

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Fall 2019

La Incorporación de la Dimensión Intercultural Para Pacientes Quechuas en el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca

Caroline Parker
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the Counseling Psychology Commons, Indigenous Studies Commons, Inequality and Stratification Commons, International and Intercultural Communication Commons, Latin American Languages and Societies Commons, Psychiatric and Mental Health Commons, Public Health Commons, and the Social and Cultural Anthropology Commons

Recommended Citation

Parker, Caroline, "La Incorporación de la Dimensión Intercultural Para Pacientes Quechuas en el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca" (2019). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3255.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3255

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

**La Incorporación de la Dimensión Intercultural Para Pacientes Quechuas en el Centro
Comunitario de Salud Mental de Calca**

Caroline Parker

Director Académico: Alex Alvarez

Assessor: Deisy Moscoso

Occidental College

Política y Español

América Latina, Perú, Calca

Presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para el Programa Perú:

Pueblos Indígenas Y Globalización, SIT Study Abroad

Diciembre 2019

RESUMEN

Trastornos mentales afectan a una de cada cinco personas del Perú. Sin embargo, entre las personas que indican una necesidad de atención de salud mental, 69%-85% no buscan servicios. Este problema se amplifica en zonas rurales y comunidades indígenas a lo largo del país. Debido a la falta de servicios en estas regiones, y a la ausencia de investigaciones acerca de la salud mental en comunidades indígenas, investigué los servicios para la salud mental en Calca, una provincia en el sur del Perú con una población substantiva de personas indígenas. Mi pregunta principal es: ¿de qué manera el Centro Comunitario de Salud Mental en Calca incorpora la dimensión intercultural para pacientes Quechuas? A lo largo de mi estudio, completé diez entrevistas, nueve con pacientes y uno con la psiquiatra de la clínica. Descubrí que el centro no alcanzó ninguno de los tres criterios de pertinencia cultural: los servicios no son bilingües, y por eso no son libres de discriminación debido a la atención desigual, y los responsables no incorporan la cultura de la zona en sus servicios. También, todos los entrevistados resaltaron extensamente las barreras de acceso para personas indígenas. Finalmente, concluí que los servicios en Calca fallaron en incorporar adecuadamente la dimensión intercultural.

ABSTRACT

Mental health disorders affect one in five people in Perú. However, 69%-85% of those who indicate a need for mental health support do not access services. This problem is amplified in rural areas as well as indigenous communities throughout the country. Due to the lack of services in these regions, and the absence of research regarding mental health in indigenous communities, I investigated mental health services in Calca, a province in southern Perú with a substantial indigenous population. My principle question is: in what ways does the Community Mental Health Center in Calca incorporate the intercultural dimension for Quechua patients? Throughout my research, I conducted ten interviews, nine with patients and one with the psychiatrist at the clinic. I found that the center did not achieve any of the three criteria of cultural pertinency: the services are not bilingual, and by extension not free from discrimination due to the unequal resources, and the personnel do not modify their services based on the culture of the region. The patients additionally extensively highlighted the barriers to access for indigenous populations. Ultimately, I concluded that the services at the Community Mental Health Center in Calca fail to adequately incorporate the intercultural dimension.

RECONOCIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los pacientes que participaron en mi estudio. No es algo fácil hablar de su situación de salud mental, pero los entrevistados hablaron abiertamente y honestamente. Con suerte, su participación ayudará a que el centro mejore sus servicios. También quiero darle muchas gracias a los responsables del Centro Comunitario de Salud Mental de Calca que me dieron la bienvenida a su organización. La realización de este estudio no habría sido posible sin la ayuda de este centro, específicamente la Psiquiatra. También, quiero darle un enorme agradecimiento a mi asesora, Deisy Moscoso, quien me dio consejos invaluable sobre mi tema de investigación y el proceso de trabajo del campo.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Reconocimientos	4
1. Introducción	6
1.1 Planteamiento del Problema.....	6
1.2 Justificación.....	7
1.3 Objetivos.....	8
1.4 Marco Teorico.....	8
2. Investigaciones Anteriores	9
3. Metodología	12
3.1 Técnicas e Instrumentos.....	12
3.2 El Medio.....	13
3.3 La Población y La Muestra	13
3.4 La Ética.....	14
4. Generalidades del Estudio	14
4.1 El Distrito de Calca.....	14
4.2 El Centro Comunitario de Salud Mental de Calca.....	15
5. Resultados y Discusión	15
5.1 Incorporación de la Cultura.....	16
5.2 Servicios Bilingues.....	19
5.3 Discriminación.....	20
5.4 Barreras de Acceso para Personas de Pueblos Indígenas.....	21
5.5 Calidad de Servicios.....	24
6. Conclusiones	25
6.1 Pertinencia Cultural.....	26
6.2 Recomendaciones.....	26
Bibliografía	28
Anexos	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

La salud mental es un problema global que afecta la habilidad de las personas para trabajar, contribuir a la sociedad, y tener vínculos comunales y familiares. Las enfermedades mentales tienen impacto en las comunidades y países de maneras culturalmente específicas. En todo el Perú, la salud mental es un problema prominente: enfermedades mentales afectan a una de cada cinco personas del país (Toyama et. al, 2017). Los trastornos neuropsiquiátricos son la causa principal de la carga de las enfermedades (“disease burden”), lo cual mide el impacto de un problema de salud usando criterios de costo financiero, mortalidad, y morbilidad (Toyama et. al, 2017).

A pesar de la prevalencia alta y el impacto profundo, pocas personas acceden a servicios o tratamiento para enfermedades mentales. Según el Instituto Nacional de Salud Mental, entre las personas que indican una necesidad de atención de la salud mental, 69%-85% no buscan los servicios. Las razones principales que interfieren en el acceso a servicios son la falta de recursos financieros e información. Específicamente hay una falta de servicios en las zonas rurales. La mayoría de servicios están en Lima, y muchas regiones carecen de servicios psiquiátricos de algún tipo. A lo largo del país, la mayoría de servicios están proveídos en hospitales psiquiátricos, 75% de los cuales están en Lima. Además, 70% de los psiquiatras viven en Lima (Rondon, 2009). En cuanto a la provisión de medicina psiquiátrica, algunos antidepresivos y antipsicóticos están disponibles en ciudades grandes, pero fuera de los centros urbanos no se puede obtener ninguna medicina, ni siquiera las sustancias de la lista de medicinas esenciales de la Organización Mundial de la Salud (Rondon, 2009). Este tema se agudiza aún más cuando se trata del acceso a estos servicios para poblaciones indígenas. Al respecto, no hay muchas investigaciones sobre servicios para comunidades indígenas, pero probablemente hay pocos servicios considerando la falta de programas en lugares rurales.

