

Universidad Hispanoamericana

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Derecho

Propuesta Proyecto de Tesis

Presentado por

Liz Paola Chavarría Delgado

Cedula:

1-1806-0817

Tema:

**ANALISIS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN
POBLACIONES
INDIGENAS DE COSTA RICA Y COMO ESTO HA AFECTADO SUS
DERECHOS
HUMANOS”**

Tutor Lic.: Monika Cedeño Castro.

Heredia. Costa Rica.

Dedicatoria

“El sake de Binks”, de One Piece, nos recuerda que vivimos también por aquellos que ya no volverán jamás. Desde el día en que partiste, abuelo, he procurado vivir por ti. Esta tesis está dedicada a tu existencia y a todo lo que sembraste en mí.

Que cada paso en mi vida sea un reflejo del amor y respeto que siempre me diste.

Gracias por creer en mí, incluso cuando ni yo misma lo hacía. Hacerte sentir orgulloso siempre fue mi mayor objetivo; espero estar lográndolo.

Agradecimientos.

A mi Tita Xinia, quien me enseñó lo que significa ser una mujer fuerte y valiente.

A mi Tita Betty, quien me enseñó que el dolor de una pérdida es proporcional al amor que dimos, y que ese dolor es, en sí mismo, la bendición de haber amado infinitamente.

A mi madre, a quien le debo todo lo que soy y todo lo que seré. Gracias por tu amor incondicional y tu apoyo en cada etapa de mi vida; eres mi mayor ejemplo.

A mi padre, por inculcarme el amor por los libros y la sensibilidad ante las injusticias, pero, sobre todo, por estar siempre.

A mis mejores amigos, quienes, sin saberlo, en más de una ocasión me salvaron con su compañía.

A mis primos y primas, que han sido como hermanos para mí y me han enseñado el privilegio de crecer entre risas.

A mi tutora, por su guía, paciencia y compromiso durante este proceso, fundamentales para la culminación de esta investigación.

A las organizaciones que participaron en este estudio, por su disposición, colaboración y confianza, sin las cuales este trabajo no habría sido posible.

Contenido

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Introducción	6
Capítulo I. Fundamentos teóricos y contexto general.....	9
1. Planteamiento del problema.....	9
1.1 Problematicación	12
1.2 Hipótesis	14
1.2.2 Fundamentación cualitativa de la hipótesis	14
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivo general	16
1.5 Objetivos específicos	16
1.6 Alcances	17
1.7 Limitaciones	18
1.8 Matriz de categorías de análisis	18
Capítulo II. Marco Teórico	19
1. Marco conceptual	20
2.1 Salud mental	20
2.2 Estado del arte nacional sobre discriminación y salud indígena	34
2.3 Marco internacional de derechos humanos	44
2.3.2 Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)	46
2.4 Síntesis del capítulo	54
Capítulo III. Marco Metodológico	58
2. Enfoque de la investigación.....	58
3.1 Tipo y diseño de estudio.	58
3.2 Técnicas de recolección de información	59
3.3 Participantes y criterio de selección	60

3.4 Lugar y período del trabajo de campo	62
3.5 Procedimiento	62
3.6 Consideraciones éticas	63
3.7 Criterios de rigor cualitativo	64
3.8 Síntesis del capítulo	64
Capítulo IV. Análisis de las políticas públicas y del marco normativo sobre el derecho a la salud mental de las poblaciones indígenas en Costa Rica.....	66
4. Introducción	66
4.1 Marco normativo nacional e internacional en salud mental	68
4.2 Rol de la institucionalidad en la garantía del derecho a la salud mental	81
Capítulo V. Efectos de la marginación, la discriminación y la pérdida cultural en la salud mental de las poblaciones indígenas.....	101
5. Introducción del capítulo	101
5.2 Discriminación estructural e institucional	107
5.3 Pérdida cultural, identidad y salud mental	112
5.4 Efectos psicosociales en la salud mental de las comunidades indígenas	118
5.5 Relación entre estas experiencias y la vulneración de derechos humanos	122
CAPÍTULO V. Resultados del análisis cualitativo: entrevistas en las comunidades indígenas Quitirrisi y Zapaton.....	129
6. Introducción del capítulo	129
6.1 Caracterización general del trabajo de campo	130
6.2 Caracterización general del trabajo de campo	132
6.3 Percepción del Estado y de las instituciones de salud.....	133
6.4 Salud mental, vida digna y experiencias de atención	134
6.5 Barreras estructurales y discriminación en el acceso a la salud mental.....	137
6.7 Igualdad, no discriminación y percepción de exclusión.....	145
6.8 Derecho a una atención culturalmente respetuosa	149
6.9 Análisis integrador desde los derechos humanos e interculturalidad.....	153
CAPÍTULO VII. Conclusiones y recomendaciones	160
7. Conclusiones.....	160

7.1 Recomendaciones	163
7.2 Consideraciones finales.....	165
Bibliografía.....	166

Introducción

En las últimas décadas, el discurso de los derechos humanos ha adquirido un lugar central dentro del ordenamiento jurídico costarricense. Este proceso no ha sido únicamente retórico; se ha traducido en reformas normativas, desarrollo jurisprudencial y formulación de políticas públicas en áreas como la salud, la educación y la participación ciudadana.

Sin embargo, el reconocimiento formal de derechos no siempre garantiza su ejercicio efectivo.

En el caso de las poblaciones indígenas, persisten desigualdades estructurales que limitan el acceso real a servicios fundamentales. Entre ellos, la salud mental ocupa un lugar particularmente sensible. No solo por su impacto individual, sino por su dimensión colectiva, cultural y comunitaria.

El Estado costarricense ha asumido compromisos internacionales relevantes en esta materia. Instrumentos como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establecen obligaciones claras respecto al acceso a servicios de salud culturalmente pertinentes. Asimismo, el marco constitucional y la legislación interna reconocen la salud como un derecho vinculado a la dignidad humana.

No obstante, la existencia de normas no elimina automáticamente las brechas. En los territorios indígenas, la distancia geográfica, la limitada presencia institucional, la escasez de profesionales especializados y la ausencia de enfoques interculturales continúan configurando obstáculos significativos. Estas barreras no solo afectan la cobertura del servicio, sino también su legitimidad y pertinencia cultural.

La salud mental, entendida desde una perspectiva integral, trasciende el modelo biomédico tradicional. No se reduce al diagnóstico clínico ni al tratamiento farmacológico. Implica bienestar emocional, equilibrio comunitario y conexión con el entorno cultural y espiritual.

En muchas comunidades indígenas, el bienestar psicológico está estrechamente vinculado con el territorio, la identidad colectiva y las

prácticas tradicionales de sanación. Ignorar esta dimensión no constituye un detalle menor. Puede implicar una forma de exclusión estructural.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la pregunta central no es únicamente si existen servicios de salud mental. La cuestión es si esos servicios son accesibles, culturalmente aceptables y adecuados a las realidades indígenas. Esta investigación parte precisamente de esa interrogante.

El objetivo no es cuestionar el marco normativo costarricense en abstracto, sino analizar su implementación concreta en contextos de diversidad cultural. Se busca examinar si el reconocimiento jurídico del derecho a la salud mental se traduce en mecanismos efectivos de garantía para los pueblos indígenas o si, por el contrario, subsiste una brecha entre norma y práctica.

La problemática abordada no puede comprenderse únicamente como una deficiencia administrativa. Se inserta en dinámicas históricas de marginación y desigualdad que han afectado a las comunidades indígenas en múltiples dimensiones.

Por ello, el análisis se desarrollará desde un enfoque jurídico e intercultural. Jurídico, porque examina obligaciones estatales, estándares normativos y

responsabilidad institucional. Intercultural, porque reconoce que la salud mental no puede evaluarse sin considerar las cosmovisiones propias de los pueblos indígenas.

En consecuencia, esta investigación se orienta a determinar en qué medida el Estado costarricense garantiza efectivamente el derecho a la salud mental en las poblaciones indígenas, identificando barreras estructurales, vacíos normativos y limitaciones institucionales que puedan incidir en el ejercicio pleno de los derechos humanos.

Capítulo I. Fundamentos teóricos y contexto general.

1. Planteamiento del problema

La salud mental se encuentra reconocida en el ordenamiento jurídico costarricense como parte integrante del derecho a la salud y del bienestar general de las personas. Este reconocimiento se sustenta tanto en la interpretación constitucional como en la legislación sanitaria vigente y en los compromisos internacionales asumidos por el Estado.

Sin embargo, la existencia de ese reconocimiento formal no garantiza su ejercicio efectivo en todos los sectores de la población.

Cuando se examina la situación de las comunidades indígenas, emergen desigualdades persistentes que cuestionan la efectividad real del derecho. Las condiciones territoriales, la limitada infraestructura sanitaria, la escasa presencia de profesionales especializados en salud mental y la ausencia de enfoques interculturales inciden directamente en el acceso a los servicios.

Estas limitaciones no operan de forma aislada.

Se interrelacionan y producen un efecto acumulativo que restringe el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en los territorios indígenas. La cobertura formal del sistema sanitario no necesariamente se traduce en accesibilidad material ni en pertinencia cultural.

Además, el modelo predominante de atención en salud pública ha sido históricamente estructurado bajo parámetros biomédicos occidentales. Si bien este enfoque ha permitido avances significativos en el tratamiento clínico, no siempre incorpora las cosmovisiones indígenas sobre el bienestar emocional, el equilibrio comunitario y las prácticas tradicionales de sanación.

Esta tensión entre modelo institucional y visión cultural genera interrogantes relevantes.

¿Puede considerarse garantizado el derecho a la salud mental cuando los servicios disponibles no reconocen plenamente la diversidad cultural?

¿La igualdad formal ante el sistema sanitario asegura igualdad sustantiva en contextos de marginación histórica?

Desde una perspectiva de derechos humanos, la omisión de medidas diferenciadas puede sentirse como una forma de discriminación indirecta. Normas aparentemente neutrales pueden producir efectos desproporcionados cuando no contemplan las particularidades culturales y territoriales de los pueblos indígenas.

La problemática, por tanto, no se limita a la existencia o inexistencia de servicios. Se vincula con su adecuación, accesibilidad y legitimidad dentro de las comunidades.

En este contexto, se evidencia una brecha entre el marco jurídico vigente y su implementación práctica. Dicha brecha plantea la necesidad de analizar críticamente el alcance real de las acciones estatales en materia de salud mental indígena y su impacto en el goce efectivo de los derechos humanos.

El problema de investigación se centra, entonces, en determinar si el Estado costarricense está garantizando de manera efectiva y culturalmente pertinente el derecho a la salud mental en las poblaciones indígenas, o si persisten deficiencias estructurales que limitan su ejercicio pleno.

1.1 Problematización

Si bien Costa Rica ha avanzado en el reconocimiento normativo del derecho a la salud mental, dichos avances no han sido experimentados de forma homogénea por todas las poblaciones del país.

Las comunidades indígenas continúan enfrentando desventajas estructurales y culturales que limitan su acceso efectivo a servicios de salud mental adecuados.

Esta situación configura un escenario problemático en el que el derecho a la salud mental no se ejerce de forma plena, afectando indirectamente el ejercicio de otros derechos fundamentales. La falta de atención a las necesidades psicológicas y emocionales específicas de las personas indígenas puede interpretarse no solo como una omisión institucional, sino

también como un factor que reproduce dinámicas de exclusión y marginación social.

Desde una aproximación preliminar al problema de investigación, entre las principales barreras identificadas se encuentran la escasa cobertura de servicios especializados en territorios indígenas, la falta de formación intercultural del personal de salud y la desvalorización de los conocimientos y prácticas tradicionales de sanación. Estas condiciones obligan, en muchos casos, a las personas indígenas a interactuar con un sistema de salud que no reconoce sus referentes culturales, lo que puede generar desconfianza y revictimización.

En este contexto, resulta pertinente problematizar en qué medida la falta de garantías del derecho a la salud mental constituye una deficiencia en la política pública costarricense y una posible vulneración de los derechos humanos de los pueblos indígenas.

El análisis de esta problemática permitirá evaluar el cumplimiento de las obligaciones estatales y aportar insumos para la formulación de respuestas más equitativas e interculturales.

1.2 Hipótesis

1.2.1 Hipótesis general

La limitada incorporación de un enfoque intercultural en las políticas públicas y en la prestación de servicios de salud mental ha generado prácticas institucionales que restringen el acceso efectivo de las poblaciones indígenas a una atención adecuada, lo que impacta negativamente su bienestar emocional, su identidad cultural y el ejercicio de derechos humanos fundamentales, particularmente el derecho a la salud, a la igualdad y a la no discriminación.

1.2.2 Fundamentación cualitativa de la hipótesis

La comprobación de esta hipótesis se realizará mediante un enfoque cualitativo, centrado en el análisis de testimonios, percepciones y experiencias vividas por personas indígenas en su interacción con el sistema de salud pública. A través de entrevistas, revisión de estudios previos y análisis de discursos institucionales, se examinará cómo la imposición predominante de un modelo biomédico occidental entra en tensión con las cosmovisiones indígenas sobre el bienestar emocional, la espiritualidad y los procesos tradicionales de sanación.

Este enfoque permitirá identificar manifestaciones de exclusión, discriminación institucional y desconocimiento cultural en la atención en salud mental, así como comprender de qué manera estas prácticas afectan la confianza de las comunidades indígenas hacia las instituciones estatales y su disposición a acceder a los servicios de salud.

Desde esta perspectiva, la hipótesis no busca establecer relaciones causales numéricas, sino interpretar críticamente los significados sociales, culturales y jurídicos que configuran la vulneración del derecho a la salud mental en contextos indígenas.

1.3 Justificación

La presente investigación se justifica en la necesidad de evaluar el grado de cumplimiento del Estado costarricense respecto a sus obligaciones en materia de derechos humanos y salud mental de los pueblos indígenas. A pesar de la ratificación de instrumentos internacionales y la existencia de políticas nacionales, persisten brechas significativas en el acceso a servicios culturalmente pertinentes.

Asimismo, la escasez de información desagregada por etnia en materia de salud mental limita la formulación de políticas públicas basadas en

evidencia. Analizar esta problemática desde un enfoque mixto permitirá aportar elementos objetivos y testimoniales que contribuyan a una comprensión integral del fenómeno.

1.4 Objetivo general

Analizar el grado de garantía del derecho a la salud mental en las poblaciones indígenas de Costa Rica, desde un enfoque de derechos humanos e intercultural, con el fin de identificar las principales barreras de acceso y su impacto en el ejercicio de derechos fundamentales.

1.5 Objetivos específicos

1. Examinar las barreras estructurales, culturales, geográficas e institucionales que enfrentan las poblaciones indígenas para acceder a servicios de salud mental.
2. Analizar el impacto de dichas barreras en el bienestar emocional, la dignidad y la identidad cultural de las personas indígenas.
3. Evaluar el marco normativo y las políticas públicas vigentes en materia de salud mental indígena.
4. Proponer recomendaciones orientadas al fortalecimiento de políticas públicas interculturales en salud mental.

1.6 Alcances

La investigación se desarrollará bajo un enfoque cualitativo, incorporando análisis normativo, revisión documental y entrevistas semiestructuradas. El estudio se centrará en comunidades indígenas específicas del territorio costarricense, seleccionadas por presentar históricas barreras de acceso a servicios de salud y por su relevancia demográfica y territorial.

Las comunidades seleccionadas para el estudio son:

- **Pueblo Zapatón**, debido a su alta dispersión geográfica, limitaciones de acceso a servicios de salud especializados y evidencia documentada de exclusión institucional.
- **Pueblo Quitirrisi**, por contar con una organización comunitaria activa y experiencias reportadas de interacción con el sistema de salud pública.

La selección de estas comunidades responde a criterios territoriales, culturales y logísticos, y permite analizar patrones comunes de exclusión en distintos contextos indígenas del país.

El período de análisis comprenderá los años 2018 a 2025, tomando como referencia el Plan Nacional de Salud Mental 2018–2028 del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

1.7 Limitaciones

Entre las principales limitaciones de esta investigación se identifican las dificultades logísticas de acceso a territorios indígenas, las barreras culturales y lingüísticas que pueden incidir en la profundidad de las entrevistas, y la escasez de estudios cualitativos previos sobre salud mental indígena en Costa Rica.

Asimismo, la falta de información oficial desagregada por etnia en materia de salud mental, producida por instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, limita la posibilidad de contrastar los hallazgos cualitativos con datos institucionales sistemáticos.

1.8 Matriz de categorías de análisis

Categoría principal	Subcategorías	Fuente de información	Técnica
Acceso a la salud mental	Disponibilidad de servicios, barreras geográficas, barreras institucionales	Personas indígenas	Entrevistas
Enfoque intercultural	Reconocimiento cultural, prácticas tradicionales, pertinencia cultural	Líderes comunitarios	Entrevistas
Trato institucional	Discriminación, respeto, comunicación	Usuarios del sistema de salud	Entrevistas
Derechos humanos	Derecho a la salud, igualdad, no discriminación	Análisis normativo	Revisión documental
Confianza institucional	Experiencias previas, percepción del Estado	Personas indígenas	Entrevistas

Capítulo II. Marco Teórico

1. Marco conceptual

El análisis del derecho a la salud mental en las poblaciones indígenas de Costa Rica requiere partir de una base conceptual sólida que permita comprender tanto el alcance del concepto de salud mental como su relación con los derechos humanos, la interculturalidad y las dinámicas de exclusión estructural. Este marco conceptual resulta indispensable para interpretar las obligaciones del Estado y evaluar críticamente la forma en que las políticas públicas han abordado —o dejado de abordar— las necesidades específicas de los pueblos indígenas.

La construcción de este marco no se limita a definiciones normativas, sino que incorpora aportes doctrinarios, institucionales y académicos que han estudiado la salud mental desde perspectivas sociales, culturales y jurídicas, con especial énfasis en contextos de diversidad cultural.

2.1 Salud mental

La salud mental constituye un componente esencial del concepto integral de salud. No puede entenderse como un elemento accesorio ni como una dimensión separada del bienestar general de la persona.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la salud mental no se limita a la ausencia de trastornos, sino que implica un estado de bienestar que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar sus capacidades, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Esta definición amplía la visión tradicional centrada exclusivamente en la enfermedad.

Sin embargo, reducir el concepto a un estándar clínico resulta insuficiente.

La salud mental está condicionada por factores sociales, económicos, culturales y políticos. Las condiciones de vida, la estabilidad comunitaria, el acceso a servicios básicos y el reconocimiento de la identidad cultural inciden directamente en el bienestar emocional.

En contextos de desigualdad estructural, estos factores adquieren mayor relevancia.

Desde una perspectiva jurídica, el derecho a la salud mental se integra dentro del derecho a la salud reconocido en instrumentos nacionales e internacionales. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que este derecho incluye tanto la dimensión física como la mental y exige que los Estados adopten medidas deliberadas y progresivas para garantizar su ejercicio efectivo.

No se trata únicamente de brindar tratamiento cuando existe un diagnóstico. Se trata de crear condiciones que permitan el desarrollo pleno de la persona.

Cuando el acceso a servicios adecuados es limitado, no solo se afecta la salud individual. También pueden verse comprometidos otros derechos fundamentales, como la educación, el trabajo, la participación social y la vida digna.

La salud mental, en consecuencia, funciona como un eje transversal del sistema de derechos humanos. En el caso de los pueblos indígenas, este análisis requiere un enfoque diferenciado.

Diversos estudios en América Latina han evidenciado que el bienestar emocional en comunidades indígenas se encuentra estrechamente vinculado con la identidad cultural, la espiritualidad y la relación con el territorio. La ruptura de estas estructuras puede generar impactos significativos en la salud mental colectiva.

La imposición exclusiva de un modelo biomédico occidental puede resultar problemática en este contexto.

Si bien dicho modelo ofrece herramientas clínicas relevantes, no siempre reconoce las prácticas tradicionales de sanación ni las concepciones comunitarias del equilibrio emocional. Esta desconexión puede afectar la legitimidad de los servicios institucionales.

Desde una lectura crítica, la ausencia de adecuación intercultural en la atención en salud mental no es una cuestión meramente técnica. Puede traducirse en barreras de acceso y en desconfianza hacia el sistema sanitario.

Por ello, analizar la salud mental en pueblos indígenas implica reconocer que su garantía no depende únicamente de la existencia de servicios, sino de su pertinencia cultural, accesibilidad real y respeto por las cosmovisiones propias.

En consecuencia, el concepto de salud mental adoptado en esta investigación no se limita al enfoque clínico tradicional. Integra dimensiones sociales, culturales y territoriales que resultan indispensables para comprender su alcance en comunidades indígenas.

2.1.1 Derechos humanos y salud en el contexto costarricense

En la actualidad, los derechos humanos no se limitan únicamente a las libertades civiles y políticas, sino que también abarcan los derechos económicos, sociales y culturales. Dentro de este conjunto, el derecho a la salud ocupa un lugar central, al constituir un presupuesto indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales. En Costa Rica, la normativa constitucional y legal reconoce la salud como un bien público esencial y como un derecho fundamental exigible.

