

Perspectivas y prácticas comunitarias de los Kichwa Otavalo en Ecuador sobre el cuidado de su salud mental

TRUJILLO-MONTALVO, Patricio.

Docente Principal, Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Investigador del Instituto de Salud Pública y Coordinador del grupo de Investigación Salud Mental Global. PhD en Ciencias Sociales y Master en Antropología Social.

Contacto: pstrujillo@puce.edu.ec
ORCID: 0000-0003-2503-3047

RIVADENEIRA-SUÁREZ, Catalina.

Docente Investigadora, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador). PhD en Ciencias Sociales y Antropóloga Social de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Experta en etnografía, migraciones, desplazamiento interno y salud mental.

Contacto: lcrivadeneirafl@flacso.edu.ec
ORCID: 0000-0003-0721-8881

NARVAEZ-COLLAGUAZO, Roberto.

Docente en Universidad UTE y Universidad Andina Simón Bolívar (UASB). Antropólogo y Máster en Derecho Penal. Investigador en antropología de la salud, pluralismo e interculturalidad.

Contacto: roberto.narvaez@ute.edu.ec
ORCID: 0000-0003-4605-105X

Recibido: 14/04/2026 - **Aceptado:** 29/06/2026

Cómo citar: Trujillo-Montalvo, P., Rivadeneira-Suarez, C. y Narvaez-Collaguazo, R. (2026). Perspectivas y prácticas comunitarias de los Kichwa Otavalo en Ecuador sobre el cuidado de su salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 92-114

Resumen

El presente estudio describe las problemáticas de salud mental de jóvenes Kichwa de la ciudad de Otavalo, Ecuador, desde un enfoque etnográfico, articulando conceptos clásicos de la antropología médica, con interseccionalidad y la perspectiva decolonial. A partir del trabajo de campo que incluyó talleres participativos, entrevistas semiestructuradas, observación participante y análisis documental, se exploran las formas en que esta población comprende, experimenta y gestiona el bienestar y el sufrimiento en un contexto atravesado por dinámicas de globalización, desigualdad social, racismo y tensiones epistemológicas. Los resultados evidencian que los Kichwa de Otavalo conciben la salud mental de manera holística, a través de categorías nativas como *alli yuyaycuna* (buen pensamiento), *alli kawsay* (estar bien) y *sumak kawsay* (vivir bien), las cuales integran dimensiones emocionales, espirituales, comunitarias y territoriales. En contraste, los conceptos biomédicos de enfermedades mentales como depresión, ansiedad o locura son percibidos como imposiciones externas que no logran captar la complejidad de sus experiencias, generando procesos de medicalización que reducen el sufrimiento a trastornos individuales y desatienden sus determinantes sociales y culturales. El estudio muestra que experiencias como la tristeza (*llaqui*)

o la mente muriéndose (*huañuk yuyay*) son entendidas como conceptos nativos, expresiones de ruptura en los vínculos comunitarios, más que como alteraciones exclusivamente biomédicas. Asimismo, se identifica una progresiva marginación de prácticas tradicionales de cuidado como rituales, espiritualidad y uso de plantas sagradas, debido a su deslegitimación dentro de los sistemas institucionales de salud. Sin embargo, estas prácticas continúan siendo fundamentales en la producción de bienestar, particularmente en espacios rituales como el *inti raymi* o fiesta del sol, donde la música, la danza y la participación colectiva operan como mecanismos de sanación emocional y social. Como conclusión, se plantea la necesidad de avanzar hacia enfoques interculturales que reconozcan un proceso de descolonización del campo de la salud mental y permitan construir intervenciones culturalmente pertinentes basadas en un diálogo intercultural entre sistemas de conocimiento.

Palabras clave: salud mental, interculturalidad, etnografía, enfermedad mental, narrativas

Community Perspectives and Practices of Mental Health Care among the Kichwa Otavalo in Ecuador

Abstract

This study analyzes the mental health of Kichwa youth in the city of Otavalo from an ethnographic perspective, articulating classical concepts from medical anthropology with intersectionality and a decolonial approach. Based on fieldwork that included participatory workshops, semi-structured interviews, participant observation, and documentary analysis, the study explores how this population understands, experiences, and manages well-being and suffering within a context shaped by globalization, social inequality, racism, and epistemological tensions. The findings show that the Kichwa of Otavalo conceive mental health in holistic terms, through native categories such as *alli yuyaycuna* (good thinking), *alli kawsay* (being well), and *sumak kawsay* (good living), which integrate emotional, spiritual, communal, and territorial dimensions. In contrast, biomedical concepts of mental illness—such as depression, anxiety, or madness—are perceived as external impositions that fail to capture the complexity of lived experiences. This generates processes of medicalization that reduce suffering to individual disorders while neglecting their social and cultural determinants. The study further demonstrates that experiences such as sadness (*llaqui*) or “the mind dying” (*huañuk yuyay*) are understood as native concepts—expressions of

ruptures in social and communal bonds—rather than as exclusively biomedical conditions. It also identifies a progressive marginalization of traditional care practices, including rituals, spirituality, and the use of sacred plants, due to their delegitimization within institutional health systems. Nevertheless, these practices remain fundamental in the production of well-being, particularly in ritual contexts such as *Inti Raymi* (Festival of the Sun), where music, dance, and collective participation function as mechanisms of emotional and social healing. In conclusion, the study highlights the need to advance intercultural approaches that recognize the importance of decolonizing the field of mental health and that foster culturally relevant interventions grounded in dialogue between different systems of knowledge.

Keywords: mental health, interculturality, ethnography, mental illness, narratives.

