

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ENFERMERÍA.

**“PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CON ANCESTRO MAPUCHE, RESIDENTES  
DE LA LOCALIDAD DE CURIÑANCO, ACERCA DE LA ATENCIÓN DE SALUD  
BRINDADA POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL  
MODELO DE SALUD TRADICIONAL MAPUCHE Y LA MEDICINA POPULAR”.**

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar al grado  
de: Licenciado en Enfermería.

**ROXANA ANGÉLICA MOYANO ADRIAZOLA**  
**VALDIVIA - CHILE**  
**2005.**

**Profesora Patrocinante:**

Nombre : Sra. Maite Alberdi Lag.

Profesión : Enfermera y matrona.

Grado : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

**Profesoras Informantes:**

1) Nombre : Srta. Zoila Muñoz.

Profesión : Enfermera y matrona.

Grado : Especialista en enfermería pediátrica.

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

2) Nombre : Dra. Regina Barra Arias.

Profesión : Médico.

Grado : Médica familiar.

Instituto : Salud Pública.

Facultad : Medicina.

Firma :

Fecha del Examen de grado: 2 de marzo del 2005.

## ÍNDICE DE MATERIAS.

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y MÉTODO	25
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN	42
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	46

### **ANEXOS:**

ANEXO N° 1: 47

ANEXO N° 2: 50

ANEXO N° 3: 51

## RESUMEN.

La presente investigación, es de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, orientada a conocer la percepción de la atención de enfermería profesional, brindada a los pacientes con ancestro mapuche, mayores de 20 años de edad, que viven en la localidad rural de Curiñanco y sus alrededores, y a su vez, vislumbrar en la comunidad la existencia de pertenencia cultural hacia la etnia mapuche.

Pretende además, identificar la existencia del complemento entre la medicina oficial y la medicina tradicional, tanto mapuche como popular, y cual de estas últimas es de mayor aceptación en la comunidad, como también el identificar si los profesionales de enfermería respetan las creencias en salud de la población que atienden.

El trasfondo de este trabajo es entregar herramientas que permitan determinar el nivel de calidad del servicio prestado a los pacientes, en atención primaria de salud, para poder identificar defectos en la atención de enfermería y utilizar los resultados para el planteamiento de medidas para su corrección, teniendo en cuenta que la percepción usuaria es de vital importancia para entregar un servicio sanitario adecuado, a las demandas de cada comunidad, es por esto que se trabajó en base a los postulados de la teoría de cuidados culturales de Madelaine Leininger.

Con esta investigación se pudo demostrar que la población rural costera de Valdivia, específicamente la localidad de Curiñanco, no posee un escaso arraigo cultural hacia la etnia mapuche, que la medicina popular es de mayor aceptación en la localidad y no así la medicina mapuche. Además, se pudo demostrar que la percepción usuaria hacia el trabajo desarrollado por los profesionales de enfermería, en la atención primaria de salud pública, es bien acogido por la comunidad, y esta percibe a la enfermera como un profesional integro, amable, respetuoso y empático, por lo cual se sienten satisfechos con la atención recibida por parte del equipo de enfermería. También se pudo demostrar, la importancia de aplicar en el trabajo diario con los pacientes las teorías y modelos de enfermería, ya que sus postulados son aplicables a la realidad de nuestros pacientes.

## SUMMARY.

The present investigation is of a quantitative, descriptive and transversal type, oriented to know the perception of the attention of professional nursing, given to the patients with mapuche ancestors, older than 20 years old, that live in the rural locality of Curiñanco and their environments. And at the same time, to suspect in the community the existence of cultural belonging towards the mapuche ethnia.

Furthermore, it claims to identify the existence of the complement between official and traditional medicine, mapuche and popular, and which of these has a greater acceptance in the community. And also to identify if the nursing professionals respect the health beliefs of the population they take care of.

The background of this work is to hand over tools that allow to determine the degree of service quality given to the patients, in primary health attention, to identify the faults in the nursing attention and to utilize the results to state measures for its adjustment bearing in mind that the users perception is of vital importance to give an adequate sanitary service to the demands of every community, is for this reason that it was worked on the basis of the basic principles of the theory of cultural care of Madelaine Leininger.

With this investigation was proved that the coastal rural population of Valdivia specially the locality of Curiñanco does not have a cultural settling towards the mapuche ethnia, that popular medicine has a greater acceptance in the locality than mapuche medicine. Moreover it was proved that the users perception towards the work developed by the nursing professionals in primary attention of public health, is well received by the community, and it perceives the nurse as an integral, kind, respectful and emphatic professional. For this reason they feel satisfied with the attention received on behalf of the nursing team.- The importance of applying the nursing theories and patterns in the daily work with patients since these basic principles are applied to the reality of our patients it is also proved.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El cuidado intercultural, exige mantener una relación empática con las personas y comunidades. Se necesita de aceptación y respeto por las diferencias culturales, sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas, estos son requisitos indispensables para que el cuidado intercultural en enfermería se pueda consolidar. El carácter cambiante de la sociedad, hace necesario considerar la dimensión intercultural desde la visión de enfermería, permitiendo dar un toque más humano al cuidado, pues fomenta el descubrimiento de las perspectivas, prácticas y valores en salud de las personas.