La Sala Constitucional ha reafirmado de forma reiterada que la salud — incluida la salud mental— posee carácter de derecho fundamental, lo que permite su exigibilidad mediante mecanismos constitucionales como el recurso de amparo.

En este sentido, la jurisprudencia constitucional ha establecido que el Estado tiene la obligación de garantizar servicios de salud oportunos, adecuados y accesibles, y que la omisión o deficiencia en su prestación puede constituir una violación al derecho a la vida y a la dignidad humana.

Este enfoque se alinea con los estándares internacionales en materia de derechos humanos. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Comité DESC, mediante el Comentario General N.º 14, ha desarrollado el contenido de

este derecho, estableciendo que los servicios de salud deben cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En el caso de las poblaciones indígenas, el criterio de aceptabilidad adquiere especial relevancia, ya que exige que los servicios de salud sean culturalmente apropiados y respetuosos de las creencias, prácticas y valores de cada comunidad. Cuando estos principios no se cumplen en los territorios indígenas, se produce una afectación directa al derecho a la salud mental y se refuerzan dinámicas de exclusión estructural.

2.1.2 Interculturalidad y salud indígena

En el ámbito de la salud pública costarricense, la interculturalidad constituye un elemento indispensable para comprender las necesidades y particularidades de los pueblos indígenas.

No se trata únicamente de reconocer la existencia de diversas culturas, sino de promover relaciones basadas en el respeto, la igualdad y el diálogo entre saberes médicos distintos.

Para muchas comunidades indígenas, la salud y el bienestar no se reducen a lo biológico.

Estos conceptos incorporan dimensiones espirituales, comunitarias y ambientales, así como la conexión con el territorio y las tradiciones

ancestrales. La salud mental, en particular, se concibe como un equilibrio entre la persona, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual.

La ausencia de estos elementos en los servicios de salud mental genera una distancia significativa entre el sistema institucional y las comunidades indígenas. Esta desconexión suele traducirse en desconfianza, abandono del tratamiento o rechazo a los servicios formales de salud. En este sentido, la imposición de un único modelo de atención —el biomédico occidental— puede convertirse en una forma de exclusión cultural.

Diversos estudios e informes institucionales han advertido sobre esta problemática. La Defensoría de los Habitantes (2019) ha señalado que la falta de enfoques interculturales en los servicios de salud genera barreras simbólicas e institucionales que afectan de manera desproporcionada a los pueblos indígenas, limitando su acceso efectivo a la atención sanitaria, incluida la salud mental.

El estado del arte nacional muestra que, si bien existen avances normativos en el reconocimiento de la interculturalidad, su implementación práctica sigue siendo limitada. Investigaciones académicas realizadas en universidades públicas han documentado que la formación del personal de salud en temas interculturales es insuficiente y que los protocolos

institucionales no incorporan de manera sistemática las prácticas tradicionales de sanación.

2.1.3 Discriminación estructural e institucional

La discriminación estructural se manifiesta en desigualdades históricas que han persistido a lo largo del tiempo y que afectan de manera desproporcionada a los pueblos indígenas. Estas desigualdades se reflejan en la falta de infraestructura sanitaria adecuada, la escasez de personal especializado en salud mental y la limitada presencia del Estado en los territorios indígenas.

Por su parte, la discriminación institucional se expresa a través de prácticas, normas o políticas que, aun sin una intención explícita de excluir, generan obstáculos para que las personas indígenas accedan a servicios de salud en igualdad de condiciones. La inexistencia de protocolos culturalmente pertinentes, la falta de intérpretes o mediadores culturales y la ausencia de formación intercultural del personal de salud constituyen ejemplos de estas barreras.

Estudios realizados en el ámbito académico nacional han señalado que estas formas de discriminación afectan la confianza de las comunidades

indígenas hacia las instituciones públicas, reforzando procesos de exclusión y marginación (Solano Ortiz, 2018).

Sin embargo, dichos estudios suelen abordar la problemática desde un enfoque descriptivo, sin analizar de manera profunda las implicaciones jurídicas de estas prácticas ni su compatibilidad con los principios constitucionales de igualdad y no discriminación.

2.1.4 Violencia institucional y revictimización

En términos conceptuales, la violencia institucional ocurre cuando las acciones u omisiones de las instituciones del Estado reproducen prácticas que excluyen o marginan a determinados grupos sociales. En el ámbito de la salud mental, esta violencia se manifiesta en la falta de servicios culturalmente adecuados, en la insuficiente asignación de recursos para los territorios indígenas y en la imposición de modelos de atención ajenos a su cosmovisión.

Cuando una persona indígena acude a los servicios de salud mental y se encuentra con un sistema que desconoce su idioma, sus prácticas culturales o su forma de comprender el bienestar emocional, puede experimentar procesos de revictimización. En lugar de recibir apoyo, se enfrenta a un modelo de atención que no reconoce su identidad, lo que

afecta su bienestar emocional y refuerza la desconfianza hacia las instituciones públicas.

Estas situaciones han sido documentadas en informes de la Defensoría de los Habitantes y en estudios cualitativos desarrollados en comunidades cabécares y bribris (Defensoría de los Habitantes, 2019; Rodríguez, 2020). La persistencia de estas prácticas evidencia la necesidad de revisar críticamente las políticas públicas de salud mental desde una perspectiva intercultural y de derechos humanos.

2.1.5 Profundización analítica sobre discriminación estructural en pueblos indígenas

La discriminación estructural que enfrentan los pueblos indígenas en Costa Rica no puede entenderse como el resultado de hechos aislados o circunstancias coyunturales. Se trata, más bien, de un fenómeno histórico y sistemático que ha configurado relaciones desiguales entre el Estado y estas comunidades, reproduciendo condiciones de exclusión en distintos ámbitos, entre ellos el acceso a los servicios de salud mental.

Diversos estudios han señalado que las desigualdades estructurales se manifiestan en la limitada inversión pública en territorios indígenas, la ausencia de infraestructura sanitaria adecuada y la escasa presencia de personal especializado en salud mental en estas zonas.

Estas condiciones no responden únicamente a factores geográficos, sino a decisiones políticas y administrativas que históricamente han relegado las necesidades de los pueblos indígenas a un segundo plano dentro de la agenda estatal.

En el ámbito de la salud mental, esta discriminación estructural se expresa en la inexistencia de programas específicos dirigidos a las comunidades indígenas, así como en la falta de estrategias diferenciadas que reconozcan sus particularidades culturales, lingüísticas y territoriales. Como resultado, el acceso a servicios de atención psicológica o psiquiátrica se ve limitado no solo en términos de disponibilidad, sino también en cuanto a su pertinencia cultural.

La Organización Panamericana de la Salud ha advertido que los pueblos indígenas presentan mayores niveles de vulnerabilidad psicosocial debido a factores como la pobreza, la exclusión social, la pérdida de territorios ancestrales y la discriminación institucional persistente (OPS, 2016).

Estos factores inciden directamente en el bienestar emocional y generan mayores necesidades de atención en salud mental, las cuales no siempre son atendidas de manera oportuna por los sistemas de salud pública.

2.1.6 Discriminación institucional en el sistema de salud costarricense

La discriminación institucional se manifiesta cuando las normas, prácticas o estructuras de las instituciones públicas generan efectos desiguales en el acceso a derechos, aun cuando no exista una intención explícita de discriminar. En el caso del sistema de salud costarricense, esta forma de discriminación se evidencia en la falta de protocolos interculturales, en la ausencia de mediadores culturales y en la escasa formación del personal de salud en temas relacionados con la diversidad cultural.

Informes de la Defensoría de los Habitantes han señalado que las comunidades indígenas enfrentan barreras significativas al interactuar con los servicios de salud pública, incluyendo dificultades lingüísticas, trato inadecuado y desconocimiento de sus prácticas tradicionales de sanación (Defensoría de los Habitantes, 2019). Estas barreras afectan de manera particular el acceso a los servicios de salud mental, donde la comunicación, la confianza y el respeto cultural resultan esenciales para una atención efectiva.

La falta de intérpretes o de personal capacitado en idiomas indígenas limita la posibilidad de que las personas expresen adecuadamente sus malestares emocionales y experiencias personales. En el ámbito de la salud mental, esta carencia puede conducir a diagnósticos erróneos,

tratamientos inadecuados o abandono de la atención, profundizando la exclusión institucional.

Estudios académicos realizados en Costa Rica han documentado que muchas personas indígenas perciben los servicios de salud como espacios poco acogedores y culturalmente ajenos, lo que refuerza la desconfianza hacia las instituciones estatales y reduce la utilización de los servicios disponibles (Solano Ortiz, 2018). Esta percepción no responde únicamente a experiencias individuales, sino a patrones institucionales que reproducen desigualdades estructurales.

2.1.7 Institucional en la atención en salud mental

La violencia institucional constituye una forma específica de vulneración de derechos humanos que ocurre cuando las acciones u omisiones del Estado generan daño, exclusión o revictimización hacia determinados grupos sociales. En el ámbito de la salud mental, esta violencia se expresa en la imposición de modelos de atención que desconocen la identidad cultural de los pueblos indígenas y en la falta de respuestas institucionales adecuadas a sus necesidades específicas.

Cuando las personas indígenas acuden a los servicios de salud mental y se encuentran con profesionales que desconocen su cosmovisión, sus

prácticas culturales o su idioma, se produce una experiencia de deslegitimación de su identidad. Esta situación no solo afecta la calidad de la atención recibida, sino que puede generar efectos negativos en el bienestar emocional, al reforzar sentimientos de exclusión, incomprensión y desconfianza.

La Defensoría de los Habitantes ha señalado que estas prácticas pueden constituir formas de violencia institucional, en la medida en que reproducen relaciones de poder desiguales y vulneran el derecho de las personas indígenas a recibir una atención digna y respetuosa (Defensoría de los Habitantes, 2019). En el caso de la salud mental, esta violencia adquiere una dimensión particular, ya que afecta directamente la esfera emocional y psicológica de las personas.

2.1.8 Revictimización y desconfianza hacia las instituciones públicas

La revictimización ocurre cuando una persona que busca protección o asistencia por parte del Estado se enfrenta a nuevas formas de exclusión o maltrato institucional. En el contexto de la salud mental indígena, este fenómeno se presenta cuando las personas son obligadas a adaptarse a modelos de atención ajenos a su cultura, sin que se reconozcan sus saberes, prácticas o experiencias previas.

Diversos estudios cualitativos han documentado que, ante experiencias de trato inadecuado o discriminatorio, muchas personas indígenas optan por abandonar los servicios de salud mental o recurrir exclusivamente a prácticas tradicionales de sanación (Rodríguez, 2020).

Si bien estas prácticas forman parte legítima de su cosmovisión, la exclusión del sistema formal de salud limita el acceso a una atención integral y refuerza las brechas existentes.

La persistencia de estas dinámicas evidencia una relación de desconfianza entre las comunidades indígenas y las instituciones estatales. Esta desconfianza no puede ser interpretada como una falta de interés por la salud mental, sino como una respuesta racional frente a experiencias reiteradas de exclusión y violencia institucional.

2.2 Estado del arte nacional sobre discriminación y salud indígena

El derecho a la salud ocupa un lugar central dentro del sistema de derechos humanos en Costa Rica. Aunque la Constitución Política no lo menciona expresamente como derecho autónomo, su protección se deriva de una interpretación sistemática de los artículos relativos a la vida, la dignidad humana y el bienestar general.

La Sala Constitucional ha consolidado esta interpretación a través de una línea jurisprudencial constante. El derecho a la vida, según ha sostenido el tribunal, no se limita a la mera subsistencia biológica. Comprende las condiciones necesarias para una vida digna.

Dentro de ese contenido se integra la salud, tanto física como mental.

Este desarrollo jurisprudencial ha permitido que el derecho a la salud sea exigible mediante mecanismos como el recurso de amparo. La protección judicial ha sido particularmente relevante cuando la denegación de servicios compromete la integridad o la vida de las personas.

Sin embargo, la protección individual no siempre resuelve problemáticas estructurales.

En el caso de las poblaciones indígenas, el acceso efectivo a la justicia constitucional puede verse limitado por barreras geográficas, lingüísticas y socioeconómicas. La posibilidad formal de presentar un recurso no garantiza necesariamente igualdad real en el acceso a la tutela judicial.

Desde el ámbito internacional, Costa Rica ha ratificado instrumentos que refuerzan estas obligaciones.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Comité DESC, en su Observación General N.º 14, estableció que los servicios de salud deben cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

El criterio de aceptabilidad resulta especialmente relevante en contextos indígenas.

No basta con que el servicio exista. Debe ser culturalmente adecuado y respetuoso de las creencias y prácticas de cada comunidad.

El Convenio 169 de la OIT introduce un estándar aún más específico. Dispone que los servicios de salud dirigidos a pueblos indígenas deben tener en cuenta sus condiciones económicas, sociales, culturales y geográficas. Asimismo, exige que se organicen en cooperación con las comunidades interesadas.

Estas disposiciones imponen obligaciones concretas al Estado.

La ausencia de participación comunitaria en el diseño de políticas o la falta de adecuación intercultural en la prestación de servicios puede interpretarse

como un incumplimiento de compromisos internacionales asumidos formalmente.

Desde una perspectiva sistemática, el derecho a la salud mental no puede analizarse de manera aislada. Se encuentra vinculado con otros derechos fundamentales, como la igualdad, la identidad cultural y la no discriminación.

Cuando el acceso a la salud mental no incorpora medidas diferenciadas para pueblos indígenas, la igualdad formal puede transformarse en desigualdad sustantiva.

En consecuencia, el marco de derechos humanos en el contexto costarricense ofrece bases normativas sólidas para la protección del derecho a la salud mental. No obstante, su eficacia depende de la capacidad institucional para traducir esos estándares en políticas públicas culturalmente pertinentes y accesibles en la práctica.

2.2.1 Marco legal nacional

El ordenamiento jurídico costarricense reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental y un bien público de interés general. Este reconocimiento se sustenta en normas constitucionales, legales y

jurisprudenciales que obligan al Estado a garantizar el acceso a servicios de salud de manera universal, equitativa y sin discriminación.

En el caso de la salud mental, estas obligaciones adquieren una relevancia particular cuando se analizan las condiciones de acceso de los pueblos indígenas, quienes enfrentan barreras históricas y estructurales para el ejercicio efectivo de este derecho.

A continuación, se desarrolla un análisis del marco legal nacional aplicable, incorporando una lectura crítica desde la perspectiva de los derechos humanos y la interculturalidad.

2.2.1.1 Constitución Política de Costa Rica

La Constitución Política de Costa Rica de 1949 establece los principios fundamentales que sustentan el derecho a la salud como un componente esencial de la vida digna. Si bien el texto constitucional no menciona de forma expresa la salud mental, su protección se deriva de una interpretación sistemática de varios artículos constitucionales.

El artículo 21 dispone que la vida humana es inviolable. La Sala Constitucional ha interpretado de manera reiterada que este principio no se limita a la mera existencia biológica, sino que comprende las condiciones

necesarias para una vida digna, entre ellas el acceso oportuno y adecuado a servicios de salud. Desde esta perspectiva, la salud mental se integra como un elemento inseparable del derecho a la vida, en tanto afecta directamente la integridad emocional y psicológica de las personas.

Por su parte, el artículo 50 establece que el Estado debe procurar el mayor bienestar de todos los habitantes, mediante la organización y estímulo de la producción y la más adecuada distribución de la riqueza. Este mandato constitucional ha sido interpretado como el fundamento del carácter solidario del sistema de salud costarricense y de la obligación estatal de garantizar servicios de salud accesibles y equitativos para toda la población.

En relación con los pueblos indígenas, una interpretación intercultural de estos artículos exige reconocer que el “mayor bienestar” no puede definirse de manera homogénea para todos los grupos sociales. Por el contrario, debe considerar las particularidades culturales, territoriales y espirituales de estas comunidades. La ausencia de políticas diferenciadas en materia de salud mental para pueblos indígenas puede, por tanto, entrar en tensión con el mandato constitucional de igualdad sustantiva.

2.2.1.2 Ley General de Salud (Ley N.º 5395)

La Ley General de Salud, aprobada en 1973, regula la organización del sistema de salud en Costa Rica y define la salud como un bien de interés público. En su artículo 1, la ley establece que la salud de la población es un bien de interés público y que corresponde al Estado velar por su protección, promoción y recuperación. Asimismo, el artículo 2 dispone que todas las instituciones públicas y privadas deben colaborar en la defensa de la salud de los habitantes.

Aunque la Ley General de Salud no contiene disposiciones específicas sobre salud mental ni referencias expresas a los pueblos indígenas, su carácter integral permite interpretar que la salud mental se encuentra comprendida dentro de las obligaciones estatales. Esta omisión normativa, sin embargo, evidencia una limitación importante cuando se analizan las necesidades específicas de las poblaciones indígenas, ya que la ley no incorpora criterios de pertinencia cultural ni mecanismos diferenciados de atención.

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta ausencia de regulación específica puede generar vacíos en la implementación de políticas públicas de salud mental para pueblos indígenas. La aplicación uniforme de la ley, sin considerar las diferencias culturales y territoriales, puede reproducir desigualdades estructurales y limitar el acceso efectivo a los servicios de salud mental.

2.2.1.3 Ley de la Jurisdicción Constitucional (Ley N.º 7135)

La Ley de la Jurisdicción Constitucional, promulgada en 1989, constituye uno de los principales mecanismos de tutela de los derechos fundamentales en Costa Rica. A través del recurso de amparo, cualquier persona puede acudir ante la Sala Constitucional para denunciar la violación o amenaza de sus derechos, incluyendo el derecho a la salud mental.

Gracias a esta normativa, la salud ha sido reconocida por la Sala Constitucional como un derecho fundamental de carácter exigible. En numerosas resoluciones, el tribunal ha ordenado a instituciones públicas, especialmente a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), brindar tratamientos, medicamentos y servicios especializados cuando su denegación pone en riesgo la vida o la integridad de las personas.

En el ámbito de la salud mental, la jurisprudencia constitucional ha reconocido el derecho de las personas a acceder a tratamientos psicológicos y psiquiátricos adecuados. No obstante, el ejercicio de este derecho presenta limitaciones prácticas para las comunidades indígenas,

quienes enfrentan barreras geográficas, lingüísticas y culturales para acceder a los mecanismos de tutela constitucional.

La falta de información, la distancia física de los centros judiciales y la ausencia de acompañamiento institucional dificultan que las personas indígenas puedan hacer uso efectivo del recurso de amparo. Esta situación evidencia una brecha entre el reconocimiento formal del derecho y su exigibilidad real, lo cual plantea interrogantes sobre la efectividad del sistema de protección de derechos en contextos indígenas.

2.2.1.4 Jurisprudencia de la Sala Constitucional sobre salud y pueblos indígenas

La Sala Constitucional ha desempeñado un papel central en la consolidación del derecho a la salud como un derecho fundamental. A través de su jurisprudencia, ha establecido que la atención médica debe ser integral, oportuna y accesible para todas las personas, sin discriminación alguna.

Si bien la mayoría de las resoluciones de la Sala no se refieren de manera específica a la salud mental de los pueblos indígenas, los principios constitucionales desarrollados por el tribunal resultan plenamente aplicables a esta población. La Sala ha reiterado que el Estado tiene la obligación de

garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, independientemente de la ubicación geográfica o la condición social de las personas.

Asimismo, la jurisprudencia ha reconocido que el derecho a la salud incluye el bienestar físico, mental y emocional. Desde esta perspectiva, la omisión de servicios de salud mental culturalmente pertinentes en territorios indígenas puede constituir una violación a los principios de igualdad y no discriminación consagrados en la Constitución.

A pesar de estos avances, persiste una brecha significativa entre los pronunciamientos judiciales y su implementación práctica en las comunidades indígenas. Esta desconexión refuerza la discriminación estructural y limita el impacto real de la jurisprudencia constitucional en la vida cotidiana de estas poblaciones.

2.2.1.5 Síntesis crítica del marco legal nacional

El análisis del marco legal nacional evidencia que Costa Rica cuenta con un conjunto robusto de normas constitucionales, legales y jurisprudenciales que reconocen el derecho a la salud y su carácter fundamental. Sin embargo, cuando se examina la situación de los pueblos indígenas, se

observa una brecha considerable entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud mental y su garantía efectiva en la práctica.

La ausencia de un enfoque intercultural explícito en la legislación y en las políticas públicas, así como las limitaciones en la implementación de los instrumentos existentes, configuran una forma de discriminación estructural que afecta de manera desproporcionada a las comunidades indígenas. Esta situación pone en evidencia la necesidad de revisar y fortalecer el marco normativo y las políticas públicas desde una perspectiva de derechos humanos e interculturalidad.

2.3 Marco internacional de derechos humanos

El derecho a la salud mental se encuentra respaldado por un amplio conjunto de instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Costa Rica. Estos instrumentos no solo reconocen la salud como un derecho humano fundamental, sino que establecen obligaciones específicas para los Estados en relación con la protección de poblaciones históricamente discriminadas, entre ellas los pueblos indígenas.