Para mitigar esta falta de servicios, en 2018, el Ministerio de Salud publicó el Plan Nacional de Salud Mental, lo que posiciona a la salud mental como un derecho constitucional, asegura el acceso universal a servicios de salud mental, y promociona la equidad de la asistencia médica para la salud mental. El plan estableció un Modelo de Atención Comunitaria en Salud

Mental con los objetivos de centrar la atención en la comunidad, fortalecer la promoción de salud mental, y brindar la participación de la propia comunidad. El modelo no contiene mucha información sobre interculturalidad, o servicios específicos para comunidades rurales o indígenas. Uno de los objetivos del modelo es la interculturalidad, y el plan menciona la brecha cultural de poblaciones indígenas, pero no provee estrategias específicas para enfrentar esta brecha. De manera similar, el Ministerio de Cultura tiene una política de interculturalidad relacionada a la salud, pero no incluye información específicamente sobre la salud mental.

Debido a los impactos profundos de las enfermedades mentales, y la falta de información sobre la salud mental en pueblos indígenas, quiero investigar los servicios para comunidades indígenas en el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca, una región con una población indígena alta. Intento investigar la pregunta: ¿de qué manera el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca incorpora la dimensión intercultural para pacientes quechuas?

1.2 Justificación

El tema de salud mental en comunidades indígenas es de suma importancia; la literatura indica que las tasas de los problemas de salud mental en las comunidades indígenas están aumentando sistemáticamente en todo el mundo. Además, son muy bajas las probabilidades de que estas poblaciones tengan acceso a servicios adecuados de salud mental. Es particularmente productivo analizar los servicios en Calca, considerando que la Provincia de Calca está compuesto de 88% de personas con raíces indígenas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). Muchas barreras culturales existen en cuanto al uso de servicios para comunidades indígenas, como el desconocimiento de la diferentes lenguas, las limitaciones de los medios y vías de comunicación y las prácticas culturales entre funcionario y usuario. Es esencial analizar si, y como, los servicios del Centro Comunitario de Salud Mental de Calca incorporan el enfoque intercultural porque los servicios que son hegemónicos pueden generar exclusión, brechas culturales, y una actitud de rechazo a las personas indígenas. Estos servicios no pueden mejorar la salud mental de los pacientes si no están pertinentes con su cultura, creencias, o formas de vida, o si existe barreras de lenguaje o conocimiento cultural entre los pacientes y los médicos.

Hay pocos estudios sobre la pertinencia cultural de servicios para la salud mental; por eso mi investigación va a contribuir considerablemente al campo de salud mental de comunidades indígenas. Los resultados del estudio pueden despertar la consciencia sobre las necesidades específicas de comunidades quechuas, y el el Ministerio de Salud puede usar el estudio para medir la eficacia de la política de la pertinencia cultural. Aunque mi estudio se enfoca en un centro de salud específico, los conclusiones de mi investigación pueden servir como un punto de referencia para servicios de salud mental en otras zonas indígenas

1.3 Objetivos

- Analizar como el Centro Comunitario de Salud Mental en Calca incorpora el enfoque cultural para pacientes quechuas
 - Identificar percepciones sobre este servicio de la comunidad quechua de Calca

1.4 Marco Teorico

Este informe utiliza los términos de *interculturalidad* y *enfoque cultural*. Según el guía de la Política de Salud Intercultural por el Ministerio de Cultura del Perú, *interculturalidad* significa “un proceso permanente de diálogo, de intercambio y de aprendizaje entre diferentes culturas en un clima de respeto mutuo e igualdad que permite la revaloración y reafirmación de la identidad cultural de cada pueblo.” De manera similar, el *enfoque cultural* es “un marco de análisis y de acción que se basa en el reconocimiento y valoración positiva de los diferencias culturales, con el objetivo de construir relaciones recíprocas equitativas entre los diferentes grupos étnico-culturales.” El ministerio de salud delinea tres criterios que hacen que un servicio público sea considerado pertinente culturalmente. Primero, son servicios libres de discriminación que brindan un trato igualitario a todas las personas independientemente de sus características. Segundo, los servicios necesitan ser bilingües, de la lengua oficial y la lengua predominante en la zona. Finalmente, servicios con pertinencia cultural incorporan, con respeto, la perspectiva cultural de la población de la zona. A lo largo de mi investigación, voy a analizar la pertinencia cultural de los servicios en el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca a través de estos criterios.

También, voy a examinar el *Modelo de Salud Mental Comunitario*. Según el Ministerio de Salud, el modelo es “la manera concreta de reorientar la atención de la salud mental en el primer nivel de atención a través de un conjunto de servicios generales, especializados y diferenciados, así como de programas que funcionan en red, cuya esencia en el primer nivel es su carácter ambulatorio y la hospitalización de corta y mediana estadía en el segundo nivel de atención, articulados a un conjunto de servicios y programas diferenciados y complementarios de hogares y residencias protegidas, oportunidades de aprendizaje ocupacional y empleo, así como el uso del tiempo libre y esparcimiento de las personas afectadas por problemas de salud mental y trastornos mentales graves-severos.” Los objetivos del modelo son “centrando la atención en la comunidad, fortaleciendo la promoción y protección de la salud mental, así como brindar continuidad en el cuidado de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, desde un enfoque territorial y con la participación protagónica de la propia comunidad.”

2. INVESTIGACIONES ANTERIORES

Se han realizado numerosas investigaciones sobre trastornos mentales en el Perú y en el mundo. A pesar de esto, todavía existen pocos estudios específicamente sobre la salud mental en comunidades indígenas. Este apartado se focaliza en la poca literatura que existe sobre salud mental en pueblos indígenas a lo largo del mundo. La Organización Mundial de la Salud condujo un estudio sobre la salud mental en poblaciones indígenas en Argentina, Brasil, Canadá, y Chile: *Promoción de la Salud Mental en las Poblaciones Indígenas. Experiencias de Países* (2016). Este estudio no incluye información sobre las comunidades indígenas del Perú, pero todavía es útil para identificar y analizar la implementación de servicios en pueblos indígenas en otros países.