La calidad del servicio y la satisfacción del usuario / paciente son elementos vitales para el éxito de las nuevas estrategias que se implementen en salud. Por esto gestores de organizaciones del área sanitaria, intentan cuantificar las tasas de consumo de sus servicios, teniendo en cuenta la opinión de los consumidores. De esta manera las evaluaciones realizadas por los usuarios adquieren una importancia significativa en la gestión de los servicios. Por lo tanto, el reconocimiento de las diferencias y las características culturales, durante la implementación de programas y medidas de intervención, permiten no solo apuntar a la efectividad en la entrega de servicio, sino también en la comprensión de cómo una cultura media y afecta la conducta del hombre.

Cada profesional de salud, necesita aprender sobre la cultura de origen, orientación cultural de las organizaciones, modos, conductas y comportamientos de las personas con las cuales trabajan. Sin una apropiada comprensión de estos aspectos resulta difícil, establecer, apoyar y fortalecer relaciones interculturales.

La población seleccionada para los fines de este estudio, recibe atención de salud, por parte del único Centro de Salud Familiar Rural existente en el país, ubicado en la zona costera de Valdivia, específicamente se trabajó con la localidad de Curiñanco y sus alrededores, por ser una población relativamente pequeña, lo cual facilita la realización de ésta, para determinar la muestra probabilística representativa de la realidad, y por poseer sus habitantes predominio ancestral mapuche, además por practicarse aún, algunos rituales propios de la etnia.

Lo que motiva a la realización de esta investigación, es básicamente, el interés por conocer la opinión de los pacientes rurales, sobre el trabajo realizado por enfermeras, en las localidades más apartadas y de difícil acceso geográfico

## 2. MARCO TEORICO.

### 2.1 PERCEPCIÓN

Es fundamental, que las enfermeras sean sensibles a las particularidades de cada cultura, ya que las diferencias en cuanto a creencias, valores y comportamientos sobre la salud, determina las expectativas de los pacientes respecto a los cuidados de enfermería. Por otra parte, las intervenciones de enfermería que incorporen prácticas específicas, culturalmente adaptadas, producen una mayor satisfacción en el paciente.

En los seres humanos, la comunicación es posible porque poseen la capacidad de interpretar. La interpretación incluye percepción, simbolización, memoria y pensamiento. La percepción, es tal vez el elemento más importante de todos, el componente básico al que siguen todos los demás. Taylor (1977) define la percepción como la selección y organización de sensaciones, de manera que adquieran un significado; adopta la posición que las percepciones son aprendidas y que lo que se aprende, depende de las experiencias durante la socialización. Las emociones, lenguaje y actitudes influyen en las expectativas perceptuales y varían de un individuo a otro, por lo tanto, la capacidad de interpretación de una persona depende en gran medida de su capacidad de percepción.

Los factores que afectan la percepción en la relación son: capacidad de prestar atención (recepción de sensaciones), perspectiva que cada uno lleva de la relación y condición física de los receptores. La presencia de ansiedad (Evaluación negativa, real o anticipada de la otra persona) en la enfermera o en el paciente limita la capacidad de prestar atención en el proceso de comunicación, interfiere con la confirmación de las perspectivas individuales y reduce la capacidad física; en consecuencia, es de vital importancia controlar la ansiedad en la relación entre enfermera y usuario. La confirmación de las percepciones, es esencial para fijar y lograr las metas. (Leddy, Pepper y col. 1985, Pág. 276-277).

### 2.2 CONCEPTO DE CULTURA E INTERCULTURALIDAD:

“El concepto de cultura: se refiere a las formas de vivir de la gente, incluye las herramientas o mecanismos a través de los cuales aprende la vida desde el medio ambiente. La cultura influye en las personas durante toda su vida”( Hernández, M). La cultura se construye y refuerza permanentemente, en la relación con los otros y en los procesos de construcción de identidad de los individuos y grupos.

El “vivir con”, el convivir es más bien una transformación que implica la posibilidad de abrirse a procesos de autoconocimiento y de conocimiento del otro, el compartir espacios y experiencias, a construir un lugar que favorezca la interacción y el crecimiento mutuo.

Desde el ámbito de la salud, la interculturalidad es entendida como relaciones entre culturas dinámicas, a través de un proceso de mutuos aprendizajes, en donde las culturas se constituyen en posibilidad, y la relación en la oportunidad para recoger lo mejor de cada cultura. Para el establecimiento de esta relación, será necesario contar con condiciones de reciprocidad, voluntad, valoración, entendimiento, horizontalidad, respeto, solidaridad, que en espacios de participación sea posible el conocimiento. (Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas. Región de la Araucanía, Saavedra, 1996, MINSAL. Servicio de Salud de la Araucanía) para así establecer espacios de interlocución y de intercambio desde donde cada cultura recogerá los elementos que resultan ser necesarios de incorporar, de modo de establecer procesos de mutuo aprendizaje.

“En la concepción indígena, el concepto de interculturalidad, es el principio esencial en la aceptación integral del otro, lo que supone el respeto por todos los rasgos culturales y la entrega del espacio para vivir y desarrollarse”( Oyarce, A.).