El análisis del marco internacional resulta esencial para comprender que la garantía del derecho a la salud mental no es una cuestión de política pública discrecional, sino una obligación jurídica que vincula al Estado

costarricense en el plano internacional. Asimismo, estos instrumentos aportan criterios interpretativos relevantes para evaluar la adecuación cultural de los servicios de salud mental y la responsabilidad estatal frente a las brechas existentes en los territorios indígenas.

2.3.1 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Costa Rica en 1968, reconoce en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este reconocimiento explícito de la salud mental otorga al PIDESC una relevancia central para el análisis del derecho a la salud mental de los pueblos indígenas.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto, desarrolló el contenido del derecho a la salud a través de la Observación General N.º 14. En este documento, el Comité estableció que los servicios de salud deben cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, conocidos como el estándar AAAQ.

En el caso de los pueblos indígenas, el criterio de aceptabilidad adquiere una importancia particular, ya que exige que los servicios de salud sean

culturalmente apropiados, respetuosos de las creencias y prácticas tradicionales, y diseñados con la participación de las comunidades. La ausencia de estos elementos puede constituir una violación al derecho a la salud mental, aun cuando los servicios existan formalmente.

El estado del arte internacional ha señalado que muchos Estados incumplen este estándar en contextos indígenas, al ofrecer servicios de salud mental basados exclusivamente en modelos biomédicos occidentales, sin considerar las cosmovisiones indígenas sobre el bienestar emocional (Comité DESC, 2000).

Esta situación resulta relevante para el caso costarricense, donde la implementación de políticas interculturales en salud mental ha sido limitada.

2.3.2 Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por Costa Rica en 1993, constituye uno de los instrumentos internacionales más importantes para la protección de los derechos de los pueblos indígenas. Este convenio reconoce de forma expresa la obligación de los Estados de garantizar servicios de salud adecuados y culturalmente pertinentes para estas poblaciones.

El artículo 25 del Convenio establece que los gobiernos deben velar porque los pueblos indígenas tengan acceso a servicios de salud que tengan en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales.

Asimismo, dispone que los servicios de salud deben organizarse y prestarse en cooperación con las comunidades interesadas, integrando sus prácticas y conocimientos tradicionales.

En materia de salud mental, estas disposiciones implican que los Estados no pueden limitarse a ofrecer servicios estándar, sino que deben adaptar sus políticas y programas a las necesidades específicas de cada pueblo indígena.

La falta de protocolos interculturales, la ausencia de mediadores culturales y la escasa participación comunitaria en el diseño de los servicios constituyen incumplimientos relevantes de las obligaciones asumidas por el Estado.

Diversos estudios internacionales han señalado que, a pesar de la ratificación del Convenio 169, muchos países de la región presentan dificultades para traducir sus disposiciones en políticas públicas efectivas, especialmente en el ámbito de la salud mental indígena. Esta brecha entre el compromiso normativo y la implementación práctica también se observa en el contexto costarricense.

2.3.3 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada en 2007, reconoce el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus propias prácticas de salud, incluidas sus medicinas tradicionales, y a acceder sin discriminación a los servicios de salud disponibles.

Aunque la Declaración no tiene carácter jurídicamente vinculante, constituye un instrumento interpretativo de gran relevancia en el derecho internacional de los derechos humanos. Sus disposiciones han sido utilizadas por tribunales internacionales y órganos de supervisión para interpretar las obligaciones estatales en relación con los pueblos indígenas.

En el ámbito de la salud mental, la Declaración refuerza la obligación de los Estados de respetar las cosmovisiones indígenas sobre el bienestar emocional y de evitar la imposición de modelos culturales ajenos. La exclusión de las prácticas tradicionales de sanación y la falta de reconocimiento de la espiritualidad indígena pueden constituir formas de discriminación cultural contrarias a los principios establecidos en este instrumento.

El estado del arte académico ha destacado que la Declaración ha contribuido a visibilizar la relación entre identidad cultural, territorio y salud mental, aunque su impacto en las políticas públicas nacionales depende en gran medida de la voluntad política de los Estados.

2.3.4 Convención Americana sobre Derechos Humanos y Sistema Interamericano

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por Costa Rica en 1969, no reconoce de manera explícita el derecho a la salud. Sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha interpretado que los derechos a la vida y a la integridad personal incluyen la obligación estatal de garantizar condiciones de vida dignas, lo que abarca el acceso a servicios de salud adecuados, incluyendo la salud mental.

En casos relacionados con pueblos indígenas, la Corte Interamericana ha señalado que los Estados deben adoptar medidas diferenciadas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos, considerando las particularidades culturales, territoriales y sociales de estas comunidades. La falta de acceso a servicios de salud culturalmente pertinentes puede constituir una violación a los derechos protegidos por la Convención.

Este enfoque resulta particularmente relevante para el análisis de la salud mental indígena, ya que permite interpretar las obligaciones del Estado

costarricense más allá de la normativa interna, incorporando estándares interamericanos de protección de derechos humanos.

2.3.5 Otros instrumentos internacionales relevantes

Además de los tratados analizados, existen otros instrumentos internacionales que refuerzan la protección del derecho a la salud mental de los pueblos indígenas. El Protocolo de San Salvador reconoce el derecho a la salud como parte de los derechos económicos, sociales y culturales y obliga a los Estados a adoptar medidas progresivas para su garantía efectiva.

Asimismo, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial establece la obligación de los Estados de eliminar prácticas discriminatorias en el acceso a los servicios de salud, lo cual resulta especialmente relevante para abordar las barreras estructurales que enfrentan los pueblos indígenas.

La Convención sobre los Derechos del Niño también reconoce el derecho de la niñez y adolescencia a disfrutar del más alto nivel posible de salud, considerando su contexto cultural. En el caso de niños y niñas indígenas, esta disposición exige la adopción de servicios de salud mental culturalmente adecuados.

2.3.6 Estado del arte internacional sobre salud mental indígena

El estado del arte internacional evidencia un creciente reconocimiento de la importancia de la salud mental indígena en el marco de los derechos humanos. Estudios desarrollados por organismos internacionales, como la OPS y la OMS, han señalado que los pueblos indígenas enfrentan mayores riesgos psicosociales y menores niveles de acceso a servicios de salud mental culturalmente pertinentes.

No obstante, estos estudios también destacan que la mayoría de los sistemas de salud continúan priorizando enfoques biomédicos, sin integrar de manera efectiva las prácticas tradicionales de sanación ni la participación comunitaria. Esta tendencia refuerza la exclusión cultural y limita el impacto de las políticas públicas en el bienestar emocional de las comunidades indígenas.

En el caso costarricense, la revisión del estado del arte internacional permite contextualizar las brechas existentes y evidenciar que la problemática analizada no es aislada, sino que forma parte de un patrón regional que requiere respuestas estructurales y culturalmente sensibles.

2.3.7 Tabla comparativa de instrumentos internacionales y nacionales relevantes

Instrumentos jurídicos relevantes en materia de salud mental y pueblos indígenas.

Instrumento	Año	Reconoce salud mental	Reconoce pueblos indígenas	Obligaciones estatales
Constitución Política de Costa Rica	1949	Indirectamente	No explícito	Garantizar vida digna y bienestar
PIDESC	1966	Sí (art. 12)	No específico	AAAQ + progresividad

Convenio 169 OIT	1989	Sí	Sí, explícito	Servicios culturalmente pertinentes
Declaración ONU PPI	2007	Sí	Sí	Respeto a prácticas tradicionales
Convención Americana	1969	Implícito	Implícito	Vida digna e integridad

Plan Nacional de Salud Mental	2018	Sí	Parcial	Debilidades de implementación
-------------------------------	------	----	---------	-------------------------------

2.4 Síntesis del capítulo

El análisis desarrollado a lo largo de este capítulo evidencia que Costa Rica cuenta con un marco conceptual, jurídico y normativo robusto que reconoce el derecho a la salud mental como un derecho humano fundamental y que establece obligaciones claras para el Estado en cuanto a su garantía efectiva. Tanto el ordenamiento jurídico nacional como los instrumentos internacionales ratificados por el país reconocen la importancia de brindar una atención en salud mental accesible, adecuada y respetuosa de la dignidad humana.

No obstante, el examen detallado de estos marcos normativos permite identificar una brecha significativa entre el reconocimiento formal del derecho a la salud mental y su materialización en la práctica, especialmente en los territorios indígenas.

A pesar de la existencia de normas constitucionales, leyes, jurisprudencia y políticas públicas que respaldan este derecho, las comunidades indígenas continúan enfrentando barreras estructurales, culturales e institucionales que limitan su acceso efectivo a servicios de salud mental culturalmente pertinentes.

A partir del análisis conceptual desarrollado, uno de los principales hallazgos es que la salud mental, en contextos indígenas, no puede comprenderse de manera aislada ni reducida a parámetros clínicos occidentales. Por el contrario, se encuentra profundamente vinculada con la identidad cultural, la espiritualidad, la vida comunitaria y la relación con el territorio.

La imposición de modelos biomédicos sin adaptación intercultural no solo reduce la efectividad de los servicios de salud mental, sino que puede constituir una forma de exclusión cultural y de vulneración de derechos humanos.

Desde el punto de vista jurídico, el análisis del marco legal nacional e internacional pone de manifiesto que el Estado costarricense ha asumido compromisos claros en materia de derechos humanos y salud mental,

particularmente en relación con los pueblos indígenas. Instrumentos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establecen obligaciones específicas en cuanto a la pertinencia cultural, la participación comunitaria y la no discriminación. Sin embargo, la implementación de estos compromisos en el ámbito de la salud mental presenta importantes limitaciones.

La ausencia de políticas públicas específicas y de estrategias operativas con enfoque intercultural, así como la insuficiente asignación de recursos y la falta de formación del personal de salud en temas de diversidad cultural, configuran una forma de discriminación estructural que afecta de manera desproporcionada a los pueblos indígenas.

Estas deficiencias no solo vulneran el derecho a la salud mental, sino que también impactan negativamente otros derechos fundamentales, como la igualdad, la identidad cultural y la dignidad humana.

Asimismo, el estado del arte integrado en este capítulo evidencia que, si bien existen investigaciones y diagnósticos previos sobre el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud, son escasos los estudios que abordan de manera sistemática la salud mental desde una perspectiva jurídica e intercultural.

Este vacío académico refuerza la pertinencia de la presente investigación y justifica la necesidad de un análisis que articule el derecho, las políticas públicas y las experiencias vividas por las comunidades indígenas.

En este sentido, el capítulo sienta las bases teóricas y normativas para el desarrollo del análisis empírico que se realizará en los capítulos siguientes. La identificación de las brechas existentes entre la norma y la práctica orienta la selección de un enfoque metodológico cualitativo, centrado en la comprensión de las percepciones, experiencias y significados que las personas indígenas atribuyen a su interacción con el sistema de salud mental.

El capítulo metodológico que sigue se fundamentará en este marco conceptual y jurídico, y buscará analizar, a través de entrevistas, revisión documental y análisis de discursos, cómo se manifiestan en la práctica las formas de exclusión, discriminación y violencia institucional identificadas. De esta manera, la investigación pretende contribuir no solo a la comprensión académica del problema, sino también a la formulación de recomendaciones orientadas al fortalecimiento de políticas públicas interculturales que garanticen el derecho a la salud mental de los pueblos indígenas en Costa Rica.

Capítulo III. Marco Metodológico

2. Enfoque de la investigación

Esta investigación se desarrolla en un enfoque cualitativo, debido a que su propósito central no consiste en medir variables, ni establecer relaciones estadísticas si no que se enfoca en comprender de forma profunda las experiencias, percepciones y significados que las personas indígenas atribuyen al ejercicio del derecho a la salud mental en su territorio.

El enfoque cualitativo es importante cuando se pretende analizar fenómenos sociales complejos vinculados a la identidad cultural, la dignidad humana y la interacción con las instituciones del Estado en cuestión.

De esta manera se puede decir que la investigación privilegia la interpretación de narrativas la comprensión contextualizada de las vivencias expresadas por las personas entrevistadas.

3.1 Tipo y diseño de estudio.

El estudio llega a ser de carácter descriptivo y analítico, con diseño cualitativo de índole no experimental.

Es descriptivo en la medida que busca llegar a identificar y caracterizar las barreras estructurales, culturales y territoriales que inciden en el acceso a la salud mental en comunidades indígenas de específicas.

Es analítico porque interpretar dichas experiencias a la luz del marco jurídico nacional e internacional de derechos humanos, estableciendo una relación entre las vivencias relatadas y el cumplimiento de las obligaciones estatales como tal.

3.2 Técnicas de recolección de información

Para lograr obtener la información necesaria se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada.

Por medio de esta técnica se logró contar con una guía temática previamente elaborada, orientada a explorar:

- Percepción del derecho a la salud mental
- Experiencias de atención institucional
- Barreras de acceso
- Prácticas culturales y espirituales vinculadas al bienestar emocional
- Percepción de igualdad y trato institucional

Esta modalidad semiestructurada facilitó un diálogo flexible, respetando los tiempos narrativos de las personas entrevistadas y permitiendo que se profundizar en aspectos emergentes durante la conversación.

Además de las entrevistas, se realizó una revisión documental y normativa, que incluyó:

- Legislación nacional
- Jurisprudencia constitucional
- Instrumentos internacionales
- Plan Nacional de Salud Mental 2018–2028

Esta triangulación entre normativa y testimonios permitió fortalecer la coherencia analítica del estudio.

3.3 Participantes y criterio de selección

Se realizaron un total de siete entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores pertenecientes a las comunidades indígenas de Quitirrisí y Zapatón.

El perfil general de las personas participantes corresponde a:

- Personas mayores entre los 50 y 60 años
- Miembros activos de la comunidad
- Con trayectoria vital en el territorio
- Con experiencia de interacción con el sistema de salud público

- La selección se realizó mediante muestreo intencional o deliberado, propio de la investigación cualitativa, priorizando criterios como:
 - Conocimiento del territorio
 - Experiencia acumulada en relación con servicios públicos
 - Disposición voluntaria para participar
 - Capacidad para reflexionar sobre cambios históricos en la comunidad

Este tipo de muestreo no busca representatividad estadística, sino riqueza narrativa y profundidad interpretativa.

3.4 Lugar y período del trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló en las comunidades indígenas de Quitirrisí y Zapatón, ubicadas en la provincia de San José, Costa Rica.

Las entrevistas fueron realizadas durante el año 2025, en espacios acordados previamente con las personas participantes, procurando condiciones de privacidad, respeto cultural y comodidad.

3.5 Procedimiento

El procedimiento metodológico se desarrolló con base en las siguientes etapas:

1. Revisión bibliográfica y normativa preliminar.
2. Elaboración de guía de entrevista semiestructurada.
3. Contacto con personas de la comunidad y coordinación de entrevistas.
4. Realización de entrevistas presenciales.
5. Sistematización y transcripción de testimonios.
6. Codificación temática de la información.
7. Análisis interpretativo vinculado al marco de derechos humanos.

El análisis de dicha información se realizó mediante identificación de categorías temáticas que fueron previamente definidas y categorías que emergieron derivadas de los relatos.

3.6 Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló bajo principios de:

- Consentimiento informado
- Confidencialidad
- Respeto cultural
- No revictimización

Por motivos de privacidad no se incluyeron ni nombres reales ni datos que permitan identificar a las personas entrevistadas. Los testimonios se presentan mediante numeración (Participante 1, Participante 2, etc.), para lograr así garantizar el anonimato.

De la misma forma, se procuró que el proceso de entrevista se desarrollara en un ambiente de confianza, evitando preguntas invasivas y respetando

los límites establecidos por cada participante, respetando de esta manera a la persona entrevistada.

3.7 Criterios de rigor cualitativo

Para garantizar la calidad metodológica del estudio se aplicaron los siguientes criterios:

- Coherencia entre objetivos y técnicas utilizadas.
- Triangulación entre normativa, doctrina y testimonios.
- Transparencia en el proceso de selección de participantes.
- Claridad en el procedimiento de análisis.

El estudio no pretende generalizar resultados a todos los pueblos indígenas del país, sino aportar una comprensión profunda y contextualizada del fenómeno en las comunidades analizadas, haciendo énfasis en Quitirrisi y Zapatón.

3.8 Síntesis del capítulo

En este capítulo se estableció el marco metodológico que orienta la investigación, definiendo el enfoque cualitativo como eje central para el análisis del derecho a la salud mental en las comunidades indígenas de Quitirrisí y Zapatón.

Se justificó la pertinencia de este enfoque en atención a la naturaleza del problema estudiado, el cual requiere comprender experiencias, percepciones y significados desde la perspectiva de las propias personas participantes.

A su vez, se describieron el diseño descriptivo-analítico, la técnica de entrevistas semiestructuradas, el muestreo intencional aplicado y el procedimiento desarrollado durante el trabajo de campo. Se incorporaron además las consideraciones éticas y los criterios de rigor cualitativo que garantizan coherencia y transparencia en el proceso investigativo.

Este marco metodológico constituye la base que sustenta el análisis de resultados presentado en el capítulo siguiente, asegurando consistencia entre los objetivos planteados, las técnicas empleadas y las conclusiones derivadas del estudio.

Capítulo IV. Análisis de las políticas públicas y del marco normativo sobre el derecho a la salud mental de las poblaciones indígenas en Costa Rica.

4. Introducción

El presente capítulo se orienta al análisis del primer objetivo específico de la investigación, centrado en el estudio de las políticas públicas y del marco normativo que regulan el acceso a la atención en salud mental para las comunidades indígenas en Costa Rica.

Más que describir normas vigentes, este apartado examina su alcance real. Interesa identificar tanto los avances formales del ordenamiento jurídico como las limitaciones estructurales que persisten en la práctica y que inciden directamente en el acceso efectivo a los servicios de salud mental en los territorios indígenas.

Tal como se desarrolló en los capítulos anteriores, la salud mental ha sido reconocida progresivamente como un derecho humano fundamental, tanto en el plano constitucional como en el ámbito internacional. Sin embargo, ese reconocimiento formal no siempre se traduce en acciones

institucionales culturalmente pertinentes ni en políticas públicas diferenciadas.

En los territorios indígenas, esta brecha adquiere especial relevancia. Las desigualdades históricas, la limitada presencia institucional del Estado, la escasez de servicios especializados y la falta de adecuación intercultural configuran un escenario en el que el derecho a la salud mental no se ejerce en condiciones de igualdad sustantiva.

Desde una lectura jurídica crítica, este desfase entre norma e implementación no puede entenderse únicamente como una deficiencia técnica o administrativa. Se trata de una problemática que involucra el cumplimiento efectivo de obligaciones constitucionales e internacionales en materia de derechos humanos.

A partir de este contexto, el capítulo se estructura en cuatro ejes: el análisis del marco normativo aplicable, la revisión de las principales políticas públicas vigentes, el estudio del rol institucional en su implementación y la identificación de las deficiencias estructurales que limitan el ejercicio del derecho a la salud mental en comunidades indígenas.

Este recorrido permitirá transitar de lo normativo a lo práctico, con el fin de evaluar si el reconocimiento jurídico del derecho se corresponde, en la realidad, con mecanismos efectivos de garantía.

4.1 Marco normativo nacional e internacional en salud mental

El análisis del derecho a la salud mental en las poblaciones indígenas exige revisar el marco normativo que sustenta su reconocimiento. No se trata únicamente de identificar normas vigentes, sino de examinar su alcance real y su capacidad para garantizar una protección efectiva en contextos de diversidad cultural.

En el ámbito nacional, la Constitución Política constituye el punto de partida. Aunque el texto constitucional no menciona de manera expresa la salud mental, su protección se deriva de una interpretación sistemática de los artículos relativos a la vida, la dignidad humana, la igualdad y el bienestar general.

La Sala Constitucional ha sostenido reiteradamente que el derecho a la vida no se limita a la mera existencia biológica. Comprende también las condiciones necesarias para una vida digna. Dentro de ese contenido se integra, de forma inseparable, la salud mental.

Este reconocimiento jurisprudencial ha permitido consolidar la salud como un derecho fundamental exigible. Sin embargo, su carácter implícito genera limitaciones prácticas. La ausencia de una referencia expresa a la salud mental y a la interculturalidad en el texto constitucional dificulta el desarrollo de políticas públicas diferenciadas para pueblos indígenas.

Desde una lectura crítica, esta omisión no es meramente técnica. Puede contribuir a la invisibilización normativa de necesidades específicas que requieren un tratamiento diferenciado bajo el principio de igualdad sustantiva.

En el plano legal, la Ley General de Salud establece que la salud es un bien de interés público y asigna al Estado la responsabilidad de su protección, promoción y recuperación. Esta formulación permite incluir la salud mental dentro de su ámbito de aplicación. No obstante, la ley no desarrolla disposiciones específicas que orienten su implementación en contextos culturalmente diversos.