Los autores encontraron que las comunidades en todos los países que estudiaron tienen concepciones diferentes de la salud mental con relación a las ideas occidentales. Por ejemplo, en Chile las personas indígenas conceptualizan las enfermedades mentales como un indicio de que la persona está fuera de armonía con su ambiente, cultura, y sistema de valores. Para ellos, la noción del refuerzo cultural es un componente importante para crear un ambiente saludable.

También, las personas de Chile afirmaron que los servicios son inútiles si no están basados en la cultura y estrategias de la comunidad. Ellos mencionaron el grupo mapuche (el grupo al cual pertenece), que entiende y trata los problemas de salud de una manera congruente con sus tradiciones culturales.

Los datos de Canadá revelan información similar: ellos consideraron actividades como el trabajo comunitario, las artes tradicionales y la artesanía como actividades importantes para la salud mental, que también crean un vínculo con los valores tradicionales y refuerzan la identidad cultural de los participantes. Por lo general, ciertas acciones, aunque no son médicas, como el refuerzo de tradiciones culturales, son fundamentales para garantizar la salud mental de las comunidades indígenas. Aunque este estudio no tiene información del Perú, resalta la importancia de la pertenencia cultural en los servicios para la salud mental.

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas (2015) por Sonia E. Zevallos Bustamante intenta a determinar si existe diferencia en la prevalencia de depresión asociada a la pertenencia étnica quechua de la población. El estudio encontró diferencias en las tasas de prevalencia de depresión, en que 17,6% de la población quechua experimenta depresión, comparada a 15,6% de la población no quechua. Estos datos no alcanzaron significancia estadística, pero al analizar las sub-muestras por ámbito de residencia, encontraron diferencias significativas. Las prevalencias de depresión en poblaciones quechuas residentes en el ámbito urbano son 20,6%, comparada 16,1% de la población no quechua.

Estos hallazgos son consistentes con las brechas existentes en cuanto a equidad en el acceso a servicios. Los resultados a nivel urbano específicamente demuestran que la exclusión social y política de la población de origen quechua puede contribuir a problemas psicológicos. En total, este estudio resalta la importancia de servicios de salud mental específicamente para comunidades quechuas en zonas rurales y zonas urbanas.

Otro estudio sobre la depresión en comunidades Andinas, *Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017* por Saulo Saenz-Miguel et al., también encontró altas tasas de depresión. Para medir las tasas de depresión, los autores usaron autoreportes y el tamizaje de depresión según Cuestionario de Yesavage ultracorto. Ellos encontraron que 40,7% de residentes presentaban depresión según el Cuestionario de Yesavage y

37,5% según el autorreporte sobre depresión. También el estudio identificó asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión y la edad y el género. Esta lectura no solo resalta la prominencia de depresión en comunidades Andinas, pero también destaca la importancia de una forma integral de salud mental, que considera otros factores e identidades que interactúan con trastornos mentales, como edad, género, cultura, y residencia.

De manera similar, un artículo por la Asociación Interétnica de la Selva Peruana (AIDSESP), *Problema social silencioso: Suicidios de jóvenes indígenas en Loreto*, demuestra la urgencia de servicios con pertinencia cultural. El pueblo de Nauta, una comunidad indígena al noreste del Perú, reportó 32 a 40 suicidios en el año 2008. Según doctor Néstor Aguilar, psiquiatra del Hospital Regional de Loreto, muchos adolescentes en la comunidad desarrollan un trastorno disociativo de posesión. Este trastorno, según Aguilar, puede ser catalogado como un Trastorno Mental Cultural, que es producido por causas psicosociales y culturales como marginación, discriminación, pobreza, abandono, violencia y abuso sexual. Óscar Espinosa, antropólogo de la Pontificia Universidad Católica del Perú, identificó otros factores como el derrame de petróleo, la empresa maderera, la delincuencia, el narcotráfico, y la prostitución. Espinosa afirmó que ahora hay mucha gente que vienen de otras comunidades y llevan sus propias costumbres. Por eso, este nuevo contexto crea inseguridad e incertidumbre en los jóvenes indígenas.

En este caso, las enfermedades mentales están relacionados a factores culturales. Por ende, los servicios con enfoques occidentales, por personas que no entienden la cultura, tienen límites. Como el artículo afirmó, cuando un adolescente en Nauta se suicida, la causa no necesariamente es la depresión. Pero los médicos y los servicios occidentales siempre equiparan el suicidio con la depresión. Esta destaca la necesidad de la incorporación del enfoque cultural en los servicios de Salud Mental, para que los problemas de personas indígenas sean entendidos.

Finalmente, “*Lessons From Rural Peru in Integrating Mental Health Into Primary Care*” por Pamela Scorza et al. (2018) describe un proyecto que desarrollaba los servicios para la salud mental al nivel primario en Apurímac, Perú entre 2010 y 2014. La lectura no menciona las comunidades indígenas explícitamente, pero personas indígenas constituyen un gran parte de la

población de la región de Apurímac. Por eso, los resultados del estudio pueden ser extendido para analizar los servicios en comunidades campesinas también.

Un equipo de médicos del Instituto Nacional de Salud Mental cumplió un periodo de supervisión clínico de cuatro años en Apurímac para desarrollar los servicios. Lo más importante de su trabajo es que ellos condujeron reuniones con grupos claves de la región, como los directores del gobierno regional. Juntos, ellos desarrollaron un plan regional para la salud mental, que articuló objetivos, describió estrategias, y identificó líderes de la comunidad para supervisar su implementación. Este proceso generó apoyo para el proyecto en la región, y aseguró la continuación de la implementación de servicios para la salud mental en la comunidad.

Esta lectura indica que servicios para la salud mental pueden ser implementados en regiones rurales sin muchos recursos. También, el artículo destaca la importancia de incluir las personas de la comunidad en decisiones sobre las estrategias y objetivos de las sistemas de salud. En comunidades indígenas en particular, esto es un proceso necesario para asegurar que los servicios son pertinente a la cultura y visión del mundo de los pacientes. A partir de las investigaciones y experiencias expuestas queda en evidencia la necesidad de investigar la pertenencia cultural de servicios para comunidades indígenas en el marco de salud pública.