Introducción

El abordaje de la salud mental en contextos de los pueblos y nacionalidades requiere una comprensión profunda de los marcos culturales, lingüísticos y comunitarios que configuran sus percepciones en relación con su bienestar psicosocial y emocional. En América

Latina, los modelos biomédicos han tenido dificultades para incorporar de forma efectiva los saberes ancestrales y las formas comunitarias de cuidado (Breilh, 2003). En Ecuador, por ejemplo, a pesar de existir una normativa para la atención, tratamiento y prevención de la salud mental con enfoque intercultural, aún es muy reducida la importancia que se le da y muy poco se ha hecho en relación con la política pública que incluya a los pueblos y nacionalidades indígenas, Afroecuatorianas y Montubias. El caso recopilado en esta investigación sobre un paciente Kichwa, hospitalizado en un centro de salud de la ciudad de Otavalo, tratado como psicótico por los médicos que le atendían, puesto que este intentaba comunicarse en su lengua materna y expresar sus dolencias que no fueron entendidas, es un hecho revelador, una de muchas experiencias que demuestran el poco interés en la comprensión de las dimensiones de la salud mental con enfoque intercultural en los sistemas oficiales.

Los Kichwa Otavalo constituyen uno de los pueblos indígenas más representativos de la región andina del Ecuador. Históricamente reconocidos por su fuerte identidad cultural, su organización comunitaria y dinamismo económico, especialmente vinculado al comercio textil y la movilidad transnacional, desarrollando complejas formas de articulación entre tradición y mo-

dernidad. Su presencia se extiende más allá de su territorio local, configurando redes migratorias y comerciales que se articulan con ciudades de América, Europa y Asia, lo que ha incidido en la transformación de sus prácticas sociales, económicas y culturales. Su vida cotidiana se organiza en torno a la familia ampliada, la comunidad y las formas de reciprocidad, donde principios como la solidaridad, la ayuda mutua y la participación colectiva continúan siendo centrales. Su lengua, el Kichwa, no solo cumple una función comunicativa, sino que estructura formas particulares de pensamiento, emoción y relación con el entorno (Maldonado, 2002).

En este contexto, las prácticas rituales, las festividades y la espiritualidad constituyen dimensiones fundamentales de la reproducción social y cultural. Los Kichwa, conciben la salud mental no como una categoría aislada, sino como parte de un sistema integral de bienestar. Conceptos como *alli yuyaycuna* (buen pensamiento), *alli kawsay* (estar bien) y *sumak kawsay* (alcanzar el vivir bien o el bienestar pleno) reflejan una comprensión holística en la que el equilibrio emocional está intrínsecamente ligado a la armonía con la familia, la comunidad y la naturaleza. Por ejemplo, para jóvenes Kichwa, muchos de ellos con altos niveles de escolaridad y profesionalización en contextos globales, las nociones contemporáneas sobre salud y enfermedad

mental han sido en gran medida introducidas desde una perspectiva colonial por una tradición hegemónica biomédica. Lo que genera tensiones entre los sistemas de salud y conocimiento, en tanto los modelos médicos occidentales tienden a individualizar y patologizar experiencias que, en su cosmovisión, se comprenden de manera relacional y colectiva. En este sentido, el análisis de la salud o bienestar mental entre los Kichwa Otavalo permite problematizar los efectos de la globalización, la medicalización y la colonialidad del saber en contextos indígenas contemporáneos.

Diseño metodológico: etnografía de la experiencia en clave interseccional y decolonial

El presente estudio se inscribe en un diseño cualitativo de carácter etnográfico, específicamente orientado desde la etnografía de la experiencia, enfoque que privilegia la comprensión de las vivencias, significados y prácticas cotidianas a través de las cuales los sujetos configuran su mundo social (Geertz, 1973). Para Kleinman (1998) y Good (1994), la experiencia de la enfermedad no se reduce a una condición biológica, sino que constituye un proceso interpretativo situado, en el que las personas articulan dimensiones emocionales, morales, sociales y culturales. En este sentido, la salud mental es comprendida como una experiencia vivida, narrada

y compartida en contextos específicos. La etnografía de la experiencia permite ir más allá de la interpretación cultural, al centrarse en la dimensión encarnada (*embodied*) del sufrimiento y del bienestar, es decir, en cómo estos se viven, se sienten y se expresan en la vida cotidiana.

Este enfoque se articula con la perspectiva de la interseccionalidad, desarrollada por Kimberlé Crenshaw (1989), la cual permite comprender cómo las experiencias de salud mental de los Kichwa Otavalo, están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad, particularmente raza, clase y género que no operan de manera aislada, sino interrelacionada. Así, el sufrimiento psíquico no se entiende únicamente como una experiencia individual, sino como el resultado de posiciones sociales diferenciadas dentro de estructuras históricas de exclusión. Desde la perspectiva de la interseccionalidad, se evidencia que la experiencia del sufrimiento mental está atravesada por múltiples ejes de desigualdad, como la raza, la clase y el género, en interacción con procesos de migración, pérdida territorial y exposición a modelos culturales occidentales (Trujillo y Rivadeneira, 2026). A su vez, el análisis desde la colonialidad del saber permite comprender cómo la biomedicina se posiciona como un sistema hegemónico que invisibiliza y subordina los conocimientos indígenas, reproduciendo

formas de violencia epistémica y racismo institucional. Frente a estas tensiones, los Kichwa desarrollan estrategias de resistencia, revalorización cultural y articulación de saberes, dando lugar a modelos híbridos de cuidado que combinan prácticas biomédicas y tradicionales. Este proceso refleja una agencia activa en la negociación de significados y prácticas de salud mental. La perspectiva de la colonialidad del poder de Aníbal Quijano (2000), permite situar estas experiencias en el marco de relaciones históricas de dominación epistémica. Desde esta mirada, la imposición de categorías biomédicas sobre los sistemas de conocimiento indígenas se comprende como parte de un proceso más amplio de subordinación de saberes, en el cual ciertas formas de entender la salud y la enfermedad son legitimadas, mientras otras son desvalorizadas o invisibilizadas.