Esta falta de especificidad tiene consecuencias concretas. La formulación de programas y protocolos en salud mental queda sujeta a lineamientos generales que no necesariamente incorporan el enfoque intercultural requerido en territorios indígenas.

La jurisprudencia constitucional ha reforzado la exigibilidad del derecho a la salud, incluyendo tratamientos psicológicos y psiquiátricos cuando está en riesgo la integridad de la persona. Aun así, la mayoría de los pronunciamientos se han desarrollado a partir de casos individuales. Esto limita la posibilidad de abordar problemáticas estructurales que afectan colectivamente a los pueblos indígenas.

En consecuencia, aunque el marco normativo nacional ofrece bases sólidas para la protección del derecho a la salud mental, su desarrollo presenta vacíos relevantes cuando se analiza desde una perspectiva intercultural. En el ámbito internacional, Costa Rica ha asumido compromisos jurídicos que refuerzan esta obligación.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce expresamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Comité DESC, mediante la Observación General N.º 14, desarrolló el estándar de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ). Este último elemento —la aceptabilidad— adquiere especial relevancia en contextos indígenas, ya que exige que los servicios de salud sean culturalmente apropiados.

Por su parte, el Convenio 169 de la OIT establece que los servicios de salud dirigidos a pueblos indígenas deben tener en cuenta sus condiciones económicas, sociales, culturales y geográficas. Asimismo, dispone que deben organizarse en cooperación con las comunidades interesadas.

Estas disposiciones no son meramente declarativas. Imponen obligaciones concretas al Estado. La ausencia de protocolos interculturales o de participación comunitaria en el diseño de servicios de salud mental podría interpretarse como un incumplimiento de tales compromisos.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas refuerza este enfoque al reconocer el derecho de estas comunidades a mantener sus prácticas tradicionales de salud. Aunque no tiene carácter vinculante, constituye un instrumento interpretativo relevante en el derecho internacional de los derechos humanos.

Desde una perspectiva sistemática, el conjunto de normas internacionales evidencia que la garantía del derecho a la salud mental en pueblos indígenas requiere algo más que cobertura formal. Exige adecuación cultural, participación y medidas diferenciadas.

Por ello, el marco internacional no solo complementa el derecho interno, sino que amplía **el estándar de protección exigible al Estado costarricense.**

4.1.1 Legislación nacional aplicable a la salud mental

El desarrollo legislativo en materia de salud en Costa Rica se ha caracterizado por un enfoque general e integral, sin que exista una ley específica dedicada exclusivamente a la salud mental. Esta ausencia normativa ha sido señalada por distintos sectores académicos e institucionales como una de las principales limitaciones estructurales para la consolidación de políticas públicas coherentes y sostenidas en este ámbito.

La Ley General de Salud (Ley N.° 5395) constituye el principal cuerpo normativo que regula el derecho a la salud en el país. Dicha ley define la salud como un bien de interés público y asigna al Estado la responsabilidad de velar por su protección, promoción y recuperación.

Si bien esta normativa permite una interpretación amplia que incluye la salud mental, no desarrolla de manera específica los componentes, principios ni mecanismos de atención requeridos para garantizar este derecho de forma efectiva, particularmente en contextos de diversidad cultural.

Desde una perspectiva jurídica, esta falta de especificidad genera vacíos importantes en la formulación e implementación de políticas públicas en salud mental.

Al no existir disposiciones claras sobre la atención psicológica y psiquiátrica, ni lineamientos diferenciados para poblaciones en situación de vulnerabilidad, las instituciones encargadas de la prestación de servicios operan bajo criterios generales que no siempre responden a las necesidades reales de las comunidades indígenas.

Asimismo, la legislación sanitaria costarricense no incorpora de forma explícita el principio de interculturalidad como eje transversal de la atención en salud. Esta omisión resulta especialmente relevante cuando se analiza el acceso a la salud mental en territorios indígenas, donde la pertinencia cultural constituye un elemento esencial para la efectividad de cualquier intervención institucional. La aplicación uniforme de la normativa, sin considerar las particularidades culturales y territoriales, puede derivar en prácticas institucionales excluyentes o inadecuadas.

Diversos estudios han señalado que la ausencia de una ley específica de salud mental dificulta la asignación de recursos, la definición de responsabilidades institucionales y la creación de mecanismos de

evaluación y rendición de cuentas. En el caso de los pueblos indígenas, esta situación se traduce en una atención fragmentada, dependiente de iniciativas aisladas y carente de una visión integral de derechos humanos.

4.1.2 Jurisprudencia constitucional en materia de salud mental

La jurisprudencia de la Sala Constitucional ha desempeñado un papel fundamental en el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental exigible. A través del recurso de amparo, la Sala ha establecido que el Estado y, en particular, la Caja Costarricense de Seguro Social, tienen la obligación de garantizar el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud cuando esté en riesgo la vida o la integridad de las personas.

En materia de salud mental, la Sala Constitucional ha reconocido el derecho de las personas a recibir tratamientos psicológicos y psiquiátricos cuando estos resultan necesarios para proteger su bienestar integral. No obstante, la mayoría de los pronunciamientos jurisprudenciales se han desarrollado a partir de casos individuales y no han abordado de manera sistemática las barreras estructurales que enfrentan poblaciones específicas, como los pueblos indígenas.

Desde un enfoque crítico, puede señalarse que la jurisprudencia constitucional, si bien constituye un mecanismo eficaz de protección individual de derechos, presenta limitaciones para abordar problemáticas colectivas y estructurales. Las comunidades indígenas, debido a barreras geográficas, lingüísticas y socioeconómicas, enfrentan mayores dificultades para acceder a la justicia constitucional, lo que reduce el impacto real de estos mecanismos de tutela.

En este sentido, la ausencia de criterios jurisprudenciales específicos sobre salud mental indígena refleja una brecha entre el reconocimiento formal del derecho y su garantía efectiva en contextos de diversidad cultural. Esta situación refuerza la necesidad de fortalecer el marco normativo y las políticas públicas desde una perspectiva colectiva e intercultural, más allá de la resolución de casos individuales.

4.1.3 Análisis crítico del marco normativo nacional

El análisis del marco normativo nacional permite identificar una tensión constante entre el reconocimiento general del derecho a la salud mental y la falta de instrumentos jurídicos específicos que orienten su implementación. Si bien Costa Rica cuenta con una sólida tradición de protección de derechos fundamentales, la ausencia de una regulación detallada en

materia de salud mental limita la capacidad del Estado para responder de manera efectiva a las necesidades de los pueblos indígenas.

Esta situación evidencia una forma de omisión normativa que puede interpretarse como una falla estructural del sistema jurídico. Al no incorporar de manera explícita el enfoque intercultural ni establecer obligaciones diferenciadas para la atención en territorios indígenas, la legislación vigente contribuye a la reproducción de desigualdades en el acceso a la salud mental.

Desde una perspectiva de derechos humanos, el Estado tiene la obligación no solo de abstenerse de vulnerar derechos, sino también de adoptar medidas positivas para garantizar su ejercicio efectivo. En el caso de la salud mental indígena, ello implica el desarrollo de marcos normativos específicos, la asignación adecuada de recursos y la creación de mecanismos de participación comunitaria en el diseño de las políticas públicas.

Este análisis normativo constituye un punto de partida para examinar, en los apartados siguientes, el papel de las políticas públicas y de la institucionalidad encargada de su implementación, así como las deficiencias estructurales que persisten en la práctica y que afectan el ejercicio del derecho a la salud mental en las comunidades indígenas de Costa Rica.

4.1.4 El Plan Nacional de Salud Mental 2018–2028

El Plan Nacional de Salud Mental 2018–2028 constituye el principal marco de planificación estatal en esta materia. Elaborado por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social y otras instituciones del sector, el Plan reconoce la salud mental como un componente esencial de la salud integral y del bienestar social.

Entre los objetivos generales del Plan se encuentran la promoción de la salud mental a lo largo del ciclo de vida, la prevención de los trastornos mentales, la mejora del acceso a los servicios de atención y la reducción de las brechas existentes entre distintos sectores de la población. Asimismo, el Plan incorpora principios como la equidad, la inclusión social y el enfoque comunitario como ejes orientadores de la política pública.

Desde un enfoque de evaluación de política pública, un análisis crítico del contenido del Plan evidencia que la referencia específica a los pueblos indígenas es limitada y, en muchos casos, meramente declarativa. Si bien se menciona la atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad, no se desarrollan estrategias concretas ni acciones diferenciadas que garanticen

una atención en salud mental culturalmente pertinente para las comunidades indígenas.

Esta omisión resulta especialmente problemática si se considera que los pueblos indígenas enfrentan condiciones particulares que inciden directamente en su salud mental, tales como la pobreza estructural, la exclusión social, la discriminación institucional y la pérdida de territorios ancestrales. La ausencia de un abordaje específico para estas realidades limita el impacto efectivo del Plan en los territorios indígenas.

4.1.5 Enfoque poblacional y ausencia de pertinencia cultural

El Plan Nacional de Salud Mental adopta un enfoque poblacional que identifica a diversos grupos como prioritarios, entre ellos personas en situación de pobreza, niñez y adolescencia, personas adultas mayores y población privada de libertad. Sin embargo, este enfoque no incorpora de manera sistemática la variable étnica ni reconoce las particularidades culturales de los pueblos indígenas.

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta omisión puede interpretarse como una forma de invisibilización institucional. Al no considerar explícitamente a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos, las políticas públicas tienden a reproducir un modelo

homogéneo de atención que no responde a la diversidad cultural existente en el país.

La falta de pertinencia cultural se manifiesta también en la ausencia de lineamientos para la articulación entre los servicios de salud mental y las prácticas tradicionales de sanación. Esta desconexión refuerza la desconfianza de las comunidades indígenas hacia el sistema de salud pública y reduce la utilización efectiva de los servicios disponibles.

4.1.6 Implementación del Plan y brechas territoriales

Más allá del diseño normativo del Plan Nacional de Salud Mental, su implementación práctica presenta importantes desafíos. Diversos informes institucionales y estudios académicos han señalado que la ejecución del Plan se ha concentrado principalmente en zonas urbanas y en áreas con mayor infraestructura sanitaria, dejando rezagados a los territorios rurales e indígenas.

En términos de implementación institucional, las brechas territoriales en la prestación de servicios de salud mental se reflejan en la escasez de profesionales especializados en zonas indígenas, la limitada oferta de servicios ambulatorios y la falta de programas comunitarios sostenidos.

Estas deficiencias estructurales dificultan que los objetivos del Plan se materialicen de manera efectiva en los territorios indígenas.

Desde un enfoque intercultural, la implementación de políticas públicas en salud mental requiere no solo la presencia de servicios, sino también su adaptación cultural y lingüística. La ausencia de intérpretes, mediadores culturales y personal capacitado en interculturalidad constituye una barrera adicional que limita el acceso real a la atención en salud mental.

4.1.7 Evaluación crítica de las políticas públicas en salud mental

El análisis de las políticas públicas en salud mental en Costa Rica permite identificar avances importantes en el reconocimiento formal del derecho a la salud mental y en la adopción de enfoques preventivos y comunitarios. No obstante, estos avances resultan insuficientes cuando se examinan desde la perspectiva de los pueblos indígenas.

La falta de indicadores específicos que permitan evaluar el impacto de las políticas públicas en territorios indígenas, así como la ausencia de mecanismos de participación comunitaria en el diseño y evaluación de las políticas, limita la capacidad del Estado para identificar y corregir las brechas existentes.

Desde una perspectiva de derechos humanos, las políticas públicas en salud mental deben orientarse no solo a la cobertura general de la población, sino también a la garantía efectiva de derechos para los grupos históricamente excluidos. En el caso de los pueblos indígenas, ello implica la adopción de medidas diferenciadas que reconozcan su condición de sujetos colectivos de derechos y su diversidad cultural.

Este análisis de las políticas públicas sienta las bases para examinar, en el apartado siguiente, el rol de la institucionalidad encargada de la implementación de estas políticas, así como las limitaciones estructurales que persisten en la práctica y que afectan el acceso a la salud mental en los territorios indígenas.

4.2 Rol de la institucionalidad en la garantía del derecho a la salud mental

La garantía efectiva del derecho a la salud mental no depende únicamente de la existencia de normas jurídicas o planes estratégicos. Requiere, además, una institucionalidad capaz de ejecutar esas disposiciones de manera coherente, coordinada y culturalmente pertinente.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) constituyen los principales actores en la formulación e

implementación de políticas en esta materia. Cada institución cumple funciones distintas, pero complementarias.

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría del sistema sanitario. Define lineamientos, coordina políticas y establece directrices técnicas. En teoría, esta función rectora debería permitir una supervisión integral de la atención en salud mental, incluyendo su adecuación intercultural.

Sin embargo, la rectoría enfrenta limitaciones estructurales. La centralización de decisiones, la escasa presencia territorial en comunidades indígenas y la limitada incorporación de enfoques diferenciados reducen el impacto real de sus lineamientos.

En la práctica, la existencia de una política no garantiza su implementación uniforme.

Por su parte, la CCSS asume la prestación directa de los servicios. A través de su red de hospitales, clínicas y áreas de salud, brinda atención psicológica y psiquiátrica. No obstante, la distribución territorial de estos servicios revela desigualdades significativas.

La concentración de especialistas en centros urbanos dificulta el acceso en territorios indígenas. A ello se suman barreras culturales y lingüísticas que afectan la calidad de la atención.

La ausencia de intérpretes, mediadores culturales y protocolos adaptados limita la comunicación efectiva entre profesionales y usuarios. En el ámbito de la salud mental, esta limitación puede incidir directamente en la adherencia al tratamiento y en la confianza institucional.

Desde una perspectiva de derechos humanos, estas barreras pueden configurar formas de discriminación indirecta. Normas aparentemente neutrales producen efectos desproporcionados cuando no consideran las particularidades culturales de los pueblos indígenas.

La coordinación interinstitucional constituye otro elemento crítico. La atención integral en salud mental requiere articulación entre servicios sanitarios, programas sociales y autoridades comunitarias. Sin embargo, la fragmentación institucional dificulta la continuidad de los procesos de atención.

En los territorios indígenas, esta fragmentación se traduce en rutas poco claras de referencia y contrarreferencia. La ausencia de coordinación con

autoridades tradicionales o liderazgos comunitarios debilita la legitimidad de las intervenciones estatales.

Desde un análisis crítico, puede sostenerse que la institucionalidad sanitaria costarricense opera bajo un principio de universalidad formal. No obstante, la igualdad formal no siempre garantiza igualdad sustantiva.

La garantía real del derecho a la salud mental en pueblos indígenas exige medidas diferenciadas, asignación específica de recursos y mecanismos de participación comunitaria.

En consecuencia, el rol institucional resulta determinante. Sin transformaciones estructurales orientadas a la interculturalidad, el reconocimiento jurídico del derecho puede quedar limitado a un plano declarativo.

4.2.1 Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): prestación de servicios y barreras de acceso

La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución encargada de la prestación directa de los servicios de salud en Costa Rica, incluyendo la atención en salud mental. A través de su red de hospitales, clínicas y áreas

de salud, la CCSS brinda servicios de psicología, psiquiatría y trabajo social, así como programas de promoción y prevención en salud mental.

Sin embargo, la capacidad operativa de la CCSS para garantizar el acceso a servicios de salud mental en territorios indígenas se ve limitada por diversos factores estructurales. Entre ellos destacan la escasez de profesionales especializados en salud mental en zonas rurales, la concentración de servicios en centros urbanos y la falta de programas específicos dirigidos a las comunidades indígenas.

Desde la perspectiva de las comunidades indígenas, el acceso a los servicios de salud mental de la CCSS se ve obstaculizado no solo por barreras geográficas, sino también por barreras culturales y lingüísticas. La ausencia de intérpretes, mediadores culturales y personal capacitado en interculturalidad dificulta la comunicación entre los usuarios y los profesionales de salud, afectando la calidad de la atención y la adherencia a los tratamientos.

Estas barreras adquieren una relevancia particular en el ámbito de la salud mental, donde la confianza, la comunicación y el reconocimiento de la identidad cultural son elementos esenciales para una atención efectiva. La imposición de modelos de atención estandarizados, sin adaptación a las

cosmovisiones indígenas, puede generar experiencias de exclusión y revictimización institucional.

4.2.2 Coordinación interinstitucional y fragmentación del sistema

La atención integral en salud mental requiere una coordinación efectiva entre distintas instituciones del Estado, incluyendo el Ministerio de Salud, la CCSS, el Instituto Nacional de las Mujeres, el Patronato Nacional de la Infancia y otras entidades vinculadas a la protección social. En el caso de los pueblos indígenas, esta coordinación resulta aún más relevante, dada la interrelación entre la salud mental, los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida en los territorios indígenas.

No obstante, diversos diagnósticos institucionales han señalado la existencia de una fragmentación significativa en la respuesta estatal en materia de salud mental. La falta de mecanismos claros de coordinación interinstitucional genera duplicidad de esfuerzos en algunos ámbitos y vacíos de atención en otros, afectando la continuidad y la integralidad de los servicios.

En los territorios indígenas, esta fragmentación se traduce en una atención discontinua y en la ausencia de rutas claras de referencia y contrarreferencia para los servicios de salud mental. La falta de articulación

entre los servicios de salud, los programas sociales y las autoridades indígenas limita la efectividad de las intervenciones y refuerza las desigualdades existentes.

4.2.3 Impacto diferenciado de la institucionalidad en los pueblos indígenas

El análisis del rol de la institucionalidad en la garantía del derecho a la salud mental permite identificar un impacto diferenciado en los pueblos indígenas. Si bien las instituciones sanitarias operan bajo el principio de universalidad, la aplicación homogénea de las políticas y programas no garantiza la igualdad sustantiva en contextos de diversidad cultural.

La ausencia de enfoques diferenciados y de estrategias específicas para los pueblos indígenas contribuye a la reproducción de desigualdades en el acceso a la salud mental. Esta situación puede interpretarse como una forma de discriminación indirecta, en la medida en que normas y prácticas aparentemente neutrales generan efectos desproporcionados en grupos históricamente excluidos.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la institucionalidad sanitaria tiene la obligación de adoptar medidas positivas y diferenciadas para garantizar el acceso efectivo a la salud mental de los pueblos indígenas. Ello implica no solo la ampliación de la cobertura de servicios, sino también

la transformación de las prácticas institucionales para incorporar la interculturalidad, la participación comunitaria y el respeto a las prácticas tradicionales de sanación.

4.2.4 Balance crítico del rol institucional

El balance crítico del rol de la institucionalidad en la garantía del derecho a la salud mental en Costa Rica evidencia avances formales en la definición de competencias y en la prestación de servicios. No obstante, estos avances resultan insuficientes para responder a las necesidades específicas de los pueblos indígenas.

Las limitaciones estructurales del Ministerio de Salud y de la CCSS, sumadas a la fragmentación interinstitucional y a la falta de enfoques interculturales, configuran un escenario en el que el derecho a la salud mental no se ejerce de manera plena ni equitativa.

Este análisis refuerza la necesidad de fortalecer la institucionalidad sanitaria desde una perspectiva de derechos humanos, orientada a la igualdad sustantiva y al reconocimiento de la diversidad cultural.

El apartado siguiente profundizará en las deficiencias estructurales del sistema de salud mental y en cómo estas deficiencias impactan de manera

específica a las comunidades indígenas, sentando las bases para el análisis final del capítulo.

4.2.5 Barreras geográficas y territoriales

El ejercicio efectivo del derecho a la salud mental en los territorios indígenas se encuentra condicionado por una serie de barreras estructurales que trascienden el ámbito estrictamente sanitario. Estas limitaciones no responden a situaciones aisladas, sino a condiciones históricas y territoriales persistentes.

Una de las principales barreras es la geográfica. Muchas comunidades indígenas se ubican en zonas de difícil acceso, con infraestructura vial limitada y escasa conectividad con centros urbanos. La mayoría de los servicios especializados en salud mental se concentran en hospitales regionales o nacionales, lo que obliga a largos desplazamientos.

Este traslado no es neutro. Implica costos económicos, interrupción de actividades productivas y separación temporal del entorno comunitario.

En consecuencia, la distancia física se convierte en un obstáculo real para la búsqueda de atención psicológica o psiquiátrica. La disponibilidad formal del servicio no garantiza su accesibilidad efectiva.

A la dimensión territorial se suman barreras culturales.

El sistema de salud costarricense se ha estructurado históricamente bajo un modelo biomédico occidental. Este enfoque prioriza diagnósticos clínicos individuales y tratamientos estandarizados. Sin embargo, en muchas comunidades indígenas, la salud mental se concibe como un equilibrio integral entre persona, comunidad, territorio y espiritualidad.

Cuando los servicios institucionales no reconocen estas cosmovisiones, se genera una desconexión entre el sistema sanitario y la población usuaria. No se trata únicamente de diferencias conceptuales. Se trata de la legitimidad del modelo de atención.

La falta de integración de prácticas tradicionales de sanación y la ausencia de diálogo intercultural pueden reducir la confianza en el sistema formal de salud. En el ámbito de la salud mental, la confianza constituye un elemento central del proceso terapéutico.