Para que sea efectivo un proceso de cambio cultural, es necesario dejar de imponer al otro lo que no necesita, decidir lo que para el otro es lo mejor, enseñarle al otro como hará, cómo debe ser, etc. Esta transformación debe apuntar a los pueblos originarios, como también a las personas con distintas orientaciones sexuales, ideológicas, religiosas, etc. No pueden estar constantemente probando al resto de la sociedad que estas distintas conceptualizaciones, son legítimas en sí.

### 2.3 COSMOVISIÓN MAPUCHE:

El ser humano, con objeto de comprender el universo en el que vive, desde las más remotas épocas, ha elaborado referentes conceptuales y estudiado las características fundamentales de éste: espacio, tiempo y materia. Y para conseguir un orden descriptivo y global del Cosmos ha establecido relaciones significativas entre esas características.

Dentro de la cultura mapuche se cree que existen cuatro espacios, estos son:

- 1) El ***Wenu mapu*** que es la tierra arriba, en que habitan las divinidades que crearon a todos los seres vivos.



- 2) El **Anka wenu** que es el espacio que divide la tierra y el cielo, se cree que en este espacio habita el dueño de la riqueza y que los poderes negativos que impiden que lleguen al *Wenu Mapu*, existen en este espacio.
- 3) El **Nag mapu**, es la tierra en que vivimos.
- 4) El **Munche mapu** es debajo de la tierra, espacio de la fuerza del mal, donde están los poderes negativos como *Kalku* y los espíritus del mal.

En la actualidad, el pueblo mapuche han llegado a establecer una nueva dimensión de lo religioso, en un sincretismo que inserta tanto la religión católica como los cultos evangélicos protestantes. La machi o shamán, es fundamental en la configuración de mitos y ritos mapuches. Es la mediadora entre el mundo natural y el sobrenatural. Con estos fines utiliza el kultrung, tambor ceremonial en el cual aparece representado simbólicamente el universo en cuatro partes, por medio de una cruz; en los cuadrantes superiores se representan figuraciones del cielo y en los inferiores de la tierra. El hombre mapuche se ubica en el centro del cosmos, donde convergen los cuatro puntos cardinales. Es la meli witrán mapu (la tierra de las cuatro esquinas).

El cosmos mapuche además de esta ordenación cuatripartita, se estructura en un "arriba" y un "abajo". La región del cielo wenu mapu, está ocupada por conjunto de deidades que tiene a la cabeza a Ngnechen, rey o dueño de los hombres. Esta deidad es poseedora de atributos opuestos como masculino-femenino, viejo-joven.

Los astros también constituyen deidades como killen (la luna), weñelfe (el lucero del alba), wanglen (las estrellas); ellas influyen sobre la machi en sus rogativas. En estas se invoca a seres desaparecidos de importancia. El ordenamiento del universo y de todos los seres, ha otorgado a éste un carácter mítico. Hay dos puntos cardinales relacionados con el bien: el sur y el oriente; el norte y el este, se consideran negativos. Pillán es una deidad propia del oriente, que vive tras las montañas. El oriente no es solo el lugar donde nace el sol, la luna o las estrellas, sino representa el sitio desde donde emanan todos los poderes y las fuerzas capaces de asegurar la vida. Su invocación es lo fundamental en el ascenso hacia el mundo sacro. La ruka debe orientarse hacia ese punto, también la machi orienta el rewe en ese sentido. El Rewe constituye una representación de la construcción simbólica del cosmos mapuche, es concebido como un "árbol cósmico" que comunica el terreno humano con el de los espíritus y, la ascensión de la machi al Rewe simboliza su ascensión al cielo y el "vuelo mágico" del machi en el mas allá. Mientras que el kultrung representa simbólicamente el universo en cuatro partes.

Los puntos norte y oeste, se identifican en un sentido negativo; el primero por la procedencia de los vientos portadores del mal tiempo. El poniente es el punto en que muere el

sol y van a reposar los difuntos.

El inframundo *nag mapu* (opuesto a *wenu mapu*), es el lugar del mal y de las fuerzas ocultas. Su color simbólico es el negro (*kuri*). En este sitio viven los *weküfe* seres de las tinieblas. Sin embargo, *kuri* como color simboliza lo fuerte y lo poderoso.

El cristianismo ha generado numerosos cambios en las creencias mapuche, volcándolos hacia el monoteísmo. Hoy se designa al Ser Supremo como Padre Dios (*Chau - Dios*), creador y dueño de los hombres y del universo. Identificándose a *Pillan*, más como un demonio que una deidad benéfica.

En muchas de las ceremonias rituales mapuches y de acuerdo a la cosmovisión, se persigue la compensación de las fuerzas del bien (*Ngnechen*) con las del mal (*weküfe*). El primero significa vida y construcción, el segundo destrucción y muerte. Entre las más destacadas, cabe señalar al *nguillatun*, ceremonia de rogativa; el *machitun*, ritual de sanación, el *wentripantu* o celebración del Año Nuevo, el día del solsticio de invierno, se podrían considerar también los ritos funerarios y de iniciación.