El trabajo de campo se desarrolló en la ciudad de Otavalo y la comunidad de Pijal, entre junio de 2022 y julio de 2025, e incluyó la participación de jóvenes Kichwa, líderes comunitarios, personal de salud y actores institucionales del Municipio de Otavalo vinculados a la implementación de políticas interculturales en salud mental. Se priorizaron técnicas etnográficas orientadas a captar las dimensiones vividas y sobre todo las narrativas sobre categorías de salud y enfermedad mental:

- Talleres participativos: Se desarrollaron cuatro espacios comunitarios colectivos de diálogo, dos entre junio y octubre de 2022; y dos complementarios, entre junio y julio del 2025. Los talleres permitieron explorar experiencias, emociones y significados asociados a la salud y enfermedad mental desde las categorías locales o nativas. Fueron desarrollados de forma participativa entre técnicos del Municipio de Otavalo, docentes del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en marco de su proyecto: “Salud Mental Global”; y dirigentes de la organización indígena de las comunidades Kichwa de Pijal y Otavalo. Los talleres reunieron a 40 personas, entre líderes locales, jóvenes universitarios, agentes tradicionales de salud, profesionales y médicos indígenas que trabajan en los centros de salud de la parroquia Pijal y del cantón Otavalo.
- Entrevistas semiestructuradas en profundidad: realizadas en las comunidades Kichwa de Pijal y Otavalo, cuyo objetivo fue recopilar narrativas sobre relatos de vida y experiencias de sufrimiento, atención y cuidado de la salud y enfermedades mentales. Se realizaron 5 entrevistas, tres centradas en las prácticas de agentes tradi-

cionales de salud (yachaks y parteras) y dos con médicos Kichwas, indígenas que trabajan en los centros de salud públicos localizados en los centros urbanos parroquiales. Los criterios de representatividad y selección se realizaron de forma participativa con la dirigencia comunitaria buscando explorar miradas complementarias sobre las prácticas de atención biomédicas y tradicionales.

- Observación participante: orientada a registrar prácticas cotidianas e interacciones comunitarias sobre el proceso salud-enfermedad. La observación se concentró en centros de salud de las comunidades Kichwa de Pijal, localizadas en la parroquia rural Gonzales Suárez del Cantón Otavalo. Los objetivos se concentraron en observar las formas en que médicos Kichwas interactúan con agentes tradicionales de salud (hombres y mujeres de sabiduría), si existe intercambio de saberes, y si este logra mejorar la práctica para atender salud mental.
- Análisis documental: revisión de políticas, lineamientos institucionales y materiales locales, para contextualizar las experiencias en marcos estructurales más amplios.

El análisis priorizó narrativas y experiencias de los Kichwa articulados a las siguientes categorías analíticas: experiencia vivida de la salud mental (*illness experience*); conceptos nativos (*Alli yuyaycuna*, *Sumak kawsay*) como organizadores de sentidos sobre bienestar y salud; procesos de medicalización y tensiones entre lo biomédico hospitalario y comunitario; intersección de desigualdades (raza, clase, género) en la experiencia del sufrimiento; colonialidad del saber en los sistemas de salud ecuatorianos y; prácticas comunitarias, emocionales y espirituales de cuidado.

Estos enfoques permitieron comprender los conceptos de salud y enfermedad mental no sólo como categorías abstractas o individuales, sino como experiencias profundas de la vida cotidiana y de estructuras sociales.

Resultados: imposición biomédica y resistencia intercultural

El presente estudio se propone comprender, desde los datos obtenidos y sistematizados en los talleres participativos y utilizando conceptos clásicos de la antropología médica, cómo los Kichwa Otavalo, construyen significados en torno a su salud mental (Kleiman, 1988), y cómo narran las experiencias que dan sentido

a sus vidas y prácticas propias (Jackson, 1996). Estas entran en tensión con los discursos biomédicos dominantes, particularmente de salud y enfermedad mental, en dos niveles: a. narrativas sobre salud, enfermedad y medicalización; y b. crítica decolonial a los conceptos biomédicos de salud y enfermedad mental.

a. Narrativas sobre salud, enfermedad y medicalización

Arthur Kleinman (1981), en su clásico texto *Pacientes y Cuidadores en el contexto de la cultura*, plantea que las narrativas de enfermedad son fundamentales para comprender cómo las personas otorgan sentido a sus experiencias de sufrimiento, de dolor y enfermedad.

En el caso de los Kichwa, la introducción de categorías biomédicas ha contribuido a una fractura entre las narrativas tradicionales y los diagnósticos clínicos, lo que evidencia la necesidad de incorporar las perspectivas o experiencias locales en los modelos de atención en salud.

Por ejemplo, los enfoques biomédicos tienden a reducir los problemas de salud mental a trastornos individuales, desatendiendo los contextos sociales, culturales y económicos que configuran el malestar o bienestar.

Otra perspectiva de análisis es la propuesta por Paul Farmer (2004), quien enfatizó que las inequidades estructurales e injusticias sociales, como la pobreza, la exclusión y la violencia, configuran profundamente las experiencias de la salud y enfermedad. El análisis de los determinantes sociales resulta fundamental para comprender la salud mental en contextos indígenas. En el caso de los Kichwa de Otavalo, factores como la migración, la pérdida y despojo territorial, y la exclusión social emergen como determinantes centrales de su bienestar y equilibrio mental. Enfrentar estas desigualdades constituye una condición necesaria para avanzar hacia modelos de salud más equitativos y sostenibles.

El debate en torno a la imposición de categorías biomédicas revela tensiones persistentes entre los modelos médicos occidentales y las prácticas culturales tradicionales.