Desde un enfoque jurídico, esta situación puede interpretarse como una forma de discriminación indirecta. La aplicación uniforme de un modelo aparentemente neutral produce efectos desproporcionados en contextos culturalmente diversos.

Las barreras lingüísticas refuerzan esta problemática.

En algunos territorios indígenas, el idioma materno no es el español. La ausencia de intérpretes o mediadores culturales limita la posibilidad de expresar con precisión experiencias emocionales, traumas o malestares psicológicos.

En la atención en salud mental, la comunicación no es un elemento accesorio. Es el núcleo del proceso terapéutico.

Sin una comunicación efectiva, pueden producirse diagnósticos imprecisos, abandono del tratamiento o percepciones de incompreensión institucional. Estas consecuencias impactan directamente en el ejercicio del derecho a la salud mental.

Desde una lectura estructural, las barreras geográficas, culturales y lingüísticas no operan de forma aislada. Se interrelacionan y se potencian mutuamente.

La combinación de distancia territorial, ausencia de pertinencia cultural y limitaciones comunicativas configura un escenario en el que la igualdad

formal ante la ley no se traduce en igualdad sustantiva en el acceso a servicios de salud mental.

En consecuencia, el análisis de estas barreras permite afirmar que la problemática no radica exclusivamente en la falta de servicios, sino en la insuficiente adecuación del modelo institucional a la diversidad cultural existente en el país.

4.2.6 Barreras culturales en la atención en salud mental

Las barreras culturales constituyen otra deficiencia estructural significativa en la atención en salud mental para los pueblos indígenas. El sistema de salud costarricense se ha desarrollado predominantemente bajo un modelo biomédico occidental, que no siempre reconoce ni valora las cosmovisiones indígenas sobre la salud, la enfermedad y el bienestar emocional.

En muchas comunidades indígenas, la salud mental se concibe como un equilibrio entre la persona, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual.

Las prácticas tradicionales de sanación, los rituales y el acompañamiento comunitario forman parte esencial de los procesos de bienestar emocional.

Sin embargo, estos elementos suelen estar ausentes en los servicios de salud mental ofrecidos por el Estado.

La imposición de modelos de atención ajenos a la cultura indígena puede generar experiencias de incomprensión, rechazo o desconfianza hacia el sistema de salud.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la falta de pertinencia cultural en la atención en salud mental puede interpretarse como una forma de discriminación indirecta, en la medida en que servicios aparentemente neutrales producen efectos desproporcionados en grupos culturalmente diversos.

4.2.7 Barreras lingüísticas y comunicación institucional

Las barreras lingüísticas representan una deficiencia estructural particularmente grave en el ámbito de la salud mental. En muchos territorios indígenas, el idioma materno no es el español, lo que dificulta la comunicación entre las personas usuarias y los profesionales de salud.

En la atención en salud mental, la comunicación efectiva es un elemento central del proceso terapéutico. La ausencia de intérpretes o mediadores culturales limita la posibilidad de expresar emociones, experiencias

traumáticas y malestares psicológicos de manera adecuada. Esta situación puede conducir a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o abandono de la atención.

La falta de políticas institucionales que garanticen servicios de interpretación en idiomas indígenas evidencia una omisión estatal que afecta directamente el derecho a la salud mental. Desde un enfoque intercultural, el Estado debe adoptar medidas específicas para asegurar la comunicación efectiva y respetuosa en los servicios de salud mental dirigidos a pueblos indígenas.

4.2.7 Recursos humanos y formación en interculturalidad

Otra deficiencia estructural relevante es la escasez de recursos humanos especializados en salud mental en los territorios indígenas. La limitada disponibilidad de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales en estas zonas refleja una distribución desigual del personal sanitario y una falta de incentivos para la prestación de servicios en contextos rurales e indígenas.

A ello se suma la insuficiente formación del personal de salud en temas de interculturalidad y derechos humanos. Muchos profesionales carecen de herramientas conceptuales y prácticas para comprender las cosmovisiones

indígenas y para brindar una atención en salud mental culturalmente pertinente.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la formación en interculturalidad no debe considerarse un aspecto accesorio, sino un componente esencial de la calidad de los servicios de salud mental. La ausencia de esta formación contribuye a la reproducción de prácticas institucionales excluyentes y limita la efectividad de las intervenciones en los territorios indígenas.

4.2.8 Limitaciones presupuestarias y asignación de recursos

Las limitaciones presupuestarias constituyen una deficiencia estructural que incide de manera transversal en el acceso a la salud mental en los territorios indígenas. La asignación de recursos financieros para programas de salud mental ha sido históricamente insuficiente y, en muchos casos, no contempla criterios de equidad territorial ni de pertinencia cultural.

La ausencia de partidas presupuestarias específicas para la atención en salud mental indígena dificulta la implementación de programas sostenidos y la contratación de personal especializado. Esta situación refuerza la dependencia de iniciativas aisladas o de proyectos de corto plazo, que no logran generar un impacto estructural en las comunidades.

Desde un enfoque de derechos humanos, el Estado tiene la obligación de destinar el máximo de los recursos disponibles para la realización progresiva del derecho a la salud mental, priorizando a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. La falta de asignación presupuestaria diferenciada puede interpretarse como un incumplimiento de esta obligación.

4.2.9 Síntesis crítica final del capítulo

El desarrollo del presente capítulo ha permitido realizar un análisis integral de las políticas públicas, el marco normativo y la institucionalidad costarricense en materia de salud mental, con especial énfasis en la situación de los pueblos indígenas. A partir de un enfoque de derechos humanos e interculturalidad, se ha evidenciado que, si bien Costa Rica cuenta con un reconocimiento formal del derecho a la salud mental, persisten profundas brechas entre dicho reconocimiento y su garantía efectiva en los territorios indígenas.

En primer lugar, el análisis del marco normativo nacional ha puesto de manifiesto que la protección de la salud mental en Costa Rica se encuentra

basada en disposiciones generales e implícitas, sin el respaldo de una legislación específica que regule de manera integral este ámbito.

La ausencia de una ley de salud mental y la falta de incorporación explícita del enfoque intercultural en la normativa sanitaria limitan la capacidad del Estado para diseñar e implementar políticas públicas diferenciadas que respondan a las realidades culturales y territoriales de los pueblos indígenas.

Asimismo, el estudio de las políticas públicas vigentes, particularmente del Plan Nacional de Salud Mental 2018–2028, ha permitido identificar avances importantes en la conceptualización de la salud mental como un componente esencial del bienestar integral y en la adopción de enfoques preventivos y comunitarios. No obstante, estos avances resultan insuficientes cuando se analizan desde la perspectiva de los pueblos indígenas, ya que el Plan carece de estrategias específicas, indicadores diferenciados y mecanismos de evaluación que permitan garantizar una atención en salud mental culturalmente pertinente en los territorios indígenas.

El análisis del rol de la institucionalidad sanitaria ha evidenciado que tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social

enfrentan limitaciones estructurales que afectan la implementación efectiva de las políticas de salud mental.

La centralización de la toma de decisiones, la escasa presencia institucional en territorios indígenas, la falta de coordinación interinstitucional y la insuficiente formación del personal en interculturalidad y derechos humanos constituyen obstáculos significativos para la garantía del derecho a la salud mental en estos contextos.

De manera complementaria, la identificación de las deficiencias estructurales del sistema de salud mental ha permitido comprender que las barreras que enfrentan los pueblos indígenas no son aisladas ni circunstanciales, sino que responden a un patrón histórico de exclusión y desigualdad.

Las barreras geográficas, culturales y lingüísticas, sumadas a la limitada asignación de recursos y a la escasa participación comunitaria, configuran un escenario en el cual el acceso a la salud mental se ve restringido de manera sistemática para estas poblaciones.

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta situación puede interpretarse como un incumplimiento de las obligaciones estatales de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud mental sin discriminación. La aplicación homogénea de políticas y programas, sin

considerar las particularidades culturales de los pueblos indígenas, no garantiza la igualdad sustantiva y puede generar formas de discriminación indirecta contrarias a los estándares internacionales de derechos humanos.

En este sentido, el capítulo pone de relieve la necesidad de avanzar hacia un enfoque de salud mental que reconozca a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos y que incorpore de manera efectiva la interculturalidad, la participación comunitaria y el respeto a las prácticas tradicionales de sanación.

La transformación de las políticas públicas y de las prácticas institucionales resulta indispensable para garantizar una atención en salud mental que sea no solo accesible, sino también culturalmente pertinente y respetuosa de la dignidad humana.

Finalmente, los hallazgos desarrollados en este capítulo sientan las bases para el enfoque metodológico cualitativo que se abordará en el capítulo siguiente.

La identificación de las brechas normativas, institucionales y estructurales orienta la selección de técnicas de investigación centradas en la comprensión de las experiencias, percepciones y significados que las

personas indígenas atribuyen a su interacción con el sistema de salud mental.

De esta manera, la investigación busca contribuir a la generación de conocimiento crítico que permita fortalecer la formulación de políticas públicas interculturales y la garantía efectiva del derecho a la salud mental de los pueblos indígenas en Costa Rica.

Capítulo V. Efectos de la marginación, la discriminación y la pérdida cultural en la salud mental de las poblaciones indígenas

5. Introducción del capítulo

El presente capítulo desarrolla el segundo objetivo específico de la tesis, el cual se orienta a analizar los efectos que la marginación social, la discriminación estructural y la pérdida cultural han tenido en la salud mental de las poblaciones indígenas. A diferencia de los capítulos precedentes, centrados en el marco conceptual y jurídico del derecho a la salud mental, este apartado se enfoca en comprender cómo los procesos históricos de exclusión se traducen en experiencias vividas que afectan el bienestar emocional, la identidad y la vida comunitaria de los pueblos indígenas.

El análisis parte del reconocimiento de que la salud mental no puede comprenderse de manera aislada ni reducida a una dimensión individual o clínica. Por el contrario, se trata de un proceso profundamente condicionado por factores sociales, culturales, económicos y territoriales. En el caso de las poblaciones indígenas, estos factores se encuentran

atravesados por una historia prolongada de marginación, invisibilización y negación de derechos, cuyos efectos continúan manifestándose en el presente.

Desde esta perspectiva, el capítulo adopta un enfoque social, cultural y de derechos humanos, sin realizar un análisis normativo detallado. El énfasis se coloca en los impactos psicosociales de la exclusión histórica, entendidos como aquellas afectaciones emocionales, relacionales y comunitarias que surgen de vivir en contextos de desigualdad estructural. Este abordaje permite identificar cómo la vulneración de derechos no solo tiene consecuencias jurídicas, sino también efectos profundos en la subjetividad y el bienestar colectivo.

El tránsito analítico que propone este capítulo implica un desplazamiento desde la norma hacia la experiencia vivida. Mientras el capítulo anterior examinó los estándares jurídicos y las obligaciones estatales en materia de salud mental, el presente capítulo se centra en las condiciones reales en las que estos derechos son ejercidos —o limitados— por las poblaciones indígenas. Este cambio de enfoque resulta fundamental para comprender la brecha existente entre el reconocimiento formal de los derechos y su materialización efectiva en la vida cotidiana.

Asimismo, este capítulo cumple una función articuladora dentro de la estructura general de la tesis. Al analizar los efectos psicosociales de la marginación, la discriminación y la pérdida cultural, se sientan las bases para el capítulo siguiente, dedicado al análisis cualitativo de entrevistas realizadas en una comunidad indígena específica. De esta manera, el presente apartado proporciona el marco interpretativo necesario para contextualizar las experiencias empíricas que serán desarrolladas posteriormente.

5.1.1 Marginación social y territorial de las poblaciones indígenas

La marginación social y territorial constituye uno de los rasgos estructurales más persistentes en la realidad de las poblaciones indígenas. A lo largo de la historia, estos pueblos han sido relegados a espacios geográficos periféricos y a posiciones sociales subordinadas, lo que ha limitado su acceso a servicios básicos, oportunidades de desarrollo y mecanismos efectivos de participación social. Esta situación no solo ha tenido consecuencias materiales, sino que ha impactado de manera directa en el bienestar emocional y en la salud mental de las comunidades.

La marginación territorial se expresa en la ubicación de los territorios indígenas en zonas alejadas de los centros de decisión política y económica, así como en la escasa presencia institucional del Estado. Este aislamiento geográfico se combina con dinámicas de exclusión social que

refuerzan la desigualdad y generan una sensación persistente de abandono. Vivir en contextos donde el acceso a servicios esenciales es limitado contribuye a la construcción de experiencias de inseguridad, incertidumbre y desprotección emocional.

Desde una perspectiva psicosocial, la marginación no debe entenderse únicamente como una condición externa, sino como un proceso que incide en la manera en que las personas se perciben a sí mismas y en su relación con la sociedad. La exclusión prolongada puede internalizarse, afectando la autoestima individual y colectiva, y generando sentimientos de invisibilidad y desvalorización. En este sentido, la marginación territorial y social actúa como un factor estructural que condiciona la salud mental de las poblaciones indígenas.

5.1.2 Marginación territorial y acceso limitado a servicios

El aislamiento geográfico de muchos territorios indígenas representa una barrera significativa para el acceso regular y oportuno a servicios públicos, particularmente en áreas como la salud, la educación y el transporte. La lejanía de centros urbanos, la precariedad de las vías de comunicación y la limitada oferta de servicios especializados configuran un escenario de exclusión territorial que afecta directamente el bienestar de las comunidades.

En el ámbito de la salud mental, estas condiciones se traducen en una atención fragmentada, esporádica o inexistente. La falta de servicios cercanos y continuos obliga a las personas a desplazarse largas distancias para recibir atención, lo cual resulta especialmente complejo para personas adultas mayores, personas con discapacidad o con recursos económicos limitados. Esta situación genera frustración, cansancio emocional y, en muchos casos, la renuncia a buscar apoyo.

La ausencia de infraestructura básica adecuada, como centros de salud equipados o espacios comunitarios de atención, refuerza la percepción de abandono estatal. Desde el punto de vista emocional, la sensación de vivir en territorios olvidados produce sentimientos de inseguridad y desconfianza hacia las instituciones públicas. Estas experiencias afectan la salud mental de manera acumulativa, generando estrés constante y una percepción de vulnerabilidad permanente.

Asimismo, la falta de acceso a servicios no solo impacta a nivel individual, sino que debilita los mecanismos comunitarios de cuidado. Cuando el Estado no garantiza condiciones mínimas de atención, las comunidades se ven obligadas a enfrentar solas situaciones complejas de sufrimiento emocional, lo que puede sobrecargar las redes familiares y comunitarias existentes.

5.1.3 Exclusión socioeconómica y pobreza estructural

La marginación territorial suele estar estrechamente vinculada con la exclusión socioeconómica y la pobreza estructural. Las poblaciones indígenas enfrentan, de manera desproporcionada, condiciones de precariedad laboral, ingresos inestables y acceso limitado a recursos económicos. Estas condiciones no responden únicamente a factores individuales, sino a estructuras sociales que han restringido históricamente las oportunidades de desarrollo de estos pueblos.

La pobreza estructural genera un entorno de inseguridad permanente, donde la satisfacción de necesidades básicas requiere un esfuerzo constante. Este contexto produce altos niveles de estrés, ansiedad y preocupación, que afectan de forma directa la salud mental de las personas y la estabilidad emocional de las familias. La imposibilidad de planificar a largo plazo y la incertidumbre sobre el futuro refuerzan estas afectaciones.

Desde una perspectiva psicosocial, la exclusión socioeconómica también incide en la percepción de valor social y reconocimiento. La falta de oportunidades puede generar sentimientos de frustración, impotencia y desánimo, que se intensifican cuando estas condiciones se perciben como inmodificables. En comunidades que han experimentado exclusión durante

generaciones, estas emociones pueden transmitirse de manera intergeneracional, afectando el bienestar colectivo.

Además, la pobreza estructural limita el acceso a estrategias de autocuidado y apoyo emocional, tales como actividades recreativas, espacios de descanso o atención especializada. Esta carencia refuerza la acumulación de factores de riesgo para la salud mental y profundiza las desigualdades existentes. En este sentido, la exclusión socioeconómica no solo constituye una condición material desfavorable, sino un determinante estructural del sufrimiento emocional en las poblaciones indígenas.

5.2 Discriminación estructural e institucional

La discriminación estructural e institucional constituye uno de los factores más determinantes en la afectación de la salud mental de las poblaciones indígenas. A diferencia de formas explícitas o individuales de discriminación, este tipo de exclusión opera de manera sistemática, normalizada y muchas veces invisible, reproduciéndose a través de prácticas sociales, políticas públicas y dinámicas institucionales que colocan a los pueblos indígenas en una posición de desventaja permanente.

Desde una perspectiva psicosocial, la discriminación estructural no se limita a eventos puntuales, sino que configura un entorno cotidiano en el que las personas indígenas enfrentan barreras constantes para el ejercicio de sus derechos y para el reconocimiento de su dignidad. Esta experiencia prolongada de exclusión tiene efectos acumulativos en la salud mental, generando estados persistentes de estrés, desconfianza y desgaste emocional.

La discriminación institucional, por su parte, se manifiesta cuando las instituciones del Estado operan bajo lógicas que no consideran las particularidades culturales, territoriales y sociales de las poblaciones indígenas. Estas prácticas no siempre responden a intenciones discriminatorias explícitas, pero producen resultados desiguales que afectan de manera desproporcionada a estas comunidades. En el ámbito de la salud, la educación y otros servicios públicos, esta forma de discriminación refuerza la percepción de no ser escuchados ni valorados.

5.2.1 Discriminación histórica hacia los pueblos indígenas

La discriminación que enfrentan los pueblos indígenas tiene raíces profundas en procesos históricos de colonización, despojo territorial y negación cultural. Estos procesos han configurado relaciones de poder desiguales que persisten hasta la actualidad y que influyen en la manera en

que la sociedad mayoritaria y las instituciones del Estado se relacionan con las comunidades indígenas.

A lo largo del tiempo, la exclusión de los pueblos indígenas ha sido normalizada mediante discursos y prácticas que los presentan como grupos atrasados, dependientes o incapaces de autogestión. Esta construcción social ha legitimado políticas de asimilación cultural y ha justificado la marginalización de sus formas de organización, conocimiento y espiritualidad. Desde el punto de vista psicosocial, la internalización de estos discursos puede generar sentimientos de inferioridad, vergüenza y desvalorización identitaria.

La memoria colectiva de la discriminación histórica constituye un elemento central en la experiencia emocional de las comunidades indígenas. Las vivencias de exclusión no se limitan a una generación, sino que se transmiten de manera intergeneracional, influyendo en la forma en que las personas perciben sus oportunidades, su relación con el Estado y su lugar en la sociedad. Esta herencia de exclusión contribuye a un estado de vulnerabilidad emocional persistente.

Además, la discriminación histórica ha debilitado los mecanismos tradicionales de protección comunitaria, al erosionar el valor social de las prácticas culturales y de las autoridades tradicionales. Esta pérdida de

referentes culturales y comunitarios afecta la cohesión social y reduce las herramientas colectivas para enfrentar el sufrimiento emocional, incrementando el impacto de la exclusión en la salud mental.

5.2.2 Racismo institucional y trato desigual en los servicios públicos

El racismo institucional se manifiesta cuando las políticas, procedimientos y prácticas de las instituciones públicas reproducen desigualdades estructurales, aun en ausencia de expresiones abiertamente discriminatorias. En el caso de las poblaciones indígenas, este fenómeno se refleja en la forma en que los servicios públicos son diseñados y prestados, sin considerar adecuadamente las condiciones culturales y territoriales de estas comunidades.

En el ámbito de los servicios de salud, el trato desigual puede expresarse a través de la falta de sensibilidad cultural, la comunicación deficiente y la desvalorización de los saberes tradicionales. Estas prácticas generan experiencias de incomprensión y desconfianza, que afectan la disposición de las personas indígenas a buscar atención y a mantener vínculos con las instituciones públicas. Desde el punto de vista emocional, estas experiencias refuerzan sentimientos de exclusión y rechazo.

El trato diferenciado también se manifiesta en la percepción de que las necesidades de las comunidades indígenas no constituyen una prioridad institucional. La atención tardía, fragmentada o insuficiente refuerza la idea de que existen jerarquías implícitas en el acceso a los derechos, lo que afecta la autoestima colectiva y genera una sensación de invisibilidad social.

Las consecuencias psicológicas del racismo institucional incluyen la aparición de estrés crónico, ansiedad y un estado constante de alerta frente a posibles experiencias de discriminación. La reiteración de estas vivencias puede derivar en desconfianza generalizada hacia las instituciones y en el retraimiento social, limitando las posibilidades de búsqueda de apoyo formal en momentos de necesidad emocional.

Desde una perspectiva psicosocial, el racismo institucional no solo afecta a las personas que lo experimentan directamente, sino que impacta al conjunto de la comunidad. La percepción compartida de trato desigual debilita el tejido social y refuerza la idea de que el sistema no responde a las realidades indígenas. Esta desconfianza colectiva constituye un factor de riesgo adicional para la salud mental, al reducir las redes de apoyo externas disponibles.