Para el *nguillatun*, se necesita un lugar especialmente dispuesto para este fin. En su centro se instala el *rewe* y a su alrededor los participantes. Dura un mínimo de dos días y un máximo de cuatro. En algunas zonas de la Araucanía se realizan cada dos, tres o cuatro años, según las necesidades. La rogativa es por diversos motivos: el clima, las cosechas, para evitar las enfermedades o para lograr la abundancia de alimentos. Durante la ceremonia se realizan bailes acompañados de diversas oraciones. Además se sacrifica un animal, generalmente un cordero, por el *ngepin* que es el director del rito. Luego la sangre del animal se asperja o se reparte a los invitados, ofreciéndose a los participantes la bebida ritual llamada *muday* (maíz fermentado). El cuerpo del animal sacrificado, puede ser completamente quemado en un fogón para ser consumido.

El *machitun*, es un rito de sanación que fue descrito ya en el siglo XVI por Pineda y Bascañan en su obra "*El Cautiverio Feliz*". Es una ceremonia propiamente de la *machi* y que consta fundamentalmente de tres partes:

- El diagnóstico de la enfermedad
- Su expulsión
- Una revelación sobrenatural sobre esta sanación.

En ella la machi realiza exámenes relativos a ciertos síntomas, evidencias del enfermo o por signos misteriosos que observaron éste o sus parientes; se supone que también podría haber sido contagiado un animal que se examina. También se hace el diagnóstico por revelación del más allá. En la totalidad de este contexto, son importante los instrumentos utilizados por la machi. En esta como en otras ceremonias, utiliza el kultrung y hace uso del rewe, subiéndose a él y explicitando el viaje de su alma a la tierra de arriba.

#### 2.4 MODELO MEDICO TRADICIONAL MAPUCHE:

Por sistema médico mapuche, se entiende a la organización de todas las acciones, roles, creencias y prácticas efectuadas ancestralmente para recuperar la salud y mantener la vida.

Según su etiología, se clasifican las enfermedades en distintos tipos:

- a) La primera clasificación se deriva del contacto interétnico, y categoriza las enfermedades en **mapuche kutran** (las que reconocen como causadas por un agente etiológico intencional) y **wingka kutran**. (Las que se adquieren por causas biológicas).
- b) Otra clasificación general es entre **weda kutran**, o en enfermedades mágico religiosas, y en **re kutran**, o enfermedades naturales.
- c) Por tiempo de duración, y pueden ser **kuyfi kutran** o enfermedades antiguas y **we kutran** o enfermedades recientes.
- d) Según su tamaño en, **füta kutran** enfermedades grandes y **pichi kutran** o enfermedades pequeñas.

El modelo médico tradicional mapuche, es de origen único y ancestral, sin que esto signifique que actualmente no se den prácticas combinadas con la medicina popular. Es un sistema personalístico, puesto que se supone que los agentes etiológicos tienen, "La intención" de enfermar a las personas; las enfermedades más típicamente mapuches son las que se producen por romper el equilibrio existente entre las fuerzas sobrenaturales, la sociedad y el individuo. Dentro de éstas distinguimos básicamente tres principios etiológicos, lo que a su vez llevan a distintas clasificaciones de enfermedades: las wenu kutran o kastigo kutran, que son enviadas directamente por las fuerzas divinas, las weküfü kutran que son producidas por algún poder o fuerza maligna y las kalku kutran que son las causadas por un brujo.

El agente médico mapuche principal es él o la machi quien debe restaurar el equilibrio roto, que se ha manifestado como la enfermedad. Para lograr esto, realiza una serie

de rituales terapéuticos conocidos genéricamente como machitun, el que puede durar uno o varios días, la machi cae en trance y es poseída por espíritus de antepasados. Esté o no poseída, sus conjuros rítmicos y sonidos del kultrung siempre producen efectos auto hipnótico y crean una atmósfera misteriosa y sobrenatural. Otro aspecto importante de la ceremonia es el uso de hierbas medicinales, masajes en las zonas afectadas, el succionar los lugares donde entraron los dardos venenosos invisibles, el rociar con agua el cuerpo y expeler humo de tabaco sobre el cuerpo del paciente en dirección a los cuatro puntos cardinales, todo esto permite que el mal se aleje del individuo y se reestablezca su salud (Farón, L 1997)

Dado que las enfermedades Mapuche son provocadas por fenómenos y fuerzas claramente explicables e identificable, éstas deben ser tratadas de acuerdo con el sistema médico Mapuche.

Las enfermedades *wingka*, por su parte pertenecen al mundo occidental, y deben ser tratadas a la manera occidental. De acuerdo a la causa de la enfermedad, los Mapuche deciden si el tratamiento debe ser hecho por una *machi* o por un médico. Citarella plantea que la mayoría de los Mapuche considera las enfermedades como Mapuche Kutran, pero cuando se presentan síntomas biológicos (tales como virus o infecciones bacteriales), los Mapuche deciden acudir al médico, ya que ese tipo de enfermedades son clasificadas como enfermedades *wingka* (Citarella 2000)

Se dice que los *machi* son escogidos por *Chaw Ngenechen*. Un anuncio a las futuras *machis* se realiza por medio de los *pewmas* (sueños) o *perimontún* (visiones), generalmente cuando son aún jóvenes. En el *pewma* o *perimontún*, el espíritu de una *machi* muerta reencarna en la persona elegida. Las nuevas *machis*, heredan el espíritu de *machi* de un ancestro en el linaje materno familiar, a menudo se trata de la abuela que ya ha fallecido.