3. METODOLOGÍA

3.1 Técnicas e Instrumentos

Los métodos principales que usé para realizar el proyecto fueran las entrevistas. Utilicé entrevistas en profundidad, en las que guíe la conversación pero di espacio a los entrevistados para expresar sus propios puntos de vista. Esta técnica es útil con un tema delicado como la salud mental, y con una población vulnerable, como las personas quechuas, porque los informantes pueden expresar sus experiencias, situaciones, y vidas en sus propias palabras. También, utilicé la técnica de observación directa para obtener datos objetivos. Por ejemplo, observé las lenguas que los doctores y pacientes hablan, el proceso de atención, y el ambiente del Centro de Salud. En total, observé en el centro por 12 horas.

En cuanto a los instrumentos, usé las guías de entrevistas, y una guía de observación directo, los cuales están en el anexo. También, utilicé el diario de campo para documentar los

resultados, y escribí mis interpretaciones después de cada entrevista para mantener un récord de las reflexiones. Para analizar los datos, puse mis fichas en una matriz de Excel para comparar los resultados en cuanto a las identidades y las perspectivas de los entrevistados.

3.2 El Medio

Dirigí este estudio en el Centro de Salud Mental Comunitario en Calca. En la región de Cusco, solo existen cinco Centros de Salud Mental, y la mayoría están ubicados en la ciudad de Cusco. Por eso, seleccioné Calca porque es un lugar central del Valle Sagrado, donde hay muchos pueblos quechuas. Al respecto, 88% de la población total de Calca identifica como quechua (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). También, decidí hacer mi investigación en un Centro de Salud Mental Comunitario porque es un servicio público que sirve las personas de todos niveles económicos. No quería investigar un servicio privado porque sólo proveen servicios a los individuos de una clase alta. Por lo tanto, creo que los Centros de Salud son más representativas de la población.

3.3 La Población y La Muestra

A lo largo de mi investigación, entrevisté a diez personas, nueve pacientes y la Psiquiatra en el Centro. Antes de empezar, intentaba a investigar a cuatro usuarios de mayor edad, procedentes de comunidades quechuas, que asisten el centro. Pero, por razones de accesibilidad y cultura, que voy a explicar en la sección de resultados, no hay muchos pacientes de pueblos quechuas que acceden al centro. Por eso, entrevisté más pacientes para tener un ámbito más largo. Realicé las entrevistas con los pacientes en la sala de espera del centro, y la mayoría duraron poco tiempo, aproximadamente diez minutos. Entrevisté la psiquiatra en su oficina por quince minutos.

En cuanto a las identidades de los entrevistados, la mayoría tiene raíces indígenas, pero solo uno es de un pueblo indígena. Entre los nueve pacientes que entrevisté, siete hablan quechua y castellano, y dos solo hablan castellano. Ellos vienen de varias comunidades del Valle Sagrado: Calca, Ollantaytambo, Urubamba, Coya, y Huilloc. También, la mayoría son jóvenes, entre veinte y treinta años, y nadie tiene más de 50 años. Finalmente, siete de las nueve pacientes son

mujeres. A pesar de que los entrevistados no corresponden a mi muestra planeada, reflejan la población que asiste el centro y resaltan el hecho de que personas de comunidades quechuas, específicamente mayores de edad, no usan los servicios.

Debido al tema muy delicado, muchos de los pacientes no querían hablar mucho, y parecían incómodos. Era difícil investigar sus creencias sobre sus trastornos y sus experiencias con los servicios para salud mental. Por ende, me enfoqué en preguntas menos personales, como el idioma, los servicios en el centro, y las creencias en sus comunidades en general. Esto, combinado con un población de entrevistados diferente, resultó en una modificación del enfoque de mi investigación. Pero, los resultados todavía sirven para analizar los desafíos de servicios para la salud mental para pacientes indígenas.

3.4 La Etica

Debido a la vulnerabilidad de las personas indígenas y el tema delicado de la salud mental, la ética de la investigación es de suma importancia. Es crítico que las personas de la investigación tengan mucha autonomía sobre su participación en el estudio. Antes de cada entrevista, expliqué el objetivo y el tema de mi investigación y pregunté si ellos querían participar. Recibí el consentimiento verbal para cada entrevista y para grabar todas las conversaciones. Durante las entrevistas, no pregunté cosas muy personales ni información sobre sus trastornos. También, cuando los entrevistados parecían muy incómodos, terminé las entrevistas. La información que ellos me compartieron es confidencial y solo voy a usarla para los propósitos de este reportaje. A lo largo de este informe, no usé los nombres ni información personal de los entrevistados.

4. GENERALIDADES DEL ESTUDIO

4.1 El Distrito de Calca

El distrito de Calca es uno de los ocho distritos de la provincia de Calca, ubicada en el departamento de Cusco. El pueblo está situada 50 kilómetros de la ciudad de Cusco, y es un punto de reunión de muchos pueblos del Valle Sagrado, incluyendo Pisac, Coya, Urubamba y Ollantaytambo. Según el censo de 2017, la población de la provincia de Calca es 63.155

personas y la área es 4,414 km² (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú). 44,8 porcentaje de la población vive en una región rural, mientras 55,2 porcentaje vive en una zona urbana. En cuanto a los grupos étnicos, 88 porcentaje de la población identifica como quechua, 10,2 porcentaje son Mestizos, y la otra 1,8 porcentaje es una combinación de Aymaras, Afro-Peruanos, y blancos (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú). La mayoría de la población habla quechua como su lengua materna, pero castellano es hablado ampliamente también. El idioma oficial de las escuelas es castellano.

4.2 El Centro de Salud Mental Comunitario de Calca

El Ministerio de Salud fundó el Centro de Salud Mental Comunitario de Calca el primero de agosto de 2018. El centro es parte de las reformas de la Ley 29889 de 2016, lo cual dispone el inicio de la Reforma de la Atención de la Salud Mental en el Perú, mediante la implementación del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental. Según el sitio web, la clínica es “un centro de salud comunitario dedicado a la atención de pacientes con trastornos mentales y o problemas psicosociales en los diferentes grupos etarios de la población de Calca y sus distritos contando con un equipo multidisciplinario.” Su misión es “fomentar y concientizar a la población sobre lo que es la salud mental.” El Centro de Calca es el único centro de salud mental en todo el Valle Sagrado, un región grande de 100 kilómetros. En la región entero de Cusco, hay cinco centros comunitarios, uno en Quillabamba, lo que está cinco horas en carro hasta la ciudad de Cusco, uno en Calca, y los otros tres están ubicados en la ciudad de Cusco.