En síntesis, la discriminación estructural e institucional configura un entorno adverso que condiciona de manera profunda el bienestar emocional de las poblaciones indígenas. La normalización de la exclusión, el trato desigual en los servicios públicos y la persistencia de discursos discriminatorios contribuyen a una afectación sostenida de la salud mental, que no puede entenderse como un problema individual, sino como una consecuencia directa de estructuras sociales injustas.

5.3 Pérdida cultural, identidad y salud mental

La pérdida cultural constituye uno de los factores más profundos y complejos en la afectación de la salud mental de las poblaciones indígenas. A diferencia de otras formas de exclusión que pueden identificarse de manera más inmediata, la erosión de la identidad cultural opera de forma gradual, silenciosa y acumulativa, impactando el bienestar emocional tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido, la pérdida cultural no debe entenderse únicamente como la desaparición de prácticas o expresiones simbólicas, sino como un proceso que debilita los vínculos que sostienen el sentido de pertenencia, la cohesión comunitaria y la continuidad histórica de los pueblos indígenas.

Desde una perspectiva psicosocial, la identidad cultural cumple una función central en la construcción del bienestar emocional. La pertenencia a una comunidad con valores, prácticas y saberes compartidos proporciona marcos de sentido que permiten a las personas interpretar su experiencia vital, enfrentar situaciones de adversidad y desarrollar mecanismos colectivos de resiliencia. Cuando estos referentes culturales se ven desvalorizados o desplazados, se produce una afectación directa en la salud mental, manifestada en sentimientos de desarraigo, inseguridad y pérdida de sentido.

La pérdida cultural no ocurre de manera espontánea, sino que está estrechamente vinculada a procesos históricos de colonización, asimilación forzada y discriminación estructural. Estos procesos han promovido la imposición de modelos culturales hegemónicos que deslegitiman las cosmovisiones indígenas y subordinan sus formas de conocimiento. El impacto emocional de estas dinámicas se refleja en una tensión constante entre la preservación de la identidad y la presión por adaptarse a contextos que no reconocen la diversidad cultural.

5.3.1 La identidad cultural como factor de protección psicosocial

La identidad cultural constituye un factor de protección fundamental para la salud mental de las poblaciones indígenas. A través de la transmisión de la

lengua, los rituales, las prácticas comunitarias y la espiritualidad, las personas adquieren herramientas simbólicas y emocionales que fortalecen su capacidad para enfrentar el sufrimiento y las dificultades de la vida cotidiana.

Las prácticas culturales tradicionales permiten canalizar emociones, elaborar duelos y reforzar los lazos comunitarios, generando un sentido de continuidad y pertenencia. En este marco, la salud mental no se concibe como una experiencia individual aislada, sino como un proceso colectivo que se construye en relación con la comunidad y el territorio. Esta visión contrasta con enfoques individualizantes que tienden a desvincular el bienestar emocional de los contextos sociales y culturales.

Desde el punto de vista psicosocial, la identidad cultural contribuye al fortalecimiento de la autoestima individual y colectiva. Sentirse parte de un pueblo con historia, saberes y prácticas propias refuerza la percepción de valor personal y comunitario. Cuando esta identidad es reconocida y validada, se generan condiciones favorables para el bienestar emocional y la resiliencia frente a situaciones de exclusión o adversidad.

Sin embargo, cuando la identidad cultural es deslegitimada o invisibilizada, este factor de protección se debilita. La pérdida de referentes culturales puede generar confusión identitaria, especialmente en contextos donde las

nuevas generaciones enfrentan presiones para abandonar sus prácticas tradicionales. Esta tensión intergeneracional puede afectar la transmisión de saberes y debilitar los mecanismos comunitarios de apoyo emocional.

5.3.2 Desvalorización de saberes ancestrales y efectos emocionales

La desvalorización de los saberes ancestrales constituye una forma de violencia simbólica que impacta directamente en la salud mental de las poblaciones indígenas. Cuando los conocimientos tradicionales, las prácticas espirituales y las formas propias de cuidado son consideradas inferiores o irrelevantes, se produce una ruptura en la legitimidad cultural que sostiene el bienestar emocional de la comunidad.

Desde una perspectiva emocional, la desvalorización constante de los saberes ancestrales puede generar sentimientos de vergüenza, inseguridad y auto-desconfianza. Las personas pueden internalizar discursos que presentan su cultura como obsoleta o carente de valor, lo que afecta la autoestima y refuerza la percepción de inferioridad social. Este proceso resulta particularmente dañino en personas adultas mayores, quienes han sido portadoras y transmisoras de estos saberes a lo largo de su vida.

La exclusión de los saberes ancestrales de los espacios institucionales, como los servicios de salud o educación, contribuye a la fragmentación de

la identidad cultural. Cuando las prácticas tradicionales no son reconocidas como válidas, las personas pueden experimentar una disociación entre su forma de vida y las exigencias del sistema dominante. Esta disociación genera malestar emocional y dificulta la construcción de una identidad integrada.

Además, la desvalorización de los saberes ancestrales afecta la cohesión comunitaria, al debilitar el rol social de las personas mayores y de las autoridades tradicionales. La pérdida de estos referentes reduce las oportunidades de diálogo intergeneracional y limita la transmisión de conocimientos que han sido fundamentales para el cuidado del bienestar emocional colectivo.

5.3.3 Ruptura del vínculo cultural, espiritual y comunitario

La ruptura del vínculo cultural, espiritual y comunitario constituye una de las consecuencias más profundas de la pérdida cultural y tiene efectos significativos en la salud mental de las poblaciones indígenas. Este proceso se manifiesta en la desconexión progresiva de las prácticas rituales, la espiritualidad y las formas tradicionales de organización comunitaria.

Desde una perspectiva psicosocial, la espiritualidad cumple un rol central en la elaboración del sufrimiento emocional y en la construcción de sentido

frente a la enfermedad, la muerte y la pérdida. La ruptura de este vínculo espiritual puede generar sentimientos de vacío, desorientación y tristeza profunda, afectando la capacidad de las personas para enfrentar situaciones de adversidad.

La pérdida de espacios comunitarios de encuentro y apoyo también debilita el tejido social, incrementando el aislamiento emocional. Cuando las redes comunitarias se fragmentan, las personas enfrentan el sufrimiento de manera más individualizada, lo que incrementa el riesgo de ansiedad, depresión y otras afectaciones emocionales. Esta situación resulta especialmente preocupante en contextos donde el acceso a apoyos institucionales es limitado.

Asimismo, la ruptura del vínculo cultural y comunitario afecta el sentido de pertenencia, un elemento clave para la salud mental. Sentirse desconectado de la comunidad y del territorio puede generar un duelo cultural, entendido como la tristeza asociada a la pérdida de referentes identitarios y formas de vida significativas. Este duelo, cuando no es reconocido ni acompañado, puede cronificarse y afectar el bienestar colectivo.

En síntesis, la pérdida cultural y la ruptura de la identidad indígena no solo representan una amenaza para la diversidad cultural, sino que constituyen

un determinante estructural de la salud mental. La erosión de los vínculos culturales, espirituales y comunitarios debilita los mecanismos de protección psicosocial y expone a las poblaciones indígenas a mayores niveles de sufrimiento emocional, reforzando las desigualdades históricas que enfrentan.

5.4 Efectos psicosociales en la salud mental de las comunidades indígenas

Las condiciones de marginación social, discriminación estructural y pérdida cultural analizadas en los apartados anteriores se traducen en una serie de efectos psicosociales concretos que impactan de manera profunda la salud mental de las comunidades indígenas. Estos efectos no pueden entenderse como respuestas individuales aisladas, sino como manifestaciones colectivas de un contexto histórico y social caracterizado por la exclusión y la desigualdad persistente.

Desde una perspectiva psicosocial, la salud mental se ve influida por la interacción constante entre las condiciones de vida, las relaciones sociales y los marcos culturales que dan sentido a la experiencia cotidiana. En el caso de las poblaciones indígenas, la acumulación de factores estructurales adversos genera un entorno propicio para la aparición de diversas formas

de sufrimiento emocional, que se expresan tanto a nivel individual como comunitario.

Uno de los efectos más recurrentes asociados a estas condiciones es la presencia de ansiedad y estados de preocupación constante. La inseguridad derivada de la precariedad económica, la incertidumbre respecto al acceso a servicios básicos y la sensación de abandono institucional generan un estado de alerta permanente. Este tipo de estrés sostenido afecta la capacidad de las personas para desenvolverse en la vida diaria y debilita sus mecanismos de afrontamiento emocional.

Asimismo, la depresión emerge como una de las afectaciones psicosociales más significativas en contextos de exclusión prolongada. Los sentimientos de tristeza, desesperanza y desánimo se relacionan estrechamente con la percepción de falta de oportunidades y con la experiencia reiterada de no ser escuchados ni valorados. En comunidades que han enfrentado generaciones de marginación, estos estados emocionales pueden normalizarse, dificultando su identificación y abordaje oportuno.

Otro efecto relevante es el duelo cultural, entendido como el sufrimiento emocional asociado a la pérdida progresiva de referentes culturales, prácticas tradicionales y formas de vida comunitaria. Este tipo de duelo no siempre es reconocido socialmente, lo que agrava su impacto en la salud

mental. La pérdida de la lengua, de rituales y de espacios de encuentro comunitario genera sentimientos de vacío, nostalgia y desarraigo, que afectan especialmente a las personas adultas mayores.

El estrés crónico constituye otro de los efectos psicosociales centrales en la salud mental de las comunidades indígenas. A diferencia del estrés puntual, el estrés crónico se caracteriza por su persistencia en el tiempo y por la dificultad para encontrar momentos de descanso emocional. La exposición continua a situaciones de discriminación, precariedad y exclusión refuerza este estado, incrementando el riesgo de afectaciones emocionales más severas.

Estos efectos no se limitan al ámbito individual, sino que impactan de manera directa el tejido comunitario y familiar. La sobrecarga emocional puede generar tensiones en las relaciones interpersonales, debilitando los vínculos de apoyo y solidaridad que históricamente han sostenido a las comunidades indígenas. Cuando el sufrimiento emocional no encuentra espacios colectivos de contención, aumenta el riesgo de aislamiento y retraimiento social.

Desde una perspectiva intergeneracional, los efectos psicosociales de la exclusión pueden transmitirse de una generación a otra. Las experiencias de discriminación y pérdida cultural vividas por las personas adultas

mayores influyen en la manera en que las nuevas generaciones construyen su identidad y su relación con la sociedad. Esta transmisión intergeneracional del sufrimiento emocional refuerza la necesidad de abordajes que consideren la dimensión colectiva y cultural de la salud mental.

La afectación del bienestar emocional también se refleja en una disminución de la participación comunitaria y en la pérdida de confianza en las instituciones públicas. La desconfianza institucional, alimentada por experiencias reiteradas de trato desigual, limita la búsqueda de apoyo formal y refuerza la percepción de que el sufrimiento debe enfrentarse de manera individual o exclusivamente comunitaria, aun cuando los recursos disponibles sean insuficientes.

Es importante destacar que estos efectos psicosociales no deben interpretarse como signos de debilidad individual o comunitaria, sino como respuestas comprensibles a contextos de exclusión estructural. La salud mental de las comunidades indígenas se ve condicionada por factores que exceden el ámbito personal y que requieren respuestas integrales, sensibles a la historia y a la diversidad cultural de estos pueblos.

Este apartado establece una conexión directa con el capítulo siguiente, dedicado al análisis cualitativo de entrevistas realizadas en una comunidad

indígena específica. Los efectos psicosociales aquí descritos proporcionan el marco interpretativo necesario para comprender las experiencias relatadas por las personas entrevistadas, evidenciando cómo las condiciones estructurales se traducen en vivencias concretas de sufrimiento emocional y búsqueda de bienestar.

5.5 Relación entre estas experiencias y la vulneración de derechos humanos

Las experiencias de marginación, discriminación estructural y pérdida cultural analizadas en los apartados anteriores permiten evidenciar que las afectaciones a la salud mental de las poblaciones indígenas no constituyen únicamente un fenómeno social o cultural, sino que se relacionan de manera directa con la vulneración indirecta y sistemática de derechos humanos fundamentales. La exclusión histórica se traduce en condiciones de vida que limitan el ejercicio efectivo de los derechos, afectando tanto el bienestar emocional individual como el equilibrio colectivo de las comunidades.

Desde un enfoque de derechos humanos, resulta necesario comprender que la salud mental no puede desvincularse del contexto social, cultural y territorial en el que las personas desarrollan su vida. Las afectaciones psicosociales descritas —ansiedad, depresión, estrés crónico, duelo cultural

y debilitamiento del tejido comunitario— son expresiones concretas de un entorno que no garantiza condiciones mínimas de dignidad, igualdad y reconocimiento para los pueblos indígenas.

Este apartado no pretende realizar un análisis normativo exhaustivo, sino establecer una conexión interpretativa entre las experiencias vividas por las comunidades indígenas y la vulneración de derechos humanos, entendida como un proceso estructural que opera de manera persistente y acumulativa.

5.5.1 Derecho a la salud mental

El derecho a la salud mental, entendido como parte integral del derecho a la salud, implica la posibilidad real de alcanzar un estado de bienestar emocional que permita a las personas desenvolverse plenamente en su vida individual y comunitaria. Sin embargo, las condiciones de marginación territorial, exclusión socioeconómica y discriminación institucional analizadas previamente limitan de manera significativa esta posibilidad para las poblaciones indígenas.

Las experiencias de estrés constante, sufrimiento emocional no atendido y ausencia de espacios adecuados de cuidado evidencian que el derecho a la

salud mental no se ejerce en condiciones de igualdad. La falta de entornos protectores, de reconocimiento cultural y de apoyos adecuados contribuye a la cronificación de afectaciones emocionales que podrían ser prevenidas o mitigadas en contextos más favorables.

Desde una lectura de derechos humanos, la afectación a la salud mental no se reduce a la inexistencia de servicios especializados, sino que incluye las condiciones sociales y culturales que hacen posible —o imposible— el bienestar emocional. En este sentido, la vulneración del derecho a la salud mental se manifiesta de forma indirecta, a través de contextos de vida que generan sufrimiento evitable y prolongado.

5.5.2 Derecho a la igualdad y no discriminación

Las experiencias de exclusión y trato desigual vividas por las poblaciones indígenas evidencian una vulneración persistente del derecho a la igualdad y a la no discriminación. Aunque formalmente los derechos son reconocidos para todas las personas, las condiciones estructurales en las que se encuentran los pueblos indígenas generan una desigualdad sustantiva en su ejercicio.

La discriminación estructural e institucional descrita en este capítulo produce efectos diferenciados que afectan de manera desproporcionada a

las comunidades indígenas. La normalización del trato desigual, la desvalorización de sus prácticas culturales y la falta de respuestas institucionales adecuadas refuerzan una posición de subordinación que impacta directamente la salud mental.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la igualdad no puede entenderse únicamente como trato idéntico, sino como la garantía de condiciones que permitan a todas las personas ejercer sus derechos de manera efectiva. La ausencia de medidas diferenciadas para abordar las necesidades específicas de las poblaciones indígenas contribuye a reproducir desigualdades históricas y a perpetuar formas de exclusión que afectan el bienestar emocional y la dignidad humana.

5.5.3 Derecho a la identidad cultural y a la dignidad humana

La pérdida cultural y la desvalorización de los saberes ancestrales analizadas en este capítulo tienen una incidencia directa en la vulneración del derecho a la identidad cultural y, en consecuencia, del derecho a la dignidad humana. La identidad cultural constituye un elemento central de la dignidad, en tanto permite a las personas y comunidades vivir conforme a sus valores, creencias y formas de vida.

La ruptura del vínculo cultural, espiritual y comunitario afecta la manera en que las personas indígenas se perciben a sí mismas y su lugar en la sociedad.

La negación o invisibilización de la identidad cultural genera un daño simbólico que se expresa en sentimientos de desarraigo, pérdida de sentido y sufrimiento emocional profundo. Estas experiencias no solo impactan a nivel individual, sino que debilitan la cohesión comunitaria y la transmisión intergeneracional de saberes.

Desde una lectura de derechos humanos, la afectación de la identidad cultural constituye una vulneración que trasciende lo simbólico, ya que incide directamente en la posibilidad de vivir con dignidad. Cuando las comunidades indígenas no pueden ejercer plenamente su identidad cultural, se ven privadas de uno de los pilares fundamentales de su bienestar emocional y colectivo.

En conjunto, las experiencias analizadas a lo largo de este capítulo permiten afirmar que la salud mental de las poblaciones indígenas se ve comprometida por un entramado de vulneraciones indirectas pero sistemáticas de derechos humanos. La marginación social, la discriminación estructural y la pérdida cultural no solo generan sufrimiento emocional, sino que reflejan un incumplimiento persistente de las

condiciones necesarias para garantizar una vida digna, igualitaria y culturalmente respetuosa.

Este análisis refuerza la necesidad de comprender la salud mental desde una perspectiva integral de derechos humanos, que reconozca la interdependencia entre bienestar emocional, igualdad, identidad cultural y dignidad humana. Asimismo, sienta las bases para el capítulo siguiente, en el que se examinan las experiencias concretas de una comunidad indígena específica, permitiendo observar cómo estas vulneraciones se expresan en relatos de vida y prácticas cotidianas.

5.6 Síntesis del capítulo

El presente capítulo permitió analizar los efectos de la marginación social, la discriminación estructural y la pérdida cultural en la salud mental de las poblaciones indígenas, desde una perspectiva social, cultural y de derechos humanos. A través del desarrollo de los distintos apartados, se evidenció que estas condiciones no constituyen fenómenos aislados, sino procesos históricos y estructurales que inciden directamente en el bienestar emocional individual y colectivo.

Se identificó cómo la exclusión territorial y socioeconómica genera inseguridad, estrés crónico y limitaciones en el acceso a servicios esenciales; cómo la discriminación institucional produce desgaste

emocional, desconfianza y sentimientos de invisibilidad; y cómo la pérdida cultural debilita los mecanismos comunitarios de protección psicosocial, afectando la identidad y la cohesión social.

Asimismo, se estableció la relación entre estas experiencias y la vulneración indirecta de derechos humanos fundamentales, particularmente el derecho a la salud mental, a la igualdad y no discriminación, y a la identidad cultural. Este análisis permite comprender que las afectaciones emocionales descritas no deben interpretarse como problemáticas individuales, sino como consecuencias de estructuras sociales históricamente desiguales.

En este sentido, el capítulo proporciona el marco interpretativo necesario para el análisis cualitativo desarrollado en el siguiente apartado, donde estas dinámicas estructurales se observan en relatos concretos de vida y experiencia comunitaria.

CAPÍTULO V. Resultados del análisis cualitativo: entrevistas en las comunidades indígenas Quitirrisi y Zapaton.

6. Introducción del capítulo

El presente capítulo expone los resultados del análisis cualitativo obtenido a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas en las comunidades indígenas de Quitirrisí y Zapaton. Este apartado constituye el eje empírico central de la investigación, en tanto permite contrastar el marco normativo, conceptual y jurídico desarrollado en los capítulos anteriores con las experiencias concretas de las personas indígenas en relación con el ejercicio del derecho a la salud mental.

Las voces recogidas permiten comprender cómo se vive la salud mental en el territorio, cuáles son las principales barreras que enfrentan las personas para acceder a servicios de atención y de qué manera la cultura, la espiritualidad y las prácticas tradicionales inciden en la búsqueda de bienestar emocional. El análisis no se apoya en herramientas estadísticas, sino en la interpretación de relatos, percepciones y significados construidos a partir de las experiencias vividas por las personas entrevistadas.

Para el desarrollo de este capítulo se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores pertenecientes a las comunidades indígenas de Quitirrisi y Zapaton, seleccionadas por su trayectoria vital, su conocimiento del territorio y su interacción prolongada con las instituciones del Estado. Esta aproximación permite dar cuenta de una perspectiva situada, profundamente vinculada con la memoria colectiva, la identidad cultural y las transformaciones experimentadas por la comunidad en el acceso a servicios de salud.

Desde un enfoque de derechos humanos, este capítulo no pretende generalizar los hallazgos a la totalidad de los pueblos indígenas del país, sino aportar una comprensión cualitativa que permita evaluar el grado de efectividad del derecho a la salud mental en un contexto específico, caracterizado por desigualdades estructurales y por la persistencia de barreras territoriales y culturales.

6.1 Caracterización general del trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló en las comunidades indígenas de Quitirrisi y Zapatón, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores pertenecientes a dichos

territorios. La elección de este grupo respondió a la relevancia de sus trayectorias vitales, su conocimiento profundo del entorno comunitario y su experiencia acumulada en la interacción con los servicios públicos de salud y otras instituciones estatales.

