. (2012). *En el cruce de caminos: identidad, cosmología y chamanismo tsachila.* Quito: 1a edición.

Viesca, T. (2000). *Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los nahuas.* México: Panorama.

Villaescusa, M. (2006). Aplicaciones de la LSD en psicoterapia: una historia interrumpida. *Revista Ulises*, 6-14.

Wackermann, J., Wittmann, M., Hasler, F., & Vollenweider, F. (2008). Efectos de dosis variadas de psilocibina sobre la reproducción a intervalos de tiempo en sujetos humanos. *Neuroscience Letters*, 51–55.

Weiskopf, J. (1995). Ayahuasca el poder que viene de la selva. *Revista de la Universidad Nacional de Manizales*, 20-29.

Weismantel, M. (1995). Haciendo parentesco: teoría del parentesco y adopciones de Zumbagua. *Etnología Americana*, 685–704.

Wenzel, A. S. (2005). Hay alguna diferencia de género en la frecuencia de síntomas somáticos en la depresión. *Revista de trastornos afectivos*, 177-181.

Wheaton, B. (1980). La sociogénesis del trastorno psicológico: Una teoría atribucional. *Revista de salud y comportamiento social*, 100-124.

Whitten, N., & Whitten, D. (2011). Historias del presente: pueblo y poder en Ecuador.

Wirth, D. (1995). La importancia de la fe y la expectativa dentro del encuentro de sanación espiritual. *Elsevier*, 249–60.

Wittmann, M., Carter, O., Hasler, F., Cahn, B., Grimberg, U., & Spring, P. (2007). Efectos de la psilocibina en la percepción del tiempo y el control temporal del comportamiento en humanos. *Journal Psychopharmacology, 21*(1), 50–64.

Yánez del Pozo, J. (1996). Los intelectuales indígenas del Ecuador. *Ponencia Presentada en el Andean Seminar.* Washington D.C: George Washington University.

Yusim, A., Anbarasan, D., Hall, B., Goetz, R., Neugebauer, R., Stewart, T., & Ruiz, P. (2010). Dominios socioculturales de la depresión entre poblaciones indígenas en América Latina. *International Review of Psychiatry*, 370-377.

Zambrano, F., Buenaño, M., Mancera, N., & Jiménez, E. (2015). Estudio etnobotánico de plantas medicinales utilizadas por los habitantes del área rural de la Parroquia San Carlos, Quevedo, Ecuador. *Universidad y Salud, 17*(1), 97-111.

Zamora, M., & Ortiz, A. (2012). *Espejo de brujas. Mujeres transgresoras a través de la historia.* Madrid: Abada Editores.

Zieger, A., Mungee, A., Schomerus, G., Ta, W., A, B., Dettling, M., Bajbou,M., von Lersner, U., Angermeyer, M. C., Tandon, A., & Hahn, E. (2017). Actitud hacia los psiquiatras y la medicación psiquiátrica: una encuesta de cinco ciudades de la India. *Indian Journal of Psychiatry, 59*(3), 341–346.

3.2 ANEXOS