El proceso de hacerse *machi* es generalmente muy largo. Lo más importante, después de haber experimentado el *perimontún* o *pewma*, es el reconocimiento de la invocación. Esta invocación será reconocida a medida que la persona cae enferma, porque el *am* (alma) ha tomado contacto con los malos espíritus. La persona solo puede ser curada mediante los poderes del *machi*. Las personas que no reconocen la invocación serán castigadas por no seguir el llamado de *Chaw Ngenechen*: permanecen enfermos por el resto de sus vidas y eventualmente mueren. Una vez que la o él aprendiz acepta la llamada debe encontrar a una *machi* mayor y con experiencia que sea capaz de entrenarle, hasta que alcance el estatus de *machi*. El entrenamiento puede ser un proceso de años y es muy costoso (Bacigalupo, 1996; Faron, 1968). La aprendiz de *machi* debe aprender canciones especiales, debe aprender a tocar el *kultrung* (tambor ceremonial), inducir trances, orar, diagnosticar las enfermedades, hacer predicciones, y aprender acerca del uso de las hierbas medicinales. El último ritual, antes que la aprendiz llegue a ser *machi* es la erección de un *rewe*. El *rewe* es plantado enfrente de la casa de la *machi*, junto con el canelo, laurel, maqui y copihue -plantas que son consideradas

sagradas (Montecino 1996).

Una *machi* usa varias formas para hacer su diagnóstico. La forma más común de diagnosticar es por *pewtuwün willenmeo*, o mirar la orina de la persona. La *machi* toma el frasco con orina, lo da vueltas y mira la luz que entra desde el exterior a través de la sustancia en movimiento. Basada en sus observaciones, ella puede diagnosticar la causa del dolor que puede ser física, psicológica o supernatural. Ella también puede hablar de los problemas personales o de personalidad, o incluso predecir el futuro. Normalmente este método es usado para enfermedades que requieren un tratamiento simple. El remedio para ese tipo de enfermedades consiste en hierbas.

Otra forma de diagnosticar es llamada *pewtuwün tukunmeo*: el *machi* mira la ropa de la persona enferma, que le es traída por sus familiares. Ella debe realizar un ritual en el cual extiende las piezas de ropa sobre una mesa y comienza a tocar el *kultrung*, para luego tocar y oler la ropa de la persona enferma. Finalmente la *machi* entra en trance con el objetivo de hacer predicciones sobre la enfermedad que sufre el paciente (Montecino, 1996). A lo largo de este ritual ella recibe la ayuda del *dungumachife* o traductor, quien traduce la información entregada por los espíritus, el cual es expresado por el *machi* durante su trance en un lenguaje incomprensible (Citarella et al. , 2000).

Después de haber determinado el diagnóstico, el *machi* decidirá si va a curar o no la enfermedad, porque las *machis* sólo curan a aquellos pacientes con quienes están seguras que el remedio va a ayudar. En caso contrario ellas refieren al paciente a alguien que es capaz de curarlo, esta persona puede ser también un médico que desarrolla su profesión sobre bases occidentales (Bacigalupo, 1996).

Un *machi* es una persona respetada dentro de la sociedad Mapuche, aunque no mucha gente acude a la *machi* por razones médicas. La literatura muestra que la razón principal para no consultar a la *machi* puede ser encontrada en la influencia del Cristianismo. Muchos Mapuche se han convertido al Catolicismo y un grupo más pequeño al Protestantismo. Los Mapuche practican el Catolicismo a su propio modo. Se dice que *Chaw Ngenechen* es equivalente al Dios Católico, pero los Mapuche creen en las fuerzas de la naturaleza y no asisten a la iglesia (Bacigalupo, 1997). Muchos Mapuche practican su propia religión y son Católicos al mismo tiempo.

Es mayoritariamente la generación más joven quien abandona los hábitos de la cultura Mapuche, muchos de ellos se van a las ciudades a fin de obtener educación o conseguir empleos. Así mismo en cuanto a las enfermedades, ellos prefieren intentar otras formas de ayuda médica antes de acudir a una *machi*. Así, la *machi* no atiende a muchos jóvenes. Influencias tales como la modernidad y el capitalismo son razones para que los Mapuche se

vayan a los centros urbanos. Estos cambios causan mucha incertidumbre entre los Mapuche que entran en contacto con la cultura Cristiana-Chilena, en la cuál se ven confrontados con una amplia discriminación. En zonas urbanas, los Mapuche sufren enfermedades psicológicas debido al miedo y la tensión, las que ellos llaman enfermedades supernaturales causadas por "el mal" y "la envidia". Para este tipo de enfermedad se requiere de una *machi*. Para todos los otros tipos de enfermedades la gente Mapuche prefiere usar la medicina occidental, ya que esta forma de medicina es mas precisa y más barata (Bacigalupo, 1993).