Las personas adultas mayores, en su condición de portadoras de memoria histórica y saberes culturales, ofrecieron una perspectiva amplia sobre las transformaciones sociales, institucionales y culturales que han incidido en la forma en que se comprende y se ejerce el derecho a la salud mental en sus comunidades. Su participación permitió acceder a relatos contextualizados, vinculados no solo a experiencias individuales, sino también a procesos colectivos.

El propósito de las entrevistas fue recopilar información cualitativa orientada a comprender cómo se percibe la salud mental dentro del territorio, cuáles son las principales barreras estructurales y culturales para acceder a una atención adecuada, y de qué manera las prácticas tradicionales, espirituales y comunitarias influyen en el bienestar emocional. Esta aproximación permitió contrastar el marco normativo y doctrinal desarrollado en capítulos anteriores con la experiencia cotidiana de las personas entrevistadas, fortaleciendo el análisis desde una perspectiva de derechos humanos e interculturalidad.

6.2 Caracterización general del trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló en la comunidad indígena Quitirrisí y Zapaton, ubicadas en el cantón de Mora, provincia de San José. Se trata de territorios indígenas que, a pesar de su cercanía relativa con el área metropolitana, enfrenta limitaciones importantes en el acceso a servicios especializados de salud, particularmente en el ámbito de la salud mental.

Las entrevistas realizadas fueron de tipo semiestructurado, lo que permitió contar con una guía temática previamente definida, pero con suficiente flexibilidad para que las personas entrevistadas expresaran libremente sus experiencias, percepciones y valoraciones. Este tipo de entrevista resulta especialmente adecuado en investigaciones cualitativas con enfoque intercultural, ya que facilita el diálogo, el respeto por los tiempos narrativos y la emergencia de significados culturalmente situados.

El perfil general de las personas entrevistadas corresponde a personas adultas mayores de la comunidad, con edades superiores a los sesenta años, quienes han vivido de manera directa los cambios en la relación entre el Estado y el territorio indígena. Estas personas han interactuado con el sistema de salud público en distintos momentos de su vida y poseen un conocimiento profundo de las prácticas culturales y espirituales propias de la comunidad.

La selección de este grupo responde a criterios metodológicos y éticos. Por un lado, las personas adultas mayores constituyen un grupo particularmente vulnerable en materia de salud mental, debido a factores asociados a la edad, la enfermedad y la exclusión social. Por otro, su experiencia acumulada permite identificar patrones estructurales en el acceso a derechos, más allá de situaciones individuales o coyunturales.

6.3 Percepción del Estado y de las instituciones de salud

Las narraciones recogidas reflejan una percepción ambivalente hacia el Estado y hacia las instituciones encargadas de la prestación de servicios de salud. Por un lado, las personas entrevistadas reconocen que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud mental y que existen leyes y políticas que, en el plano formal, protegen este derecho. Por otro, se evidencia una sensación persistente de abandono, lejanía institucional y falta de presencia efectiva en el territorio.

Muchas personas manifestaron que las políticas públicas y los servicios disponibles no responden adecuadamente a sus necesidades reales ni a su contexto cultural. Esta percepción se traduce en una desconfianza hacia el

sistema de salud, que limita la utilización de los servicios existentes, aun cuando se reconoce su importancia para el bienestar emocional.

Desde una perspectiva de derechos humanos, estas experiencias pueden interpretarse como una afectación al principio de confianza legítima, en la medida en que el Estado genera expectativas normativas sobre la garantía del derecho a la salud, pero no logra materializarlas de forma efectiva en los territorios indígenas. En el caso de poblaciones históricamente discriminadas, como los pueblos indígenas, esta situación refuerza la obligación estatal de adoptar medidas de garantía reforzada.

6.4 Salud mental, vida digna y experiencias de atención

Las personas entrevistadas relacionaron la salud mental con la posibilidad de vivir con tranquilidad, respeto y dignidad dentro de su comunidad.

Aunque no emplean el lenguaje técnico propio del derecho o de las políticas públicas, sus relatos reflejan una comprensión profunda del vínculo existente entre el bienestar emocional y la posibilidad de desarrollar una vida digna, libre de sufrimiento innecesario y de abandono institucional.

Desde sus experiencias cotidianas, la salud mental no se concibe como un estado clínico aislado, sino como una condición integral que permite

afrontar la vida diaria, mantener relaciones comunitarias significativas y conservar la autonomía personal. Esta concepción coincide con los estándares internacionales de derechos humanos, que entienden la salud mental como un componente inseparable del derecho a la salud y de la dignidad humana.

Las personas entrevistadas relacionaron la salud mental con la posibilidad de vivir con tranquilidad, respeto y dignidad dentro de su comunidad. Aunque no utilizan el término “derecho” de manera técnica, sus relatos reflejan la expectativa de ser escuchadas y atendidas con consideración.

Una persona expresó:

“Los servicios de salud no llegan casi acá, aparecen cada 15 días y es un médico general, no es un psicólogo y menos un psiquiatra; sería bueno más para los niños ya uno viejo no necesita tanto de eso” (Participante 1, entrevista personal, 2025).

Otra persona señaló:

“Yo sufro de depresión, una doctora cuando me dio cáncer hace muchos años me diagnostico en el hospital, pero nunca nadie me brindo tratamiento, hubiera deseado que se preocuparan por mi mente como por mi cáncer” (Participante 3, entrevista personal, 2025).

Este relato permite identificar una fragmentación en la atención sanitaria, donde se prioriza la dimensión física de la enfermedad, mientras se invisibilizan sus consecuencias emocionales y psicológicas. Desde el enfoque de derechos humanos, esta fragmentación contradice el principio de integralidad que rige el derecho a la salud, reconocido tanto en el ordenamiento jurídico costarricense como en los instrumentos internacionales.

Estos relatos evidencian que la salud mental es percibida como un componente esencial de una vida digna, inseparable del derecho a la salud en su sentido integral.

La falta de seguimiento y de apoyo en salud mental no solo genera sufrimiento individual, sino que impacta directamente la percepción de dignidad de las personas. Sentirse escuchadas, acompañadas y atendidas con respeto constituye un elemento central del derecho a la salud mental, especialmente en poblaciones adultas mayores, donde las experiencias de enfermedad, pérdida y soledad suelen ser más frecuentes.

En este sentido, las experiencias narradas permiten afirmar que la salud mental es vivida como un derecho implícito, aunque no siempre nombrado como tal. Las personas entrevistadas no reclaman únicamente la existencia de servicios, sino la posibilidad real de acceder a una atención que

reconozca su humanidad, su historia y su contexto cultural. La ausencia de estas condiciones transforma el derecho formalmente reconocido en un derecho de difícil ejercicio en la práctica.

Desde una perspectiva jurídica, estas experiencias evidencian una brecha entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud mental y su materialización efectiva en el territorio indígena. Dicha brecha afecta directamente el derecho a una vida digna, entendido no solo como supervivencia, sino como la posibilidad de vivir con bienestar emocional, respeto y reconocimiento.

6.5 Barreras estructurales y discriminación en el acceso a la salud mental

Las entrevistas realizadas evidencian la existencia de múltiples barreras que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud mental en la comunidad indígena de Quitirrisí. Estas barreras no se presentan de forma aislada, sino que se articulan entre sí, generando un escenario de exclusión estructural que afecta de manera diferenciada a las personas adultas mayores indígenas.

Una persona relató:

“A esta edad ya cuesta mucho andar de un lado para otro. Si la ayuda no está cerca, es como si ese derecho no existiera para uno, si quisiera ir

donde un señor de esos a que me ayude tendría que ir hasta Puriscal y son más de 40 mil colones de viaje” (Participante 2, entrevista personal, 2025).

Este relato nos recalca que una de las barreras más recurrentes identificadas es la distancia geográfica entre el territorio y los servicios especializados de salud mental. Los testimonios señalan que el acceso a atención psicológica o psiquiátrica implica desplazamientos largos, costos económicos elevados y un esfuerzo físico considerable, especialmente para personas de edad avanzada. Desde una lectura jurídica, esta situación vulnera el criterio de accesibilidad del derecho a la salud, en su dimensión geográfica y económica.

La edad aparece como un factor que agrava estas dificultades. Las personas adultas mayores enfrentan mayores limitaciones físicas para desplazarse, así como una mayor dependencia de terceros para acceder a servicios ubicados fuera de su comunidad. Esta condición incrementa su vulnerabilidad y refuerza la necesidad de medidas diferenciadas por parte del Estado. La ausencia de tales medidas puede interpretarse como una forma de discriminación indirecta, en tanto normas y prácticas aparentemente neutrales generan efectos desproporcionados sobre un grupo específico.

Otra persona señaló:

“Uno va a pedir ayuda y siente que no lo oyen con paciencia. Como si por ser mayor o indígena no fuera tan importante” (Participante 5, entrevista personal, 2025).

Otra barrera identificada se relaciona con el trato recibido por parte de algunas instituciones y profesionales de la salud. Los relatos evidencian experiencias de falta de escucha, impaciencia y desvalorización, asociadas tanto a la edad como a la pertenencia cultural. Estas prácticas afectan la confianza en el sistema de salud y desincentivan la búsqueda de atención, incluso cuando las personas reconocen la necesidad de apoyo en salud mental.

Desde una perspectiva de derechos humanos, el trato inadecuado en los servicios de salud puede constituir una forma de violencia institucional, especialmente cuando se dirige de manera reiterada hacia poblaciones históricamente excluidas. En el ámbito de la salud mental, donde la confianza y la comunicación son elementos esenciales, estas prácticas adquieren una gravedad particular.

Los costos económicos asociados al acceso a servicios especializados representan otra barrera estructural relevante. El gasto en transporte, alimentación y acompañamiento constituye un obstáculo significativo para personas con recursos económicos limitados. Esta situación evidencia una

afectación al principio de igualdad sustantiva, ya que el ejercicio del derecho a la salud mental depende, en la práctica, de la capacidad económica de las personas.

Es importante destacar que estas barreras no deben interpretarse como problemas individuales o circunstanciales, sino como manifestaciones de una organización institucional que no ha sido diseñada para responder a las necesidades específicas de los pueblos indígenas. La acumulación de obstáculos geográficos, económicos, etarios y culturales configura un patrón de exclusión que limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental.

Desde el enfoque jurídico, este escenario pone en cuestión el cumplimiento de las obligaciones estatales de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación. La ausencia de servicios accesibles y culturalmente pertinentes en el territorio indígena de Quitirrisí evidencia la necesidad de adoptar medidas estructurales y diferenciadas que permitan superar estas barreras y avanzar hacia una garantía real del derecho a la salud mental.

6.6 Prácticas culturales, espiritualidad e identidad cultural

Las personas entrevistadas destacaron de manera reiterada que las prácticas culturales y espirituales forman parte esencial de su manera de

comprender, cuidar y sostener la salud mental. Estas prácticas no se conciben como elementos accesorios o complementarios, sino como dimensiones centrales del bienestar emocional, profundamente vinculadas con la identidad cultural, la vida comunitaria y la relación con el territorio.

Una persona explicó:

“Nosotros siempre hemos tenido nuestras formas de sanar, con rezos y consejos. Eso también es un derecho nuestro y debería respetarse”

(Participante 4, entrevista personal, 2025).

Desde la experiencia de las comunidades de Quitirrisí y Zapaton la salud mental se construye a partir de un equilibrio entre la persona, la comunidad, la naturaleza y el ámbito espiritual. Los rezos, los consejos transmitidos por las personas mayores, el trabajo con la tierra y la memoria ancestral constituyen mecanismos fundamentales para afrontar el sufrimiento emocional, la tristeza, la enfermedad y las pérdidas propias del ciclo de vida. Esta concepción se distancia del modelo biomédico predominante, que tiende a abordar la salud mental desde una perspectiva individual y clínica.

Este testimonio nos señala y enfatiza que las formas tradicionales de sanación y acompañamiento emocional han estado presentes históricamente en la comunidad y que forman parte de un derecho que

debe ser respetado. Este planteamiento revela una comprensión implícita del vínculo entre salud mental e identidad cultural, donde el ejercicio de prácticas tradicionales no solo contribuye al bienestar emocional, sino que reafirma la pertenencia a un pueblo indígena con saberes propios.

Otra persona expresó:

“Cuando uno usa lo que aprendió de los abuelos, se siente más fuerte. Pero en los hospitales no toman eso en cuenta, como si no valiera, me gusta sembrar para distraerme y solo me dijeron que no servía” (Participante 6, entrevista personal, 2025).

Este testimonio señala que el uso de los conocimientos transmitidos por los abuelos genera fortaleza emocional y sentido de continuidad cultural. La referencia al trabajo con la tierra y a actividades cotidianas como la siembra evidencia que la salud mental no se limita a intervenciones formales, sino que se construye también a través de prácticas comunitarias que fortalecen la autoestima, el sentido de utilidad y la conexión con el entorno. La desvalorización de estas prácticas por parte del sistema de salud institucional es vivida como una forma de negación cultural.

Desde una perspectiva de derechos humanos, estas experiencias adquieren una relevancia jurídica significativa. El derecho a la identidad cultural, reconocido en instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y la Declaración de las

Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, incluye el derecho de los pueblos indígenas a mantener, practicar y fortalecer sus tradiciones, costumbres y sistemas de conocimiento, incluidos aquellos relacionados con la salud y el bienestar.

La falta de reconocimiento de las prácticas culturales y espirituales en la atención en salud mental puede constituir una vulneración indirecta de este derecho. Cuando los servicios institucionales ignoran o deslegitiman los saberes tradicionales, no solo se limita la efectividad de la atención, sino que se refuerzan dinámicas de exclusión simbólica que afectan la dignidad y el sentido de pertenencia de las personas indígenas.

En el ámbito de la salud mental, esta exclusión adquiere una dimensión particularmente sensible. La imposición de modelos de atención ajenos a la cosmovisión indígena puede generar desconfianza, resistencia o abandono de los servicios formales, lo que profundiza las brechas de acceso y limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Desde el enfoque intercultural, la atención en salud mental debe construirse a partir del diálogo entre saberes, reconociendo la legitimidad de las prácticas tradicionales y su contribución al bienestar emocional.

Asimismo, las experiencias narradas permiten identificar que la espiritualidad cumple un rol central en la manera en que las personas

adultas mayores enfrentan situaciones de enfermedad, pérdida y sufrimiento emocional. La espiritualidad no se vive como un elemento separado de la vida cotidiana, sino como una fuente de sentido, fortaleza y acompañamiento emocional. Su exclusión de los servicios institucionales implica una atención fragmentada que no responde a las necesidades reales de la comunidad.

Desde una lectura jurídica, la omisión de estas dimensiones culturales y espirituales en la atención en salud mental puede ser interpretada como una falta de cumplimiento del criterio de aceptabilidad del derecho a la salud. Los estándares internacionales establecen que los servicios de salud deben ser culturalmente apropiados y respetuosos de las creencias y valores de las personas usuarias. La ausencia de este enfoque en los territorios indígenas limita la garantía efectiva del derecho a la salud mental.

En este sentido, los hallazgos de esta sección evidencian que la salud mental, en el contexto de la salud mental de estas comunidades, no puede abordarse de manera aislada ni reducida a intervenciones clínicas. Su comprensión y cuidado requieren el reconocimiento pleno de la identidad cultural, la espiritualidad y las prácticas tradicionales como componentes legítimos del derecho a la salud mental. La falta de integración de estos elementos en la atención institucional refuerza la necesidad de avanzar

hacia modelos interculturales que respeten la diversidad cultural y promuevan una atención verdaderamente digna y efectiva.

6.7 Igualdad, no discriminación y percepción de exclusión

Las personas entrevistadas manifestaron de forma reiterada una percepción de desigualdad en el trato recibido por parte del Estado y de las instituciones públicas, particularmente en lo relacionado con el acceso a servicios de salud y, de manera específica, a la atención en salud mental. Si bien reconocen la existencia de leyes, políticas y discursos oficiales que proclaman la igualdad de derechos, sus experiencias cotidianas reflejan una distancia significativa entre ese reconocimiento formal y la vivencia real de tales derechos en el territorio indígena.

Una persona señaló:

“Uno oye que todos tenemos los mismos derechos, pero aquí no se siente así. Parece que para algunos pueblos cuesta más que los derechos lleguen” (Participante 1, entrevista personal, 2025).

Desde la perspectiva de las personas entrevistadas, la igualdad no se experimenta como un principio efectivo, sino como una promesa que no siempre se materializa en condiciones concretas de acceso y atención. Esta percepción se expresa en comparaciones implícitas entre la atención que

reciben las comunidades indígenas y la que se brinda en contextos urbanos o no indígenas, lo que refuerza la sensación de exclusión y trato diferenciado.

Uno de los testimonios señala que, aunque se afirma que todas las personas tienen los mismos derechos, en la práctica estos no llegan de la misma manera a todos los pueblos. Esta afirmación evidencia una comprensión intuitiva del concepto de desigualdad estructural, en la medida en que el acceso a los derechos depende de factores como el territorio, la pertenencia cultural y la ubicación social. Desde una lectura jurídica, esta situación cuestiona el cumplimiento del principio de igualdad sustantiva, que exige al Estado no solo un trato formalmente igual, sino la adopción de medidas diferenciadas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos.

Otra persona comentó:

“Si viviéramos en la ciudad, tal vez sería diferente. Aquí uno siente que lo dejan de último” (Participante 7, entrevista personal, 2025).

Este testimonio expresa la percepción de que vivir fuera de la ciudad implica quedar en una posición de desventaja en el acceso a los servicios públicos. Esta experiencia pone de manifiesto cómo la desigualdad territorial se combina con la pertenencia cultural para generar una

afectación diferenciada en el ejercicio del derecho a la salud mental. La centralización de los servicios y la falta de presencia institucional sostenida en los territorios indígenas contribuyen a reproducir estas brechas.

Desde el enfoque de derechos humanos, estas experiencias pueden interpretarse como manifestaciones de discriminación indirecta o estructural. Aunque las normas y políticas no establecen explícitamente un trato discriminatorio hacia los pueblos indígenas, su diseño e implementación generan efectos desiguales que afectan de manera desproporcionada a estas comunidades. En el ámbito de la salud mental, esta discriminación se traduce en un acceso limitado a servicios especializados, en una atención poco sensible a las particularidades culturales y en una menor prioridad institucional asignada a las necesidades del territorio.

La percepción de exclusión no se limita únicamente al acceso material a los servicios, sino que se extiende al ámbito simbólico y relacional. Sentirse relegadas, poco escuchadas o tratadas como una población de menor importancia afecta la confianza de las personas en las instituciones públicas y debilita el vínculo entre el Estado y la comunidad. En el contexto de la salud mental, esta falta de confianza puede disuadir a las personas de buscar atención, aun cuando enfrentan situaciones de sufrimiento emocional.

Desde una lectura jurídica más amplia, estas experiencias evidencian una tensión entre el principio de igualdad formal, consagrado en el ordenamiento jurídico costarricense, y la realidad de la igualdad material o sustantiva. El derecho internacional de los derechos humanos ha reconocido que tratar de manera idéntica a personas y grupos en situaciones desiguales puede perpetuar la exclusión. En el caso de los pueblos indígenas, la ausencia de políticas y servicios diferenciados en salud mental refuerza las desigualdades históricas en lugar de corregirlas.

Asimismo, la condición de personas adultas mayores agrava la experiencia de exclusión percibida. La edad introduce factores adicionales de vulnerabilidad, como la dependencia física, la disminución de la movilidad y la mayor prevalencia de problemas de salud, incluidos los relacionados con la salud mental. La falta de respuestas institucionales específicas para este grupo etario dentro de las comunidades indígenas profundiza la sensación de invisibilización y abandono.

En este sentido, los testimonios recogidos permiten afirmar que la percepción de desigualdad y exclusión no responde a experiencias aisladas o subjetivas, sino a un patrón reiterado de interacción con el Estado y sus instituciones. Este patrón refleja una forma de exclusión estructural que

limita el ejercicio pleno del derecho a la salud mental y afecta directamente los principios de igualdad y no discriminación.

Desde la perspectiva de derechos humanos, el Estado tiene la obligación de identificar y corregir estas desigualdades mediante la adopción de medidas positivas y diferenciadas. En el ámbito de la salud mental, ello implica garantizar servicios accesibles, culturalmente pertinentes y territorialmente adecuados para las comunidades indígenas, así como reconocer las múltiples formas de discriminación que convergen en la experiencia de las personas adultas mayores indígenas.

Los hallazgos de esta sección refuerzan la necesidad de comprender la igualdad no como un concepto abstracto o meramente normativo, sino como una condición que debe reflejarse en la vida cotidiana de las personas. La persistencia de percepciones de exclusión en las comunidades indígenas evidencia que el derecho a la salud mental continúa siendo ejercido de manera desigual, lo que plantea desafíos jurídicos y políticos relevantes para la garantía efectiva de los derechos humanos en contextos de diversidad cultural.