Para Kleinman (1988), desde una perspectiva de la antropología de la experiencia y Jackson (1996), desde la antropología existencial, estas tensiones permiten comprender cómo se configuran subjetivamente el sufrimiento y el bienestar, así como las formas en que pueden abordarse de manera culturalmente pertinente. Estos enfoques no sólo amplían la comprensión de la salud mental en contextos interculturales, sino que po-

drían aportar como insumos relevantes para el diseño de políticas públicas y programas de intervención que reconozcan y valoren los saberes locales. A continuación, se presenta un cuadro que sistematiza los conceptos biomédicos y nativos sobre salud y enfermedad

mental, trabajados en los talleres participativos: En un mundo donde la salud mental se medicaliza, la propuesta Kichwa reclama volver a escuchar a los espíritus, las plantas y los ancianos, tal como se expone en el siguiente fragmento: Para los Kichwa, enfermedades como la

Tabla 1. Conceptos biomédicos y Kichwas sobre salud y enfermedad mental

Concepto	Términos Kichwa	Definición / Interpretación	Ejemplos / Testimonios
Salud mental	Alli yuyaycuna, Alli kawsay, Sumak kawsay; Ally llullaycunata charina, Cucshilla kana, Tucuycunahuan allicuna	Bienestar integral basado en armonía con la familia, la comunidad y el entorno. Implica empatía, pensamiento sano y convivencia solidaria.	“Se nos hizo difícil porque no hay traducción literal... Coincidimos en estar bien, estar alegres con los que nos rodean... Empatía es vivir bien, si alguien está mal ayudarles y que no sufran.”
Enfermedad mental	Unguy; Yuyay unguycuna; Uma shinga uncuy; Llaqui; Huañuk yuyay; Unguy uma	Alteraciones del pensamiento y del bienestar asociadas a represión emocional y tensiones socioculturales.	“Estamos más cerca de una sociedad no sana... estamos sujetos a la sociedad.” / “Huañuk yuyay = mente muriéndose.”
Depresión	Llaki unguy; Llaki; Llaki kawsay	Estado de tristeza profunda vinculado a la soledad, la falta de comunicación y la ausencia de apoyo social.	“Es un problema de soledad donde no puede comunicar lo que siente...”
Suicidio	Huañu chiric; Huañuna; Ñucapa munai huañuna; Mana ña ashashpa huani	Acto extremo asociado a aislamiento y desesperación, percibido como excepcional en la comunidad.	“En mi comunidad solo hubo un caso... por causas del amor... otro por sentirse muy solo...”

Fuente: Taller participativo, Comunidad de Pijal (2025)

tristeza profunda o la locura no se tratan con pastillas, sino retejiendo conexiones rotas: con el alma, la tierra y la comunidad. Su enfoque desafía a la psiquiatría occidental a ampliar sus paradigmas. Lo espiritual es terapéutico, se usan rituales como el *shunkuchina* que restauran los corazones y las vidas fracturadas o rotas.

La prevención es colectiva, se usa pulseras rojas o pedir permiso a los espíritus (*mingachina*) como actos de conocimiento cultural. La curación no es interdependiente, nadie sana solo; requiere *yachaks*, familia y reciprocidad con la comunidad y la *pachamama*. (Resultados de sistematización de los talleres participativos. Pijal, 2025).

b. Crítica decolonial a los conceptos biomédicos de salud y enfermedad mental

Las narrativas de los Kichwa reflejan una crítica profunda hacia la medicina biomédica, percibida no sólo como un sistema terapéutico, sino como un dispositivo atravesado por relaciones de poder, racismo y colonialidad. Su nivel educativo les permite problematizar tanto la eficacia de la biomedicina como sus supuestos epistemológicos, cuestionando su pretendida universalidad y su limitada capacidad para dialogar con otros sistemas de conocimiento.

Para autores clásicos de la antropología médica, como Kleinman (1981), Menéndez (2003) y Good

Tabla 2. Conceptos nativos versus conceptos biomédicos

Concepto nativo	Concepto biomédico	Tensión o conflicto entre sistemas de salud
Alli yuyaycuna	Salud mental como ausencia de trastornos	Reducción del bienestar a diagnósticos clínicos, ignorando la dimensión colectiva
Llaqui	Depresión como trastorno químico	La tristeza se entiende como desequilibrio social y relacional
Huañuk yuyay	Psicosis / esquizofrenia	Interpretación como ruptura comunitaria, no solo individual
Espiritualidad	Tratamiento farmacológico	Marginación de prácticas comunitarias y espirituales

Fuente: Taller participativo comunidad de Pijal, 2025

Tabla 3. Percepciones y narrativas sobre enfermedades mentales

Categoría	Concepto Kichwa	Descripción etiológica	Manifestaciones	Prácticas terapéuticas	Dimensión sociocultural
Tristeza / Depresión	Llaki Llaki unguy	Duelo no resuelto, experiencias de discriminación y sensación de abandono (wakcha kay). Se vincula a rupturas en los vínculos afectivos y comunitarios.	“Ya no quiere comer ni trabajar”; aislamiento, pérdida de motivación.	Ritualidad, acompañamiento familiar, participación en actividades comunitarias.	El sufrimiento se entiende como resultado de la desconexión social y afectiva.
Pérdida del alma / trauma	Manllarishka	Pérdida del alma tras eventos traumáticos (caídas, accidentes, sustos). Implica una ruptura entre cuerpo y espíritu.	“Se queda mirando al vacío”; desconexión, estado de ausencia o disociación.	Shunguchina: ritual de recuperación del alma (uso de hoz como corte simbólico y ortiga como purificación).	La persona es entendida como una unidad cuerpo-espíritu cuya integridad debe restablecerse.
Daño por energías externas	Aya rikushka	Influencia de miradas, envidias o energías negativas que afectan el equilibrio vital.	Malestar emocional, debilidad, cambios de ánimo o comportamiento.	Uso de pulseras rojas como protección simbólica frente a energías negativas.	El bienestar depende del equilibrio energético en relación con otros y el entorno.
Sanación comunitaria	(Práctica colectiva)	La enfermedad se concibe como ruptura del vínculo social y comunitario.	Aislamiento, pérdida de sentido de pertenencia.	Participación en mingas (trabajo colectivo), rituales y actividades comunitarias.	