A veces se teme que las *machis* sean *kalku* (bruja). Las *kalku*, como las *machis* tienen poder. Una *kalku* desarrolla un sentido de poder muy similar al del chamán. Ella también tiene *pewma* o *perimontún*, pero hereda el espíritu de un ancestro femenino que también fue *kalku*. Una bruja también tiene clientes, que pueden pedirle ayuda para tomar venganza en otras personas, a menudo a raíz de situaciones de celos (Faron, 1968; Bacigalupo, 1993; Montecino, 1996).

Respecto de las fuerzas opuestas, la *machi* está conectada con las fuerzas del bien, por ello es que debe confrontar las fuerzas negativas. Sus acciones pueden ser interpretadas como buenas o como malas, dependiendo de la posición de la persona a la que la *machi* ayuda. Ayudar a una familia con problemas puede implicar dirigir las fuerzas negativas a la familia "enemiga". De allí que la primera familia, afirmará que la *machi* es una persona escogida por *Chaw Ngenechen*, mientras que la segunda familia afirmará que la *machi* es una *kalku*, porque usó sus poderes en contra de ellos (Citarella et al., 2000).

Una *machi* debe darse a conocer en la comunidad hasta que la gente quiera atenderse con ella. Ella tiene que probarse a sí misma que es una buena chamán. Después de realizar difíciles curaciones -y así probar que ella está en el lado bueno y no en el lado de las *kalku*- la *machi* se hace respetada y sus pacientes divulgan su fama (Faron, 1968).

En caso de una enfermedad para la que no se encuentra cura, a menudo se plantea que él o la paciente se ha hecho tratar por una *machi* desconocida. La razón de esto es la búsqueda de un diagnóstico objetivo, dado que la *machi* que ellos normalmente visitan conoce el estado de la persona enferma y de su familia, y buscará el diagnóstico en relación con la forma de vida (Citarella et al., 2000). Esencialmente, esto es una prueba para evaluar si la *machi* extraña a la familia puede hacer un diagnóstico correcto. (Kraster Aletea, Julio 2003).

El hecho de que la medicina moderna u occidental esté completamente instalada en la sociedad implica que cada vez menos mapuche acuden a visitar a los sanadores locales. Las razones para esto pueden ser encontradas en el hecho que un médico a estudiado en la universidad. Aunque muchos mapuche escogen tratarse con un médico, aún así los mapuche piensan que es importante que un tratamiento considere el cuerpo y el espíritu.

Tres son las principales razones por las cuales el sistema de salud occidental es escogido sobre la forma tradicional de cuidado de la salud.

1. **Dinero:** La medicina occidental, es a menudo escogida sobre la medicina tradicional por su costo. Consultar a un doctor o una *machi* no es tan caro, lo es sin embargo el tratamiento posterior. Los costos incurridos en un hospital son cubiertos por el sistema previsional. El seguro no cubre el tratamiento cuando éste es realizado por una *machi*. Una ceremonia de curación tradicional, como el *machitún*, puede costar hasta 100.000 pesos.
2. **Educación:** En las escuelas se enseña a visitar a los doctores en caso de enfermedad.
3. **Religión:** Dado que parte de los Mapuche se convirtió al Catolicismo o Protestantismo, resulta evidente que cada vez menos los Mapuche piensan que pueden ser afectados por enfermedades de origen Mapuche (*Mapuche Kutran*), enfermedades que forman parte de la religión Mapuche y que son causadas por influencias sobrenaturales o mágicas (*Weda Kutran*).

Aún cuando los Mapuche están satisfechos con la medicina occidental, piensan que es muy importante contar con la medicina intercultural, dado que la machi refiere pacientes al médico. Si bien ella es capaz de hacer diagnósticos, ella va a referir a pacientes al médico si considera que la enfermedad es una wingka kutran (Kraster A. Julio 2003).

## 2.5 MODELO DE SALUD POPULAR:

La medicina popular es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales, basados mayormente en la experiencia y observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra.

En Chile, el modelo médico popular es producto del intercambio cultural proveniente de la medicina mapuche y de la medicina medieval española, otro aporte indudable es el de la tradición médica traída por los colonos europeos, especialmente los alemanes, con especial mención a la influencia de las órdenes religiosas Capuchinas y Bárbaras, cuyas nociones del proceso salud enfermedad procedían del uso del sistema hidroterápico de Kneipp y de la homeopatía. También los colonos chilenos llegados desde la zona centro norte, aportaron a la medicina de la zona sus particulares conocimientos herbolarios.

No se puede dejar de mencionar la influencia de la religiosidad. Para la religión protestante, la noción del pecado y la influencia del “demonio” en la génesis de la enfermedad, en el catolicismo símbolos como la invocación de la Virgen María, las mandas a los santos y la incorporación de la señal de la cruz.