Dieciocho responsables trabajan en el centro de Calca, incluyendo una psiquiatra, un médico de familia, cuatro psicólogos, cuatro licenciadas, y ocho técnicas. Hay 1500 pacientes que asisten el centro, y la mayoría viene de comunidades cercanas del Valle Sagrado. En cuanto al proceso de atención, cuando un paciente llega, necesita registrarse con el hombre de entrada, y esperar en la sala de espera hasta que un técnico avisele. Cuando pacientes vengan con citas, solo pagan dos soles la primera vez para habilitar su historia médica. Pero, para los que no tiene citas, cuesta cinco soles por cada consulta.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental de Calca viene de la ciudad de Calca o de las ciudades cercanas a Ollantaytambo, Urubamba, y Coya. Pero, muy pocos pacientes de pueblos indígenas acceden a los servicios. Entre los nueve pacientes que entrevisté, solo una es de una comunidad. Durante mis 12 horas de observación en la clínica, solo observé dos pacientes con traje típico de las comunidades quechuas. Además, solo escuché quechua una vez en la sala de espera. La responsable del sitio afirmó que pocos pacientes del campo asisten al centro, y citó las barreras económicas y geográficas como las razones principales. También, la falta de pertinencia cultural del servicio interviene en el acceso de pacientes de los pueblos indígenas.

5.1 Incorporación de la Cultura

Según el ministerio de salud, un criterio que hace que un servicio público sea considerado pertinente culturalmente es la incorporación de la perspectiva cultural de la población de la zona. Por lo general, la mayoría de los entrevistados sentía que los responsables entienden su trastorno y cultura. Pero, estos resultados son sesgados porque, como se observó, la gente del campo no asiste al centro. Solo una mujer expresó que los responsables de la atención no entienden la diversidad de creencias alrededor de los trastornos mentales.

“Hay algunos que no les toma el interés, algunos no les importa y para algunos también es como una burla. (Entrevista a paciente, mujer de Huilloc)”

Entonces, desde su perspectiva, la atención en el centro de Calca no es pertinente con la cultura quechua, y los responsables no incorporan la dimensión intercultural en sus servicios. Es muy revelador que la única paciente que expresó este sentimiento sea la única paciente procedente de un pueblo indígena. Aunque esto no es una percepción extendida, la mayoría de los entrevistados son jóvenes y no vienen de pueblos indígenas. Por eso, es posible que la cultura indígena y la diversidad de creencias no sea tan fuerte para ellos, y por eso no afectan sus percepciones sobre los servicios.

A pesar de las percepciones positivas, el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca falla en incorporar la cultura quechua de varias maneras. Los responsables del centro no demostraron entendimiento de la dimensión intercultural. Una responsable reportó que el problema más común en comunidades indígenas es la ansiedad económica:

“ellos se preocupan más por el tema económico, por el día a día, no tienen a comer y hay mucha pobreza... en realidad, yo no pienso que sean trastornos, son más problemas de la pobreza. Pero lo que pasa es que nosotros, como psiquiatras nos piden poner en un código. En otros países no ponen. En Perú existe, entonces yo tengo que poner un trastorno de ansiedad.” (Entrevista a responsable)

La doctora no percibe los problemas de salud mental en comunidades indígenas como trastornos y los confunde con la pobreza. Esto no indica un entendimiento profundo de la cultura ni los trastornos en comunidades quechuas. Varias investigaciones han establecido que hay tasas altas de trastornos mentales, como ansiedad y depresión, en personas indígenas. Por ejemplo, en la lectura *Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017*, Saulo Saenz-Miguel et al. encontraron que 40,7% de los participantes del estudio presentaban depresión. Según esta información, los pacientes indígenas que asisten al centro de Calca tienen trastornos reales, y no solo problemas de pobreza. Esta interpretación equivocada implica una falta de entendimiento sobre la cultura y la forma de vida de los pacientes quechuas por la Psiquiatra.

Asimismo, la responsable presentó una formación biomédica. Ella presentó las únicas opciones de tratamiento como medicina y terapia de escucha. Cuando le pregunté sobre el tratamiento típico para pacientes indígenas ella dijo:

“Más que medicamento, es más comprenderlos, entenderlos. No creo que esas soluciones es una problema con una pastilla. Pero si hay casos que amerita que el estrés, o depresión, o ansiedad se va haciendo crónica por maltrato por violencia por alcohol se

vuelven psicóticos. Nos han preocupado mucho estos temas pero tratamos de no dar mucha medicación.” (Entrevista a responsable)

En esta respuesta, la Doctora reconoció que las pastillas no funcionan para todas las situaciones, pero presentó la única alternativa de escucha. Particularmente en comunidades indígenas, esto no es una estrategia útil. Según uno de los pacientes, las personas quechuas son muy tímidos y humildes, y no les gusta hablar sobre sus problemas y vidas. De esta manera, la literatura indica que “la política de salud de las poblaciones indígenas se basa en el respeto de la cultura ancestral. El sistema reconoce que ningún sistema de salud puede satisfacer las necesidades de una comunidad multicultural a menos que haya aceptación de los modelos alternativos al modelo biomédico” (*Promoción de la Salud Mental en Poblaciones Indígenas*, 2016). Los autores de este estudio encontraron que formas alternativas de tratamiento, como la terapia del arte, son más útiles en comunidades indígenas. Pero, no hay evidencia del uso de ninguna práctica local, como plantas o mates, en el centro de Calca.

Ejemplificando esta falta de entendimiento cultural, la Doctora no conocía la Política de Salud Intercultural. Le pregunté sobre esta política y ella afirmó:

“no hay una política propiamente dicha que yo conozca, pero si hay el tema comunitario que nos hace es la interculturalidad. Los centros comunitarios como este hacen más comprensible el tratamiento médico paciente a través de la cultura. Nuestra política al nivel de las comunitarios es manejar el problema en la comunidad comprendido sus culturas.” (Entrevista con responsable)

Mientras que ella demostró un conocimiento de los objetivos interculturales de los centros comunitarios, es muy revelador que ella no sabe que existe una política que es muy relevante para su trabajo. Esto no solo resalta la falta de la dimensión intercultural en el centro, sino también el fracaso para difundir la política. Esto revela que una política puede existir a nivel abstracto, pero eso no significa nada si no incluye estrategias concretas para implementar, o si no está distribuido a los responsables relevantes.