Fuente: Taller participativo, Comunidad de Pijal (2025)

(1994) esta crítica puede interpretarse como una forma de resistencia epistémica que reivindica la validez de las prácticas médicas tradicionales y del soporte comunitario como dimensiones centrales del cuidado. En este sentido, la salud mental no se concibe únicamente como un estado individual, sino como un proceso relacional, situado en tramas sociales, espirituales y territoriales.

Los conceptos propios o nativos que se han sistematizado en esta investigación, engloban categorías Kichwas sobre enfermedades mentales, como por ejemplo, *llaki* que tiene un significado similar al de depresión, tristeza profunda o fragilidad del alma. De igual forma otras categorías como *manllarishka* o susto que puede confundirse con ansiedad, así también como el denominado *aya rikushka* o mal de ojo, todas vinculadas a la vulnerabilidad del *aya* o alma frente a fuerzas externas como espíritus y que producen alteraciones o desequilibrios que pueden enfermar, narrativas que son descritas en la siguiente tabla.

Para los Kichwa, síntomas relacionados a la tristeza o ansiedad y a la locura u olvido, no son individuales, sino el producto de un mundo comunitario desequilibrado. Sanar, entonces, es volver a tejer o reconstruir lo que el colonialismo, la migración y la discriminación

han roto: el *ayllu* o la familia, la comunidad como red de vida y el bienestar. Los resultados sistematizados en los talleres participativos evidencian la persistencia de tensiones entre sistemas de conocimiento tanto del biomédico como del tradicional que están presentes pero que no interactúan, por lo que es importante entender la capacidad para reinterpretar, resistir y resignificar los discursos dominantes sobre la salud mental.

En este proceso, la experiencia vivida emerge como un espacio clave donde se articulan sufrimiento, cultura y poder, dado que los participantes, señalan que los conceptos biomédicos sobre salud y enfermedades mentales han sido introducidos desde marcos externos (hospitales, centros de salud, iglesias, cooperación internacional), frecuentemente sin considerar sus propias narrativas, categorías y prácticas culturales. La introducción de estas categorías biomédicas ha contribuido también a la deslegitimación de prácticas tradicionales de cuidado, particularmente aquellas vinculadas a la espiritualidad y la ritualidad comunitaria.

La medicalización, en este sentido, puede invisibilizar los determinantes socio estructurales de la enfermedad, según señala un participante: “la depresión entre jóvenes Kichwa no puede ser comprendida únicamente como un desequilibrio neuroquímico, sino como una

respuesta situada frente a procesos como la migración, la pérdida de tierras y la exposición a modelos culturales externos” (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022).

Por otro lado, otro de los temas desarrollados en los talleres se relacionó a la atención centrada en el paciente, entendida desde un enfoque intercultural, lo que implica valorar las prácticas locales y los sistemas de conocimiento propios. En el contexto Kichwa, esto supone reconocer el papel de la espiritualidad, las prácticas comunitarias y las nociones indígenas de bienestar, tal como expone el siguiente fragmento: “la integración de rituales de purificación y consultas con *yachaks* o *shamanes*, *parteras* en los programas de salud mental constituye una alternativa a su marginación bajo criterios de cientificidad occidental (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022). En continuidad, estas prácticas, centrales para el bienestar mental en su cosmovisión, suelen ser clasificadas como no científicas o supersticiosas desde los marcos institucionales de salud, por ejemplo según relata un participante:

Los rituales de purificación y las consultas con *yachaks* o sabios espirituales orientados a restablecer el equilibrio emocional y espiritual son frecuentemente desplazados por terapias individuales y tratamientos

farmacológicos que ayudan poco en contextos comunitarios de pobreza y desigualdad. (Resultados de sistematización de taller participativo, Pijal, 2025)

Este sentimiento de imposición genera tensiones significativas, en tanto los modelos biomédicos tienden a medicalizar y patologizar experiencias que, dentro de la cosmovisión Kichwa, poseen significados más amplios, relacionales y comunitarios. Tal como se observa en la tabla siguiente, donde se describen sobre la base de los datos de los talleres participativos, las múltiples barreras que se convierten en desafíos, para la implementación de prácticas de salud mental en ambientes interculturales.

La medicalización, según Nancy Scheper-Hughes (1987), se refiere al proceso mediante el cual problemas sociales, emocionales o culturales son redefinidos como condiciones médicas que requieren intervención profesional. En el caso de los Kichwa, este proceso ha derivado en la reinterpretación de conceptos nativos y de experiencias como la tristeza-depresión (*llaqui*) o la desconexión comunitaria (*huanuk yuyay*) que son interpretados como trastornos individuales, invisibilizando sus dimensiones sociales y culturales, como los señalan participantes de los talleres:

Tabla 4. Barreras entre Salud Mental e Interculturalidad

Aspecto	Descripción / Desafíos según participantes	Fuente / Ejemplos de participantes
Integración de la Salud	Se propone ver la salud de forma integral: no sólo la salud física, sino también la salud mental, emocional, espiritual y comunitaria. Se destaca que, pese a los logros, a menudo se deja de lado el bienestar mental.	Verónica Inuca (Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública)
Barreras Idiomáticas y Culturales	Muchas personas de población kichwa tienen dificultades para expresar sus emociones debido a la falta de vocabulario o traducciones literales. Esto complica el acceso y la comprensión de los servicios de salud mental.	Caso de una mujer post-maternidad; retos para acceder a psicólogos; uso de intérpretes y técnicos en atención primaria.
Choque entre Modelos	Existe un desfase entre los conceptos académicos occidentales de salud mental y la cosmovisión local, donde la salud se entiende de forma holística y en relación con la comunidad, la naturaleza y lo espiritual.	Comentarios sobre el choque entre la academia y la implementación operativa de la interculturalidad en salud.
Diversidad y Empoderamiento	La diversidad cultural implica diferentes percepciones sobre lo que es salud y enfermedad. Se enfatiza la importancia de empoderar a la población para que participe activamente en la toma de decisiones en políticas de salud.	Declaración del Ministerio de Salud en cuanto a la implementación de derechos y cosmovisión intercultural.