En medicina popular, al igual que en la medicina mapuche, existen enfermedades naturales, producidas por la exposición a cambios bruscos de temperatura, ingesta excesiva o indebida de alimentos o bebidas, fuerzas inapropiadas, malos hábitos higiénicos y el “Mal Vivir”. Enfermedades sobrenaturales como “el mal”, producidas o relacionadas con Satanás que afectan a personas débiles, constitucional o moralmente, que entran al individuo por objetos u alimentos, “trabajados” por un brujo. En el ámbito intermedio se encuentran enfermedades como el sobrepeso, el mal de ojo y el pasmo atribuidos también a fenómenos sobrenaturales pero con síntomas propios de enfermedades naturales, las que son atendidas en el hogar generalmente por una “meica, hierbateros, santiguadores, quebradores de empacho, naturistas, etc.”. Generalmente los tratamientos son sobre la base de hierbas medicinales, ungüentos, cataplasma, barros, consejos morales, recreación, alimentación saludable y oraciones (Parquer, C.1992).

## 2.6 MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERÍA:

Partiendo de la base de los conceptos generales y abstractos que se interrelacionan en el marco teórico de la enfermería, algunos científicos han propuesto sus propias ideas sobre naturaleza y proceso de enfermería. Suele aceptarse, que “Los modelos de enfermería proporcionan un medio para convertir las suposiciones en postulados; es decir, en conceptos de la realidad que pueden someterse a prueba” y “ es evidente que la práctica de enfermería se ha perfilado de manera que puede ser cuestionada y corroborada, elementos fundamentales de la investigación científica” (Andreoli y Thompson, 1977, p.36). Todos los teóricos de la enfermería que han propuesto un modelo conceptual, han tomado como base la observación empírica, los conocimientos intuitivos y el razonamiento deductivo (Fawcett, 1984,p.4). Aunque pueden presentar distintos puntos de vista sobre fenómenos de enfermería. Todos los modelos conceptuales son de gran utilidad para la enfermería profesional debido a la organización que proporcionan para pensar, observar, e interpretar durante el proceso. Todos proporcionan directrices para la práctica, (Fawcett.1984) refleja su forma de pensar y la de otros científicos de enfermería al identificar tres categorías principales de modelos conceptuales: de desarrollo, de sistemas y de interacción. Cada categoría ofrece métodos diferentes y hace hincapié en distintos elementos del proceso de enfermería con los usuarios, aunque todos tienen un paradigma común: usuario o paciente, enfermera, ambiente, y salud. (Leddy, Pepper, 1985, p.102-103).

Madelaine Leininger, fundadora de la enfermería intercultural, define a esta como el área principal de la enfermería y se centra en un estudio comparativo y en el análisis de las



diferencias culturales y subculturales del mundo, en relación con sus conductas asistenciales, cuidados de enfermería, sus valores respecto a la salud y la enfermedad, sus creencias y en los patrones de conducta a seguir, para el desarrollo de una base científica y humanística de conocimientos, que permita practicar los cuidados de enfermería de una forma específica según la cultura y también universal para todas ellas. Leininger, desarrolló su teoría en la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Así pues, los cuidados culturales constituyen la teoría de enfermería más ampliamente holística debido a que toman en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales. (Marriner-Tomey A.1994, p.427-428).

La teoría ayuda a las enfermeras, a descubrir cuidados culturales específicos para personas de culturas diversas. Para así, proporcionar un cuidado culturalmente adecuado, necesita el uso de la investigación desarrollada con estrategias creativas que se adapten al modo de vivir de las diferentes culturas.

El propósito de la enfermería intercultural es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo el objetivo de la enfermería proporcionar cuidados culturalmente apropiados. Cuando estas proposiciones y objetivos se mantienen, entonces las personas que cuidemos no experimentarán situaciones negativas como la imposición cultural o etnocentrismo. Etnocentrismo e imposición cultural son conceptos de extrema importancia que las enfermeras deben entender. El etnocentrismo se refiere a la creencia de que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores, o superiores a otras, es decir, se sobrevalora una cultura sobre otra. Los problemas se presentan cuando estas creencias son muy fuertes y controlan de manera no deseable a otros que son culturalmente diferentes. La imposición cultural, se refiere a la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto al ser humano. Ambos conceptos suelen llevar a choques, daños y conflictos culturales entre clientes y enfermeras. (Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002)

## 2.7 MODELO DE SALUD FAMILIAR: BASES FILOSÓFICAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL MODELO DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y CENTROS DE SALUD FAMILIARES.

El modelo de atención de salud con enfoque familiar, es un modelo de abordaje integral del proceso salud-enfermedad. Tiene sus fundamentos en los nueve principios de McWhinney, enunciados en 1981, a saber: (Barra, R)