Finalmente, estos hallazgos demuestran que los responsables no conocen, comprenden ni valoran la cultura de los pacientes indígenas. Además, exhiben que los profesionales no adaptan sus estructuras, procedimientos ni atención a las prácticas culturales de los usuarios quechuas. Por eso, los servicios del Centro Comunitario de Salud Mental de Calca no alcanzan el criterio de incorporar la perspectiva cultural de la población de la zona.

5.2 Servicios Bilingües

Otro criterio de pertinencia cultural delineado por el Ministerio de Cultura es que los servicios necesitan ser bilingües, de la lengua oficial y la lengua predominante en la zona. Muchos de los entrevistados identificaron la importancia de servicios en quechua y castellano:

“Yo pienso que es muy importante que entiendan [quechua] porque por ejemplo hay personas que vienen del campo y no entienden el castellano por eso ellos deben ser más preparados como profesionales entender un poquito quechua, Español, Inglés. Deben ser más preparadas.” (Entrevista a paciente, mujer de Ollantaytambo)

“Yo pienso que debería ser que hablan castellano, quechua, y ingles también porque en esta zona en el valle sagrado tenemos personas extranjeras. Creo que deberíamos tener las tres.” (Entrevista a paciente, mujer de Calca)

A pesar de que estos pacientes hablan castellano también, ellos reconocieron la necesidad de profesionales que tengan dominio del quechua.

Existe una brecha entre las respuestas de los pacientes y la doctora en cuanto al idioma. Según la psiquiatra, todos los trabajadores en el centro, excepto ella, hablan quechua y castellano. Sin embargo, algunos de los entrevistados creen que los responsables no hablan quechua. Por ejemplo, una mujer señaló:

*“Solo la persona de entrada entiende quechua, pero los profesionales no.”
(Entrevista con una paciente, mujer de Calca)*

Otros pacientes respondieron “no” cuando les pregunté si los responsables hablaban quechua. Además, todos los entrevistados, excepto uno, hablan castellano con los responsables, a pesar de que el quechua es la primera lengua de muchos de ellos. Una mujer comunicó que ella habla castellano con los profesionales, pero:

“en caso me habla [en quechua], yo respondo en quechua. Si preguntas en quechua, yo te respondo.” (Entrevista a paciente, mujer de Ollantaytambo)

Esto implica un deseo de hablar en quechua que no se está alcanzando. Es útil que los responsables hablen quechua, pero esto no significa nada si no la usan con los pacientes. Ejemplificando esto, en mis 12 horas de observación en el centro, solo escuché quechua una vez entre un responsable y un paciente.

Finalmente, el hecho de que la única psiquiatra en el centro no hable quechua destaca la falta de servicios bilingües en el centro. La Psiquiatra explicó que con los pacientes que solo hablan quechua, ella les pide ayuda a los otros profesionales. Aunque los otros responsables hablan los dos idiomas, ella es la única persona que puede prescribir medicina. Por eso, los pacientes que no hablan castellano no están recibiendo el mismo estándar de cuidado. Estos pacientes tienen un derecho de expresarse en su lengua materna y deberían tener la oportunidad. Por eso, los servicios en el centro no son realmente bilingües, lo cual indica una falta de pertinencia cultural en esta área.

5.3 Discriminacion

Finalmente, el Ministerio de Cultura afirma que los servicios con pertinencia cultural son libres de discriminación. Generalmente, los pacientes con los que hablé no demostraban auto-percepción de discriminación y tenían evaluaciones positivas sobre los servicios en el centro:

*“[La atención] es buena para recapacitar y desfogarme.”
(Entrevista a una paciente, mujer de Huilloc)*

“Me gustan los servicios porque los psicólogos te orientan y dan buenos consejos.”
(Entrevista a una paciente, mujer de Calca)

La doctora también reveló que muchos de los usuarios tienen preconceptos sobre la calidad de atención, pero cuando vienen al sitio, se sorprendan.

Aunque los pacientes no demostraron una auto-percepción de discriminación, todavía hay servicios desiguales para pacientes indígenas. Una de las definiciones de servicios que son libres de discriminación según el Ministerio de Cultura es “que ningún requisito de los trámites, procedimientos o atenciones excluya a una población del goce de derechos o libertades.” No hay actos explícitos de esta forma de discriminación en el centro, pero el hecho de que la psiquiatra no hable quechua es una forma implícita de exclusión. Los pacientes que solo hablan quechua están excluidos de los derechos y servicios que tienen los hispanohablantes, y por eso los servicios en el centro no son completamente libres de discriminación.

5.4 Barreras de Acceso para Personas de Pueblos Indígenas

Además de la falta de pertinencia cultural de los servicios, todos los pacientes y responsables de la atención identificaron varias barreras que interviene en el acceso al centro para personas de pueblos indígenas. A lo largo de todas mis entrevistas, identifiqué barreras de idioma, geografía, dinero, vergüenza, desconocimiento, tiempo, trabajo, cuidado de niños, y cultura. La barrera más citada por los entrevistados es el desconocimiento:

“Hay mucha gente que está en la misma situación pero ellos no saben.”
(Entrevista a un paciente, hombre de Ollantaytambo)

“El problema es que las personas del campo no conocen. Yo no sabía que había acá un centro de salud. Pero si conocieran, creo que si vendrían también.”
(Entrevista a un paciente, mujer de Ollantaytambo)

“Tengo amigas que tienen problemas que están pasando es su familia también y estoy comunicando que vengan también acá. Solo no conocen y no sabían.”

(Entrevista a un paciente, mujer de Ollantaytambo)

Varios pacientes dijeron que las personas de sus comunidades no saben que este servicio existe. A pesar de esto, ellos afirmaron que hay una alta necesidad de servicios en sus comunidades. Además, cuando pregunté a los pacientes, qué debería cambiar para mejorar los servicios en el centro, muchas personas respondieron que el centro debería hacer más propagandas y campañas para que más personas del campo vengan.

Otra barrera que muchos entrevistados identificaron es la geografía, lo que está vinculada a otras barreras de dinero, transporte, y tiempo. La psiquiatra reveló que la razón principal por la que la gente de pueblos indígenas no viene es la accesibilidad geográfica; no pueden venir a pie y no tienen dinero para transporte. Un hombre dijo:

“En carro es como una hora y media, un poco más hasta aquí. Salí muchos más antes.”