Fuente: Taller participativo, Ciudad de Otavalo (2022)

La depresión (*Llaki unguy*) es descrita por los jóvenes Kichwa, por ejemplo, como una condición asociada a la soledad, la falta de comunicación y la ausencia de redes de apoyo. Sin embargo, en el modelo biomédico se reduce frecuentemente a un desequilibrio neuroquímico tratable mediante fármacos. (Resultados de sistematización de taller participativo, Pijal, 2025)

Frente a estos procesos, los Kichwa han desarrollado estrategias de resistencia y adaptación. Por un lado, buscan revalorizar sus categorías nativas como *alli yu-yaycuna* y *sumak kawsay*, pensados como marcos legítimos de comprensión del bienestar. Por el otro, ensayan formas de articulación entre saberes, dando lugar a modelos híbridos de cuidado. Un aspecto particularmente sensible en las narrativas juveniles es el uso de plantas sagradas alucinógenas en contextos rituales y festivos, tal como lo expresaron varios de los participantes: “algunos jóvenes combinan el uso de medicamentos con prácticas espirituales y comunitarias, buscando un equilibrio entre ambos sistemas de conocimiento como de la salud y bienestar interno” (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2025).

Desde la perspectiva Kichwa, estas prácticas etnomédicas forman parte de un sistema de sanación integral; sin embargo, suelen ser estigmatizadas por discursos

biomédicos hospitalarios y legales que las asocian con el consumo de drogas, lo que limita su transmisión intergeneracional, como conocimientos interculturales válidos y su legitimidad pública. Esto se revela en los siguientes testimonios:

Celebraciones como el *inti raymi* adquieren un papel relevante como espacios de reafirmación cultural, donde se revitalizan prácticas, valores y formas de entender la salud. Las plantas como la *ayahuasca* o el tabaco ritual no son sustancias recreativas, sino medicinas espirituales utilizadas en contextos controlados y guiados por autoridades tradicionales. Un joven Kichwa relató que el uso de *ayahuasca* en un ritual le permitió entender sus emociones y sanar heridas del pasado, evidenciando su función terapéutica desde una lógica cultural propia. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo: 2022, 2025)

Algunos jóvenes han sido señalados como consumidores de drogas por participar en rituales culturales, lo que ha derivado en procesos de exclusión y sanción social en la sociedad mestiza y entre las iglesias. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo: 2025).

Frente a este escenario, emergen iniciativas comunitarias orientadas a la revalorización de estas prácticas, mediante procesos de educación intercultural y diálogo de saberes, tal como señala uno de los participantes: “en algunas comunidades se organizan talleres y encuentros para explicar el uso ritual de las plantas sagradas y su significado espiritual, promoviendo una comprensión más amplia y respetuosa” (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2025).

Los resultados de la sistematización de los talleres muestran que los Kichwa no solo cuestionan la eficacia de la biomedicina, sino también sus fundamentos epistemológicos y políticos. Esta crítica se articula en torno a tres dimensiones.

En primer lugar, los participantes identifican prácticas de estigmatización hacia sus saberes y prácticas culturales, particularmente en relación con el uso de plantas sagradas y rituales comunitarios. Estas experiencias reflejan formas de racismo institucional que privilegian el conocimiento biomédico sobre otros sistemas de saber. En segundo término, en coherencia con los resultados, la medicalización aparece como un proceso que transforma experiencias complejas en diagnósticos individuales.

Tal como advierte Farmer (2004), este tipo de reduccionismo invisibiliza los determinantes sociales del sufrimiento y de la enfermedad. El tercer eje central de la discusión es la tensión entre el enfoque individualista de la biomedicina y la centralidad del soporte comunitario en la cosmovisión Kichwa. Mientras los modelos occidentales priorizan la intervención individual (psicoterapia, farmacología), los jóvenes enfatizan la importancia de la familia, la comunidad y los rituales colectivos.

Esta diferencia no es menor: implica concepciones divergentes sobre la naturaleza del sufrimiento y las formas de sanación. Desde una perspectiva interseccional, como la de Kimberlé Crenshaw (1989), afirmamos que las experiencias de salud mental deben analizarse considerando la intersección de múltiples ejes de desigualdad. En el caso de los jóvenes Kichwa, la raza, la clase y el género se entrelazan con procesos de globalización y migración internacional que transforman profundamente la vida comunitaria.

La globalización en regiones de la periferia del capitalismo, como las comunidades Kichwa, emerge como un proceso ambivalente: por un lado, produce desestructuración social y pérdida de referentes culturales; por otro, genera respuestas creativas de resistencia y

adaptación. Las prácticas espirituales, los rituales comunitarios y la revalorización de categorías nativas como *alli yuyaycuna* y *sumak kawsay* funcionan como estrategias para sostener el bienestar en contextos de cambio.