6.8 Derecho a una atención culturalmente respetuosa

Las personas entrevistadas manifestaron de forma clara que la atención en salud mental no puede limitarse únicamente a la disponibilidad de servicios, sino que debe estar acompañada de un trato respetuoso que reconozca su identidad cultural, su historia y su forma de vida. Desde su experiencia, una atención que desconoce estos elementos resulta insuficiente y, en algunos casos, genera rechazo o desconfianza hacia el sistema de salud institucional.

Los relatos evidencian que la búsqueda de atención en salud mental no está asociada a una negativa a recibir apoyo, sino a la forma en que dicho apoyo es ofrecido. Cuando la atención se percibe como ajena, distante o carente de sensibilidad cultural, las personas experimentan una sensación de incompreensión que afecta su disposición a acudir nuevamente a los servicios. En este sentido, el respeto cultural se convierte en un elemento central para el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental.

Uno de los testimonios resume esta percepción al señalar que la ayuda debería brindarse desde el respeto y la comprensión de quiénes son y cómo viven las personas indígenas. Esta afirmación pone de relieve que la atención culturalmente respetuosa no se reduce a la ausencia de discriminación explícita, sino que implica un reconocimiento activo de la identidad cultural y de las condiciones específicas del territorio.

Desde una perspectiva de derechos humanos, el derecho a una atención culturalmente respetuosa se encuentra estrechamente vinculado con el criterio de aceptabilidad del derecho a la salud. Los estándares internacionales establecen que los servicios de salud deben ser respetuosos de la cultura, las creencias y los valores de las personas usuarias. En el caso de los pueblos indígenas, este criterio adquiere una relevancia particular, dado que su bienestar emocional está profundamente conectado con su cosmovisión, sus prácticas tradicionales y su vida comunitaria.

La falta de adecuación cultural en la atención en salud mental puede constituir una forma de vulneración indirecta de derechos. Cuando los servicios ignoran o minimizan la identidad cultural de las personas indígenas, se produce una exclusión simbólica que afecta la dignidad humana y limita el acceso real a la atención. En el ámbito de la salud mental, esta exclusión puede resultar especialmente dañina, ya que la confianza, la empatía y la comprensión mutua son elementos fundamentales del proceso de atención.

Asimismo, las experiencias narradas permiten identificar que una atención culturalmente respetuosa no implica renunciar al conocimiento técnico o científico, sino integrarlo de manera dialogante con los saberes tradicionales. Desde el enfoque intercultural, el derecho a la salud mental

exige modelos de atención que reconozcan la legitimidad de distintos sistemas de conocimiento y promuevan relaciones horizontales entre el personal de salud y las comunidades indígenas.

La ausencia de este enfoque se traduce, en la práctica, en servicios que no responden a las necesidades reales de la comunidad y que refuerzan la percepción de exclusión. Las personas entrevistadas expresan que una atención respetuosa debería considerar su idioma, sus prácticas culturales, su relación con el territorio y su historia colectiva. La omisión de estos elementos limita la efectividad de la atención y debilita el vínculo entre la comunidad y las instituciones públicas.

Desde una lectura jurídica, el derecho a una atención culturalmente respetuosa se vincula también con los principios de igualdad y no discriminación. Tratar de manera idéntica a personas que se encuentran en contextos culturales distintos puede generar desigualdades sustantivas. En este sentido, la falta de adecuación cultural no constituye neutralidad, sino una forma de trato desigual que afecta de manera desproporcionada a los pueblos indígenas.

Los hallazgos de esta sección evidencian que la atención en salud mental, para ser verdaderamente garantista de derechos, debe trascender el enfoque biomédico tradicional e incorporar una perspectiva intercultural.

Esto implica reconocer que el respeto cultural no es un aspecto accesorio, sino un componente esencial del derecho a la salud mental y de la dignidad humana.

En consecuencia, las experiencias de la comunidad de Quitirrisí subrayan la necesidad de avanzar hacia modelos de atención en salud mental que sean accesibles, culturalmente pertinentes y construidos en diálogo con los pueblos indígenas. La garantía del derecho a una atención culturalmente respetuosa constituye un paso fundamental para reducir las brechas existentes y para fortalecer la confianza de las comunidades indígenas en el sistema de salud pública.

6.9 Análisis integrador desde los derechos humanos e interculturalidad

El análisis conjunto de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas en la comunidad indígena Quitirrisí y Zapaton permite identificar un patrón consistente de brechas entre el reconocimiento formal del derecho a la salud mental y su ejercicio efectivo en la vida cotidiana de las personas indígenas. Estas brechas no pueden entenderse como fallas aisladas o circunstanciales, sino como manifestaciones de una estructura institucional que no ha sido diseñada para responder adecuadamente a contextos de diversidad cultural y territorial.

Desde una perspectiva de derechos humanos, los testimonios evidencian que el derecho a la salud mental, si bien se encuentra reconocido en el ordenamiento jurídico costarricense y en los instrumentos internacionales ratificados por el Estado, enfrenta serias limitaciones en su implementación práctica. La distancia entre la norma y la experiencia vivida refleja una debilidad en el cumplimiento de las obligaciones estatales de respeto, protección y garantía del derecho, especialmente en relación con poblaciones históricamente discriminadas.

Uno de los elementos centrales que emerge del análisis es la ausencia de un enfoque intercultural en la atención en salud mental. A lo largo de las distintas secciones del capítulo se ha evidenciado que los servicios institucionales tienden a operar bajo un modelo homogéneo, que no incorpora de manera sistemática las cosmovisiones, prácticas culturales y formas comunitarias de cuidado propias de los pueblos indígenas. Esta omisión genera una atención que resulta poco pertinente y, en muchos casos, inaccesible en términos reales.

Desde el estándar de aceptabilidad del derecho a la salud, los servicios deben ser culturalmente apropiados y respetuosos de las creencias, valores e identidades de las personas usuarias. En el caso de la comunidad de Quitirrisí, los hallazgos muestran que este estándar no se cumple

plenamente, lo que configura una forma de vulneración indirecta del derecho a la salud mental. La falta de adecuación cultural no solo limita la efectividad de la atención, sino que refuerza percepciones de exclusión y desconfianza hacia las instituciones públicas.

Asimismo, el análisis permite identificar la concurrencia de múltiples factores de vulnerabilidad que afectan el ejercicio del derecho a la salud mental. La pertenencia a un pueblo indígena, la residencia en un territorio con acceso limitado a servicios especializados y la condición de personas adultas mayores interactúan entre sí, generando una afectación diferenciada. Desde una lectura jurídica, esta situación exige la adopción de medidas diferenciadas por parte del Estado, en consonancia con el principio de igualdad sustantiva.

Los testimonios analizados reflejan que la igualdad formal proclamada en las normas no se traduce en igualdad material en el acceso a la salud mental. La centralización de los servicios, la ausencia de atención especializada cercana y la falta de un trato culturalmente respetuoso evidencian un diseño institucional que reproduce desigualdades estructurales. Esta realidad cuestiona el cumplimiento del principio de no discriminación, en tanto las políticas y prácticas existentes generan efectos desproporcionados sobre la comunidad indígena.

Desde el enfoque intercultural, los resultados del capítulo subrayan la necesidad de replantear los modelos de atención en salud mental desde una lógica de diálogo entre saberes. La integración de las prácticas culturales y espirituales no debe entenderse como una concesión, sino como una exigencia derivada del derecho a la identidad cultural y del derecho a la salud mental. Ignorar estos saberes implica desconocer formas legítimas de cuidado que han sostenido históricamente el bienestar emocional de la comunidad.

El análisis integrador también permite advertir que las barreras identificadas —geográficas, económicas, etarias y culturales— no operan de manera independiente, sino que se acumulan y refuerzan mutuamente. Esta acumulación de barreras configura un escenario de exclusión estructural que limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental y profundiza las brechas existentes entre los territorios indígenas y otros contextos del país.

Desde una perspectiva jurídica, este escenario pone en evidencia la necesidad de fortalecer el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas de salud mental. La garantía del derecho no puede reducirse a la existencia de normas o planes, sino que debe traducirse en servicios accesibles, culturalmente pertinentes y territorialmente adecuados. La ausencia de estos elementos revela una implementación insuficiente de las obligaciones estatales.

En este sentido, los hallazgos del presente capítulo confirman que la salud mental, en el contexto de la comunidad de Quitirrisí, no puede abordarse exclusivamente desde una perspectiva biomédica o asistencial. Su garantía efectiva requiere reconocer las dimensiones culturales, comunitarias y espirituales que forman parte del bienestar emocional, así como adoptar medidas estructurales orientadas a superar las desigualdades históricas que afectan a los pueblos indígenas.

El análisis integrador desde los derechos humanos e interculturalidad permite concluir que la situación observada en la comunidad de Quitirrisí constituye un llamado a repensar los modelos de atención en salud mental desde una lógica inclusiva y respetuosa de la diversidad cultural. Este enfoque no solo responde a exigencias jurídicas, sino que resulta indispensable para garantizar una atención digna, efectiva y coherente con los principios fundamentales del Estado social de derecho.

5.10 Síntesis del capítulo

El análisis cualitativo desarrollado a partir de las entrevistas realizadas en la comunidad indígena Quitirrisí permite comprender que la salud mental es vivida como un proceso integral, estrechamente vinculado con la vida comunitaria, la identidad cultural, la espiritualidad y la relación con el territorio. Las experiencias compartidas por las personas entrevistadas

evidencian que el bienestar emocional no se concibe únicamente desde una dimensión individual o clínica, sino como un componente esencial de una vida digna y en equilibrio con el entorno social y cultural.

Los hallazgos del capítulo ponen de manifiesto que, si bien el derecho a la salud mental se encuentra reconocido en el marco normativo nacional e internacional, su ejercicio efectivo enfrenta múltiples limitaciones en el contexto del territorio indígena de Quitirrisí. Las barreras estructurales identificadas —tales como la distancia a los servicios especializados, los costos asociados al acceso, la falta de atención culturalmente pertinente y la percepción de un trato institucional poco sensible— afectan de manera diferenciada a las personas adultas mayores indígenas y restringen el ejercicio del derecho en condiciones de igualdad.

Asimismo, las narraciones recogidas revelan que las prácticas culturales y espirituales cumplen un rol fundamental en el cuidado de la salud mental y en el fortalecimiento de la identidad cultural de la comunidad. La falta de reconocimiento de estos elementos por parte del sistema de salud institucional no solo limita la efectividad de la atención, sino que refuerza percepciones de exclusión y afecta la dignidad de las personas indígenas.

Desde una perspectiva de derechos humanos, el análisis integrador evidencia una brecha persistente entre el reconocimiento formal del

derecho a la salud mental y su implementación práctica en los territorios indígenas. La ausencia de un enfoque intercultural en la atención contribuye a reproducir desigualdades estructurales y pone en cuestión el cumplimiento de los principios de igualdad, no discriminación y aceptabilidad que rigen el derecho a la salud.

En este sentido, los resultados de este capítulo subrayan la necesidad de avanzar hacia modelos de atención en salud mental que sean accesibles, culturalmente respetuosos y contruidos en diálogo con los pueblos indígenas. Las voces de la comunidad de Quitirrisí constituyen un insumo fundamental para evaluar el grado de efectividad del derecho a la salud mental y para orientar propuestas dirigidas a fortalecer una atención verdaderamente inclusiva y coherente con los estándares de derechos humanos.

CAPÍTULO VII. Conclusiones y recomendaciones

7. Conclusiones

El análisis desarrollado a lo largo de esta investigación permite afirmar que el reconocimiento formal del derecho a la salud mental en el ordenamiento jurídico costarricense no garantiza, por sí mismo, su ejercicio efectivo en los territorios indígenas.

Si bien Costa Rica cuenta con un marco normativo robusto, tanto a nivel constitucional como internacional, la implementación práctica revela brechas significativas. Estas brechas no responden únicamente a limitaciones técnicas, sino a factores estructurales que inciden de manera diferenciada en las comunidades indígenas.

La existencia de normas, planes y compromisos internacionales constituye un punto de partida importante. No obstante, el derecho no se agota en su proclamación.

El estudio evidenció que las barreras geográficas, culturales y lingüísticas limitan el acceso real a los servicios de salud mental. La concentración de profesionales en centros urbanos, la ausencia de protocolos interculturales y la falta de participación comunitaria en el diseño de políticas públicas configuran un escenario de desigualdad sustantiva.

En este contexto, la igualdad formal reconocida por la legislación costarricense no siempre se traduce en igualdad material en el acceso a la atención en salud mental.

Asimismo, se constató que el modelo predominante de atención continúa estructurado bajo parámetros biomédicos occidentales. Aunque este enfoque resulta eficaz en términos clínicos, su aplicación uniforme en territorios indígenas puede generar tensiones con las cosmovisiones propias de estas comunidades.

La salud mental, entendida desde una perspectiva intercultural, no puede desvincularse del territorio, la identidad colectiva y las prácticas tradicionales de sanación. Ignorar estas dimensiones limita la efectividad del servicio y debilita su legitimidad social.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la omisión de medidas diferenciadas puede interpretarse como una forma de discriminación indirecta. Cuando el Estado aplica políticas generales sin considerar contextos específicos de vulnerabilidad histórica, se corre el riesgo de perpetuar desigualdades estructurales.

La investigación permite concluir que el desafío principal no radica en la inexistencia de normas, sino en la necesidad de fortalecer su implementación con enfoque intercultural. Ello implica no solo ampliar la cobertura de servicios, sino transformar el modelo institucional para hacerlo culturalmente pertinente.

En consecuencia, la garantía efectiva del derecho a la salud mental en poblaciones indígenas requiere:

- Medidas diferenciadas de atención en territorios indígenas.
- Formación intercultural del personal sanitario.
- Incorporación de mediadores culturales e intérpretes.

- Participación comunitaria en el diseño y evaluación de políticas públicas.
- Indicadores específicos que permitan evaluar el impacto en pueblos indígenas.

Estas acciones no constituyen concesiones, sino exigencias derivadas de los compromisos constitucionales e internacionales asumidos por el Estado costarricense.

En definitiva, el reconocimiento jurídico del derecho a la salud mental solo adquiere sentido cuando se traduce en condiciones reales de acceso, respeto cultural y participación efectiva para los pueblos indígenas. De lo contrario, la distancia entre norma y práctica continuará reproduciendo desigualdades históricas.

7.1 Recomendaciones

A partir de las conclusiones anteriores, se plantean las siguientes recomendaciones, orientadas a fortalecer la garantía del derecho a la salud mental en las comunidades indígenas, desde un enfoque jurídico, intercultural y respetuoso de la dignidad humana:

Fortalecer la incorporación del enfoque intercultural en las políticas públicas de salud mental, de manera que las prácticas culturales y espirituales de los pueblos indígenas sean reconocidas como parte legítima del cuidado del bienestar emocional, lo cual permitiría avanzar hacia una atención más efectiva y respetuosa de la diversidad cultural.

Mejorar el acceso territorial a los servicios de salud mental, especialmente para las personas adultas mayores, mediante estrategias que acerquen la atención a las comunidades y reduzcan las barreras geográficas que actualmente limitan el ejercicio del derecho.

Promover procesos de formación continua del personal de salud en materia de derechos humanos e interculturalidad, a través de lineamientos claros y mecanismos de coordinación interinstitucional, con el fin de garantizar una atención respetuosa, empática y culturalmente pertinente.

Fomentar la participación activa de las comunidades indígenas en el diseño, implementación y evaluación de los programas de salud mental, reconociendo el conocimiento de líderes comunitarios y personas adultas mayores como insumos fundamentales para la formulación de políticas públicas más efectivas.

Fortalecer la producción y sistematización de información desagregada, respetando principios éticos, que permita identificar brechas específicas y diseñar intervenciones acordes a las realidades territoriales, culturales y etarias de las comunidades indígenas.

Avanzar hacia el desarrollo de un marco normativo más específico en materia de salud mental, que incorpore de forma transversal la diversidad cultural y establezca mecanismos claros para la exigibilidad del derecho, particularmente para las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

7.2 Consideraciones finales

El derecho a la salud mental adquiere un significado profundo cuando se analiza desde la experiencia de las personas adultas mayores indígenas.

Sus testimonios recuerdan que la garantía de este derecho no se limita a la existencia de normas o programas, sino que implica reconocer a las personas en su contexto, respetar su historia y valorar sus formas propias de entender el bienestar.

Esta investigación evidencia que el principal desafío del Estado costarricense no radica en la falta de reconocimiento jurídico del derecho a la salud mental, sino en la necesidad de hacerlo efectivo en la vida

cotidiana de las comunidades indígenas. Avanzar hacia una atención más justa e inclusiva requiere fortalecer el diálogo intercultural, escuchar activamente a las comunidades y traducir los compromisos normativos en acciones concretas. Solo de esta manera será posible que el derecho a la salud mental se ejerza de forma plena y efectiva, conforme a los principios de dignidad humana, igualdad y no discriminación que fundamentan el ordenamiento jurídico costarricense.

Bibliografía.

Almeida-Filho, N. (2003). Social determinants of mental health. *The Lancet*.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1949). *Constitución Política de la República de Costa Rica*. San José, Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). *Ley General de Salud (Ley N.º 5395)*. San José, Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1989). Ley de la Jurisdicción Constitucional (Ley N.º 7135). San José, Costa Rica.

Becerra, M. (2015). Salud mental y derechos humanos: Un enfoque desde la dignidad humana. Editorial Universidad Nacional.

Briones, G. (2014). Metodología de la investigación cualitativa en ciencias sociales. Editorial Trillas.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Lineamientos técnicos para la atención integral en salud mental. San José, Costa Rica.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Naciones Unidas.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2001). Caso Comunidad Mayagna (Sumo) Awas Tingni vs. Nicaragua. Serie C No. 79.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2010). Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. Serie C No. 214.

González, J., & Sandoval, A. (2017). Interculturalidad, salud y pueblos indígenas en América Latina. CLACSO.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2018). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Education.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s. f.). Estadísticas de salud y demografía. San José, Costa Rica.

Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438–446.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Ministerio de Salud. (2014). Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2018). Plan Nacional de Salud Mental 2018–2028. San José, Costa Rica.

Organización Internacional del Trabajo. (1989). Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (N.º 169).

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Salud mental en la Región de las Américas.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization.

United Nations. (1965). International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination.

United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child.

United Nations. (2007). United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples.

United Nations. (2016). Mental health and human rights. Office of the High Commissioner for Human Rights.

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, martes 31 de marzo del 2026

Señores:


Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Liz Paola Chavarria Delgado con número de identificación 1-1806-0817 autor (a) del trabajo de graduación titulado **"ANALISIS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN POBLACIONES INDIGENAS DE COSTA RICA Y COMO ESTO HA AFECTADO SUS DERECHOS HUMANOS"** presentado y aprobado en el año 2026 como requisito para optar por el título de licenciatura; si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

 1-1806-0817

Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.

DECLARACIÓN JURADA

Yo Liz Chavarria Delgado, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1806-0817 egresado de la carrera de Derecho de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado:

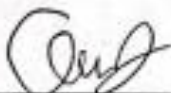
"ANÁLISIS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN POBLACIONES

INDÍGENAS DE COSTA RICA Y COMO ESTO HA AFECTADO SUS DERECHOS

HUMANOS"

, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 31 días del mes de marzo del año dos mil veinti seis.



Firma del estudiante

Cédula: 1-1806-0817

San José, 10 de febrero de 2026

Señor
Piero Vignoli Chesler
Director Carrera de Derecho
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor

El estudiante, **Liz Paola Chavarría Delgado**, cédula de identidad número 1-1806-0817; me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **Análisis sobre el derecho a la salud mental en poblaciones indígenas de Costa Rica y como esto ha afectado sus Derechos Humanos**; el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciado en Derecho.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	20
	TOTAL		100

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Cordialmente,

MONIKHA CEDEÑO
CASTRO (FIRMA)

Firmado digitalmente por
MONIKHA CEDEÑO CASTRO
(FIRMA)
Fecha: 2026.02.10 13:00:57
-06/00

Monikha Cedeño Castro. Tutora.

Puntarenas, 26 de marzo, 2026

Lic. Piero Vignoli Chessler

Facultad de Derecho

Universidad Hispanoamericana.

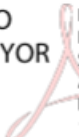
Estimado Señor.

Presente.

El suscrito Rodolfo Sotomayor Aguilar, licenciado en Derecho, portador de la cedula de identidad 6-0269-0071, por este medio muy respetuosamente le informo que he revisado en mi condición de Lector asignado, el trabajo final de graduación titulado: "ANALISIS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN POBLACIONES INDIGENAS DE COSTA RICA Y COMO ESTO HA AFECTADO SUS DERECHOS HUMANOS", elaborado por la estudiante Liz Paola Chavarría Delgado, para optar por el título profesional como licenciado en Derecho, el cual cuenta con mi aprobación para que continúe su trámite de defensa.

Atentamente,

RODOLFO
SOTOMAYOR
AGUILAR
(FIRMA)



Digitally signed by
RODOLFO
SOTOMAYOR
AGUILAR (FIRMA)
Date: 2026.03.26
12:27:30 -06'00'

Lic. Rodolfo Sotomayor Aguilar
Cedula de identidad 602690071
Carné Colegio Profesional 9762