(Entrevista a un paciente, hombre de Ollantaytambo)

Según él, otros miembros de su comunidad no vienen al centro porque es difícil llegar debido al tiempo. Otra mujer de Coya expresó que es difícil acceder al centro porque cuando va, regresa a su casa muy tarde. La accesibilidad económica de transporte es de suma importancia considerando que el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca es el único centro en la región.

Muchos de los entrevistados también mencionaron la vergüenza y el estigma que rodea a los trastornos mentales como una barrera de acceso para comunidades indígenas:

“Mi familia no viene porque tiene miedo un poquito de hablar de su vida y contarse psicólogo.” (Entrevista a una paciente, mujer de Calca)

“Le voy a comentar así lo que pase en mi familia, uno tiene miedo, no quiere venir porque tiene problemas de querida o porque no quiere ver un psicólogo o psiquiatra, tiene muchos fábulas. Otros veces también pienso que nosotros estamos tan bien y decimos no requerimos ningún ayuda pero todos requerimos la ayuda.”

(Entrevista a una paciente, mujer de Calca)

“Una barrera es la creencia que solo vemos locos y también hay bastante estigma.”

(Entrevista a responsable)

El estigma alrededor de la salud mental es prevalente a lo largo de todos los países y culturas. Tal vez esta barrera sea más prominente en las comunidades indígenas debido a una cultura en la que las personas son humildes, tímidas y reservadas.

Algunos entrevistados identificaron barreras más específicas para sus situaciones. Una mujer reveló que su familia no puede asistir al centro debido al dinero:

“Nuestra misma situación económica hace que no podía ir o acceder a ello.”

(Entrevista a paciente, mujer de Calca)

Ella es la única paciente que citó el dinero, pero la doctora dijo que barreras económicas son la razón principal para no venir. Además, sólo un entrevistado mencionó el entendimiento cultural como una barrera de acceso:

“[Las personas de mi comunidad] no buscan servicios porque piensan que los psicólogos no van a entender su trastorno.” (Entrevista a una paciente, mujer de Calca)

Finalmente, la doctora señaló que una barrera prominente es la falta de cuidado de niños:

“Otra barrera es los hijos, tienen muchos hijos y no tienen con quien le dejar los hijos pues es difícil dejarlos para que puedan venir acá.” (Entrevista a responsable)

Debido a la multitud de barreras, los que proceden de los pueblos indígenas no asisten al centro. Por último, los servicios no pueden ser pertinentes a la cultura si no son accesibles a esta población.

5.5 Calidad de Servicios

El tema de la calidad de servicios no está directamente relacionado a la pertinencia cultural, pero el trato y la atención es un aspecto muy importante para que los pacientes indígenas se sientan respetados. Por lo general, yo observaba un nivel de frialdad entre los responsables y los pacientes. Los profesionales no mostraban muchos gestos de empatía, y se comportaban de una manera muy procedimental. Además, cuando los pacientes llegan, se registran con un guardia de seguridad. Entonces, su primera interacción en el sitio es con una persona que no es un profesional de salud mental y no necesariamente entiende la situación del paciente. Específicamente, en situaciones de crisis, el guardia de seguridad no tiene la experiencia para reducir la escala de crisis.

También, observé un nivel muy bajo de privacidad. El centro está ubicado en una calle muy llena y la puerta de la clínica está abierta todo el tiempo. Por eso, las personas que pasan por el centro pueden ver a todos los pacientes en la sala de espera. Considerando la prevalencia de vergüenza y estigma con respecto a los trastornos mentales, la privacidad debería ser un tema prominente.

De manera diferente, una paciente expresó desaprobación de la calidad de servicios relacionado a los temas de seguridad y respeto. Ella comunicó que el problema del centro es:

“Que los que toman pueden venir aca. Los que pelean. Los que están moviendo el maltrato, violación, y eso pueden ver los psicologías. Los que están caminando por borrachos y los que están pegando a ellos pueden ver psicólogo.”

(Entrevista a paciente, mujer de Calca)

Esto implica una percepción que los responsables en el centro no les importan o no respetan a las víctimas de violencia. También, indica una posibilidad de que los pacientes no se sientan seguros en el centro porque sus abusadores pueden tener acceso también. Esto constituye otra barrera por que podría interferir en el acceso de pacientes si ellos saben que los perpetradores vienen al sitio. Por último, la calidad de servicios son muy cruciales para asegurar que los pacientes continúen su atención, y para incentivar el acceso de más personas indígenas.

Casi todos los entrevistados demostraron una alta valoración de la salud mental y articularon la importancia de servicios para trastornos mentales:

“Debería ser una preparación interna de ser humana. Es la primera centro comunitario que es encargada de la mente y de ser humano en la parte interna. Desde mi punto de vista, mucho felicidad porque es un buen proyecto.”

(Entrevista a paciente, mujer de Calca)

“En la sociedad siempre hay problemas. Nada es color rosa y no todo es felicidad. Creo que sí es muy importante que deberían ser enterados y deberían venir para el apoyo de psicólogo.”

(Entrevista a paciente, mujer de Ollantaytambo)

Estos testimonios son particularmente interesante considerando la prominencia de estigma alrededor de la salud mental que ellos mencionaron. A pesar de que la mayoría de los entrevistados identificó muchas barreras de acceso y discutió la vergüenza de trastornos mentales, también ellos demostraron un deseo de cambio y una valoración de servicios para salud mental.

Sin embargo, la mayoría de los entrevistados no demandó el mejoramiento de la pertinencia cultural. Algunos expresaron la importancia del uso de quechua, pero nadie insistió en la incorporación de la cultura quechua en los servicios. Por ende, es improbable que los servicios mejoren sin la exigencia de los usuarios.

6. CONCLUSIONES

6.1 Pertinencia Cultural

En total, los servicios en el Centro Comunitario de Salud Mental de Calca no satisfacen ninguno de los tres requisitos para servicios con pertinencia cultural según el Ministerio de Cultura. Los profesionales no incorporan la cultura quechua, los servicios no son bilingües, y por eso no son libres de discriminación debido a los recursos desiguales. Aunque los servicios están apoyando a muchos pacientes, concluyo que el centro no incorpora la dimensión intercultural. Infortunadamente, esto es un apuro en todo el país. Hay un déficit de psiquiatras en el Perú, específicamente quechua hablantes. La mayoría de psiquiatras en el país trabajan en Lima u otros centros urbanos, y no quieren venir a las zonas rurales. Sin embargo, como este informe ha establecido, existe una alta valoración de atención para la salud mental y una necesidad crítica de servicios con pertinencia cultural. Por eso, es de suma importancia entrenar e incentivar a más psiquiatras para trabajar en zonas rurales con pacientes indígenas.