Discusión: prácticas curativas, colonialidad y tensiones en la salud mental Kichwa

a. Acceso y barreras a la salud mental

Uno de los principales temas discutidos fue la dificultad que muchas personas tienen para acceder a servicios de salud mental. Los participantes señalaron que el desconocimiento sobre el rol de los psicólogos y la distancia geográfica son factores clave que impiden que la población busque ayuda. Además, se mencionó que las barreras lingüísticas también juegan un papel crucial, ya que muchas personas no pueden expresarse adecuadamente debido a que su lengua materna es el Kichwa, tal como se expresa en el siguiente enunciado:

Nosotros no vamos al psicólogo porque no sabemos qué hace. Y cuando vamos al centro de salud, no hay nadie que hable Kichwa. La gente tiene miedo de que digan que está loca si va al psicólogo, llegan cuando ya es muy tarde, cuando ya hay un problema muy grave. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

La salud mental no se entiende de manera separada de la salud física y espiritual. Para los participantes, el bienestar está vinculado a la armonía con la familia, la comunidad y la naturaleza. Esta visión holística de la salud difiere considerablemente de los enfoques médicos occidentales, lo que plantea desafíos para integrar los servicios de salud tradicionales con los servicios de salud mental. El siguiente comentario ejemplifica lo dicho:

En la comunidad no hablamos de salud mental, pero sabemos cuándo alguien está sufriendo. Le damos consejo, le llevamos al río, le hacemos baño con plantas. Para nosotros, la salud está en el cuerpo, en el alma, en el viento, en la *pachamama*. El bienestar no es estar solo sano físicamente, es estar bien con la familia, con la comunidad, con la tierra. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

b. Experiencias comunitarias en salud mental

Los participantes compartieron diversas experiencias sobre cómo las comunidades manejan la salud mental. En muchos casos, las comunidades actúan de manera colectiva para apoyar a las personas en crisis, utilizando recursos locales como los rituales y el acompañamiento emocional. Sin embargo, también se men-

cionó que no todos los cabildos¹ están preparados para manejar situaciones de salud mental, lo que puede generar retrasos en la atención, tal como se expresa:

Una vez una chica se quiso suicidar, pero los del cabildo fuimos a hablarle. Le llevamos al *yachak*, y también al psicólogo, pero con alguien que hablaba Kichwa. Cuando alguien está muy mal, se hace reunión. Le cuidamos entre todos, no se le deja solo. Antes de ir al hospital, vemos si con palabras, con baños, con apoyo, se puede levantar (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2025).

c. Descolonización del Enfoque en Salud

Un tema recurrente en los talleres fue la necesidad de descolonizar el enfoque en salud. Los participantes señalaron que los conceptos occidentales de enfermedades mentales, como la depresión, locura o los trastornos son ajenos a las creencias de las comunidades y traídos desde afuera, a menudo no se comprenden, por lo que prácticas como saberes ancestrales deben ser valorados.

La medicina tradicional, más cercana, es a menudo relegada, a pesar de seguir como un pilar fundamental para el bienestar de la comunidad:

La salud como la ven los doctores no es como nosotros la sentimos. Las palabras que usan los psicólogos no las entendemos, como depresión o trastorno. Nos dicen que dejemos los remedios naturales, pero eso es lo que ha curado a nuestros abuelos por generaciones. La iglesia a veces nos hace rechazar nuestra medicina, dicen que es brujería. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

Varios de los participantes propusieron formas de mejorar la integración de los servicios de salud en las comunidades. Se destacó la importancia de contar con personal capacitado que respete la medicina tradicional y que pueda trabajar de manera intercultural, especialmente en el contexto de la salud mental. También se mencionó la necesidad de un enfoque integral que combine tanto la medicina tradicional como la occidental o biomédica. El siguiente comentario se enfoca en esta cuestión:

Desde el Municipio de Otavalo queremos fortalecer la medicina ancestral, pero hace falta personal capacitado que respete eso. Hemos tratado de articular atención con médicos tradicionales. En algunos casos ha funcionado bien, sobre todo con personas mayores. Nos hemos dado cuenta que, si el terapeuta habla Kichwa y entiende la cultura, los jóvenes se abren más. Aquí en el hospital intentamos integrar espiri-

Tabla 5. Prácticas Comunitarias y Enfoques Tradicionales en Salud Mental

Aspecto / Práctica	Descripción / Enfoque	Ejemplos / Resultados
Intervención Comunitaria	En situaciones de crisis, la comunidad (a través de dirigentes, cabildos y rituales) interviene para apoyar a personas en riesgo, ofreciendo espacios de diálogo, rituales y apoyo social.	Caso de un joven de 14 años con sentimientos de soledad y riesgo de drogadicción, atendido a través de una reunión comunitaria que incluyó orientación de una estudiante de una universidad técnica.
Medicina y Ritualidad Andina	La salud se aborda de manera holística, donde la atención no se separa entre lo físico y lo mental. Se activan rituales tradicionales (por ejemplo, baños rituales, ofrendas, alimentación al difunto) como parte de la intervención.	En casos de suicidio o intentos de autolección, se realizan rituales que incluyen “baños rituales” y acciones de purificación, además de prácticas como dejar comida en el cementerio para brindar consuelo y continuidad al espíritu.
Adaptación de Conceptos y Descolonización	Se plantea la necesidad de repensar conceptos occidentales (como depresión, bienestar y suicidio) a la luz de la cosmovisión kichwa, donde la muerte es vista como una trascendencia y la salud se entiende de manera integral.	Participantes en los talleres destacan la importancia de descolonizar la salud mental, integrando la sabiduría ancestral, el uso de la música, el contacto con la naturaleza y la medicina tradicional para promover un enfoque de salud más completo y empático.
Apoyo Intersectorial y Multidisciplinario	Se promueve la articulación entre diversos entes: salud, educación, discapacidad, y proyectos sociales municipales que integren la medicina tradicional con la atención psicológica occidental.	Proyectos en la municipalidad de Otavalo que incluyen equipos formados por psicólogos Kichwa, fisioterapeutas y trabajadores sociales, que buscan mejorar la comunicación y la atención preventiva en salud, especialmente para poblaciones con diversidad cultural.

Fuente: Taller participativo, Ciudad de Otavalo (2022)

tualidad, sobre todo en la parte de psiquiatría, pero no siempre nos entienden desde Quito. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

Los participantes destacaron varias recomendaciones para mejorar la atención en salud mental y para crear un sistema más inclusivo e intercultural que respete y valore las prácticas culturales, así como en la importancia de la contratación de profesionales capacitados en idiomas y costumbres locales.

Queremos que nos escuchen, que no solo se hable de salud desde lo occidental. Hace falta que haya intérpretes y psicólogos que entiendan la cosmovisión Kichwa. La medicina tradicional y la occidental deben caminar juntas. Sería bueno que haya más reuniones como esta, para que nos conozcamos y trabajemos juntos. (Resultados de sistematización de taller participativo, Pijal, 2025)

En el siguiente cuadro se sistematiza, en base a los resultados de los talleres participativos, varias de las prácticas usadas como parte de estrategias y del debate sobre cuidado de la salud mental comunitarias.

Luego de lo desarrollado, podemos observar que en el contexto intercultural Kichwa, emerge la necesidad

de un proceso de descolonización del saber en salud mental, que permita replantear las categorías diagnósticas desde las propias lógicas culturales. Este proceso no implica rechazar completamente la biomedicina, sino cuestionar su pretensión de universalidad y abrir espacios para un diálogo intercultural más equitativo. En términos de Arthur Kleinman (1988), repensar la salud mental supone desplazar el foco desde las categorías clínicas hacia la comprensión de las experiencias vividas (*illness experience*), reconociendo que el sufrimiento se construye en contextos sociales, culturales y morales específicos. Para pensar estas cuestiones, a modo de cierre, se proponen cuatro dimensiones claves:

- 1. Reconstrucción de la experiencia vida:** la salud mental debe comprenderse a partir de las formas en que las personas experimentan, narran y dan sentido a su malestar. Fenómenos como la tristeza, el suicidio o la “enfermedad del pensamiento” no son entidades aisladas, sino expresiones de relaciones sociales, afectivas y territoriales.
- 2. Contextualización cultural del sufrimiento:** los conceptos de salud y enfermedad requieren ser interpretados desde las cosmovisiones locales. En el caso kichwa,

esto implica reconocer un enfoque holístico que integra dimensiones físicas, emocionales, espirituales y comunitarias.

3. Descolonización epistemológica: es necesario cuestionar la hegemonía de las categorías biomédicas y legitimar los saberes ancestrales, las prácticas rituales y las formas propias de comunicación del sufrimiento. Este proceso supone reconocer la pluralidad de sistemas médicos y su validez.

4. Participación comunitaria: las comunidades deben ser actores centrales en la definición de sus propias formas de cuidado. Esto implica generar espacios de diálogo donde se articulen saberes locales e intervenciones institucionales, en clave intercultural.

Conclusiones

Uno de los hallazgos más significativos de este estudio es el papel central de las prácticas rituales en la producción de bienestar mental. En particular, la participación en la principal festividad Kichwa: el *inti raymi* que constituye no solo una celebración cultural, sino un espacio privilegiado de sanación colectiva. Duran-

te esta festividad, la música, la danza y la interacción comunitaria configuran un campo de experiencia en el que los participantes restablecen vínculos sociales, emocionales y espirituales, prácticas pueden entenderse como formas de regulación emocional y reconstrucción de sentidos de la vida.

En este sentido, la salud mental no se concibe como un estado individual, sino como una experiencia relacional que se produce en la interacción con la comunidad y el entorno. Las prácticas rituales evidencian que el bienestar mental, en el contexto Kichwa, está profundamente ligado a la dimensión espiritual y comunitaria. Las danzas, los cantos y los rituales funcionan como dispositivos de limpieza y renovación simbólica, donde el cuerpo y el espíritu se rearticulan. La articulación entre conceptos nativos, etnografía de la experiencia e interseccionalidad permite comprender la salud mental como un proceso relacional, situado y profundamente atravesado por estructuras de poder.

Los Kichwa Otavalo ofrecen una perspectiva profundamente relacional de la salud mental, en la que el bienestar no se concibe como un estado individual, sino como el resultado de vínculos equilibrados entre la persona, la familia, la comunidad y el entorno natural. A través de la etnografía de la experiencia y el

análisis de la vida cotidiana, este estudio ha permitido comprender cómo los conceptos nativos estructuran las narrativas y prácticas de cuidado, así como las formas en que se experimenta y se interpreta el sufrimiento. Categorías como depresión, suicidio o enfermedad mental aparecen como etiquetas externas, inscritas en un modelo biomédico que no logra capturar la complejidad de sus experiencias. Estas categorías tienden a fragmentar el sufrimiento, reduciéndolo a dimensiones individuales y clínicas, mientras que, en su cosmovisión el malestar se comprende en términos de relaciones: conexión o desconexión con la comunidad, la naturaleza y la dimensión espiritual. En este escenario, el interés de los Kichwa por revitalizar la medicina andina representa una oportunidad significativa para reconfigurar los enfoques de salud mental desde una perspectiva más integral. Sin embargo, las tensiones con el sistema biomédico, atravesadas por dinámicas de racismo y colonialidad, evidencian la necesidad de transformar las estructuras institucionales oficiales que regulan la atención en salud.

En última instancia, avanzar hacia un modelo de salud mental intercultural requiere no solo incorporar prácticas tradicionales, sino también reconocer las condiciones estructurales que producen el sufrimiento. Solo a través de este proceso será posible construir

formas de atención que permitan a las comunidades indígenas no solo ser atendidas, sino sanar desde sus propias formas de vida, fortaleciendo su identidad, lenguaje, autonomía y sus vínculos comunitarios.

Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. <https://doi.org/10.1086/382250>
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Good, B.J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Jackson, M. (1996). *Things as they are: New directions in*

phenomenological anthropology. Indiana University Press.

Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201–246). CLACSO.

Maldonado, G. (2002). Pasado y presente de los mindalaes y emigrantes otavales. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (14), 46–55.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.

Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41.

Notas

1. Cabildo se denomina a la máxima autoridad política dentro de la organización comunitaria indígena Kichwa de los andes del Ecuador, son los encargados de dirimir justicia, conflicto y organizar la vida comunitaria.