6.2 Recomendaciones

Existen varias medidas posibles para mejorar la pertinencia cultural de los servicios y reducir las barreras de acceso para pacientes indígenas:

1. Recomiendo que el centro haga campañas dentro de las comunidades. Debido a la multitud de barreras geográficas y económicas para llegar al centro, las campañas permitirían el acceso de más gente de pueblos indígenas. Como los estudios anteriores han establecido, hay una gran necesidad de servicios de salud mental en las poblaciones quechuas. Pero, pocos miembros de estas comunidades asisten al Centro de Calca. Por eso, es crucial que los profesionales hagan intervenciones en las comunidades también.
2. Aconsejo que el Ministerio de Cultura difunda su Política de Salud Intercultural. La doctora no estaba familiarizada con esta política, y por eso ella no implementa los requisitos de la política. Es crítico que todos los responsables en los centros de salud reciban entrenamiento de esta política para que puedan fortalecer sus capacidades vinculadas a la cultura.

3. Finalmente, el mejoramiento de la pertinencia cultural de servicios de salud mental depende de la realización de más estudios. Existen muy pocas investigaciones sobre la salud mental en comunidades indígenas, y la mayoría de esos enfoquen en la prevalencia de trastornos en los diferentes grupos-étnicos. Pero, no hay estudios sobre la eficacia de servicios ni la relación entre la salud mental y la cultura indígena en Perú. Con el objeto de mejorar los servicios, necesitamos más información desde la perspectiva de las personas indígenas.

BIBLIOGRAFIA

- Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Censos Nacionales 2017*.
- Perú Ministerio de Cultura. (2014). *Servicios Públicos con Pertinencia Cultural*.
- Perú Ministerio de Salud Dirección de Salud Mental. (2016). *Salud Mental Comunitaria. Promoción de la Salud Mental en Poblaciones Indígenas. Experiencias de Países*. (2016). Organización Panamericana de la Salud.
- Rondon, M. (2009). Peru: Mental health in a complex country. *International Psychiatry*, 6(1).
- Saenz-Miguel, S., Runzer-Colmenares, F. M., & Parodi, J. F. (2019). Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Medica Peruana*, 36(1), 26-31.
- Scorza, P. (2018). Lessons From Rural Peru in Integrating Mental Health Into Primary Care. *Psychiatric Services*, 70(1), 82-84.
- Sanchez, S. C. (2015). Problema social silencioso: Suicidios de jóvenes indígenas en Loreto. *Asociación Interétnica de la Selva Peruana*
- Toyama M, Castillo H , Galea JT, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017;6(9):501–508.
- Zavallos Bustamante, S. E. (2015). Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas. *Anales de Salud Mental*, 31(2), 9-22

ANEXOS

Entrevistados

Nombre	Rol	Idioma(s)	Edad	Genero	Comunidad
Julia	Paciente	Quechua, Castellano	20s	Mujer	Calca
Daniela	Paciente	Quechua, Castellano	29	Mujer	Calca
Anita	Paciente	Quechua, Castellano	43	Mujer	Coya
Carla	Paciente	Quechua, Castellano	41	Mujer	Huilloc
Juan	Paciente	Quechua, Castellano	40s	Hombre	Ollantaytambo
Teresa	Paciente	Castellano	21	Mujer	Calca
Juanita	Paciente	Quechua, Castellano	30s	Mujer	Ollantaytambo
Sofia	Paciente	Quechua, Castellano	20s	Mujer	Calca
Gorge	Paciente	Castellano	40s	Hombre	Urubamba
Dra. Mendez	Psiquiatra	Castellano	30s	Mujer	Cusco

*Todos los nombres son pseudónimos

Guia de Entrevista 1: responsable de atención en el Centro Comunitario de Salud Mental en Calca

Edad:

Profession:

¿Cuales lenguas habla usted?

¿Cuánto tiempo ha trabajado en este centro?

- ¿Cuántos personas trabajan en este centro?
- ¿Cuántos usuarios asisten al centro?
- ¿Qué porcentaje de pacientes vienen de comunidades indígenas?
- ¿Cuáles son los trastornos mentales más comunes en el Centro?
- ¿Cuáles son los problemas de salud mental que afectan con mayor intensidad en comunidades indígenas? ¿Por qué?
- ¿El centro solo recibe los pacientes o también llega a la comunidad?
- ¿Usted piensa que todos los casos de trastornos mentales vienen al servicio? ¿Por qué sí o no?
- ¿Cómo las comunidades indígenas interpretan o explican sus problemas de salud mental?
- ¿Qué piensa usted de sus enfermedades?
- ¿Si existe una forma de pensar diferente de los pacientes quechuas - como respondieron ustedes a la diversidad?
- ¿Usted conoce la política de salud intercultural? ¿Cómo está aplicada en el centro?
- ¿Cuáles son los avances y los desafíos para que las comunidades lleguen a los servicios?

Guía de Entrevista 2: Usuarios del Centro Comunitario de Salud Mental en Calca:

Edad:

Procedencia:

Genero:

¿Cómo usted llegó al centro?

¿Qué dificultades ha tenido para llegar al centro?

¿Por cuánto tiempo ha utilizado este servicio?

¿Está continuando su atención?

¿Cómo es la atención del servicio?

¿Qué tipo de apoyo tiene de su familia y su comunidad?

¿Qué piensa de su trastorno?

¿En su comunidad ha buscado tratamiento de un curandero local? ¿Qué piensa de este servicio?

¿Usted piensa que los responsables en el centro entienden su problema?

En cuanto a su idioma - ¿Usted entiende todo lo que dicen los responsables de atención?

¿Piensa que el curandero respeta su enfermedad?

¿Que piensa debería cambiar o mejorar para que le gente de las comunidades indígenas lleguen al centro?

Guia de Observacion

¿Como es el proceso de atención?

¿Que es el ambiente del centro?

¿Que idioma hablan los responsables?

¿Cuales son las reacciones de los usuarios?

¿Los pacientes muestran intimidad? ¿Parece que ellos se sienten preocupados?

¿Los responsables usan gestos de empatía?

¿Los responsables crean un diálogo con los usuarios?