- ◆ **Compromiso con la persona:** está disponible para cualquier problema de salud definido por el paciente, comprometiéndose con éste más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o grupos étnicos.
- ◆ **Contexto de la enfermedad:** se concentra en la comprensión del contexto en que se da la enfermedad, incorporando la valoración del contexto personal, familiar y social en que ésta se da como estrategia básica y desde la cual surge el plan de intervención terapéutico.
- ◆ **Aspectos subjetivos de la enfermedad:** considera los sentimientos, emociones y relaciones subyacentes al proceso de enfermar o sanar.
- ◆ **Medicina preventiva:** ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación en salud.
- ◆ **Población de riesgo:** ve a sus pacientes como una población de riesgo, en la que se debe prevenir para evitar problemas posteriores e incorpora el enfoque de riesgo en la determinación de las acciones comunitarias o poblacionales a implementar.
- ◆ **Conocimiento del territorio:** conocimiento cabal del territorio, para ello hace uso de herramientas como los sistemas de información geográfica, diagnósticos territoriales, mapas de riesgo y otros. Idealmente debe compartir el hábitat de sus pacientes.
- ◆ **Atención en el domicilio, en el centro de salud y en el hospital.** La atención es proactiva, no sólo intramuros, sino también en la comunidad. El equipo mantiene información de sus pacientes hospitalizados y el apoyo a su familia.
- ◆ **Atención en red:** visualiza la atención que brinda como parte de una amplia red de apoyo, enfatizando la coordinación entre los distintos actores de ésta. Los equipos se incorporan como agentes activos de las distintas redes, convocando o participando de las convocatorias que otros hacen, liderando su constitución, promoviendo y participando en agendas de trabajo conjunto.
- ◆ **Administración de recursos:** se preocupa de la gestión de los recursos humanos y financieros. En el primer caso, a través de la generación de políticas de desarrollo de sus recursos humanos; en el segundo, a través de la instauración de medidas costo efectivas, procesos de descentralización financiera, gestión de la calidad, entre otras estrategias.

De acuerdo a estos principios, este modelo aborda a la familia como sujeto de intervención, fortaleciendo las habilidades y destrezas de ésta para una vida saludable. La atención se caracteriza por su integralidad y continuidad, es decir, atención a lo largo de todo el ciclo vital, estableciendo una relación de compromiso mutuo entre los usuarios y su equipo de salud y atención en todas las fases del ciclo salud- enfermedad (sano, enfermo agudo, crónico, terminal) bajo un prisma biosicosocial o sociosicobiológico.

En nuestro país, el Modelo de Salud Familiar se orienta hacia la resolución de los grandes desafíos de la atención primaria de salud, recogiendo la vasta y rica experiencia que los equipos han acumulado, en todos estos años de desarrollo de la estrategia de Atención Primaria. El objetivo final que se plantea es brindar a los individuos, familias y comunidad, los cuidados de salud que respondan a sus necesidades de una manera integral, continua, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, a través equipos de salud capacitados. Esto a través del logro de los siguientes propósitos:

1. Mejorar las coberturas de atención, acercando la atención a la población beneficiaria.
2. Mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, preocupándose de la costo efectividad de las acciones que realiza.
3. Intensificar las acciones de promoción y prevención, sin deterioro de la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.
4. Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
5. Incrementar la satisfacción de los usuarios externos e internos

Un Centro de Salud Familiar (CESFAM) es un establecimiento de salud que atiende la población de un determinado territorio, estableciendo un compromiso de contribución al mejoramiento de su calidad de vida y en el cual se aplican los fundamentos de la salud familiar.

En el ámbito organizacional, lo principal es determinar la imagen objetivo institucional, la misión y visión del CESFAM, iniciando un proceso de planificación, que estará basado en el diagnóstico de situación (diagnósticos técnico y participativo), en el análisis del escenario e incorporará la mirada propia y específica del modelo de atención con enfoque familiar. La incorporación de herramientas de gestión de la calidad, el desarrollo de centros de responsabilidad financiera, la preocupación por el control de la costo efectividad de sus acciones, la incorporación del enfoque de riesgo como criterio para determinar las estrategias y acciones a seguir, la gestión de la información, caracterizarán al CESFAM. Sin embargo, uno de los aspectos esenciales y fundamentos de este tipo de organización es el trabajo en equipo, el que se potencia a través de la integración horizontal y la capacitación continua, conformando equipos inter o transdisciplinarios, polivalentes, capaces de responder oportuna y resolutivamente a las demandas. Para lograr esto es necesario repensar la estructura jerárquica que se tiene, rediseñando los organigramas y los estilos de información y toma de decisiones, valorar el clima laboral e impulsar un plan integral de desarrollo del recurso humano

En el ámbito clínico asistencial, se privilegia la atención continua e integral, la oferta proactiva y el énfasis en la calidad técnica y humana definen la nueva manera de atender.

En el ámbito de la participación y coordinación, el propósito que se busca es promover la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que atiende y, entendiendo que para lograr este objetivo –al menos parcialmente- se necesita del esfuerzo y el trabajo conjunto de distintas organizaciones y actores del desarrollo local, la intersectorialidad y la participación social y comunitaria son pilares esenciales del modelo. La generación de alianzas estratégicas y la conformación de redes de apoyo y atención, aparecen como ineludibles. Por otro lado, la articulación con otros prestadores de atención y la coordinación efectiva interniveles se hace indispensable. (Barra, R)

## 2.8 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR RURAL NIEBLA:

El CESFAM Rural de Niebla se encuentra ubicado a 17 kilómetros de la ciudad de Valdivia, en la localidad costera de Niebla, entre las calles Martín Cermeño y Antonio Duce.

Este es un establecimiento de atención primaria, dependiente del Departamento de Salud Municipal de Valdivia, el que sustenta su trabajo hacia la integración del desarrollo local como agente activo. Su propósito es brindar atención de salud continua, integral y de alta calidad técnica y humana, promoviendo así, el mejoramiento de la calidad de vida de la población a su cargo. Los principios valóricos que sustentan su quehacer son: La equidad, la participación, y el respeto a la diversidad.

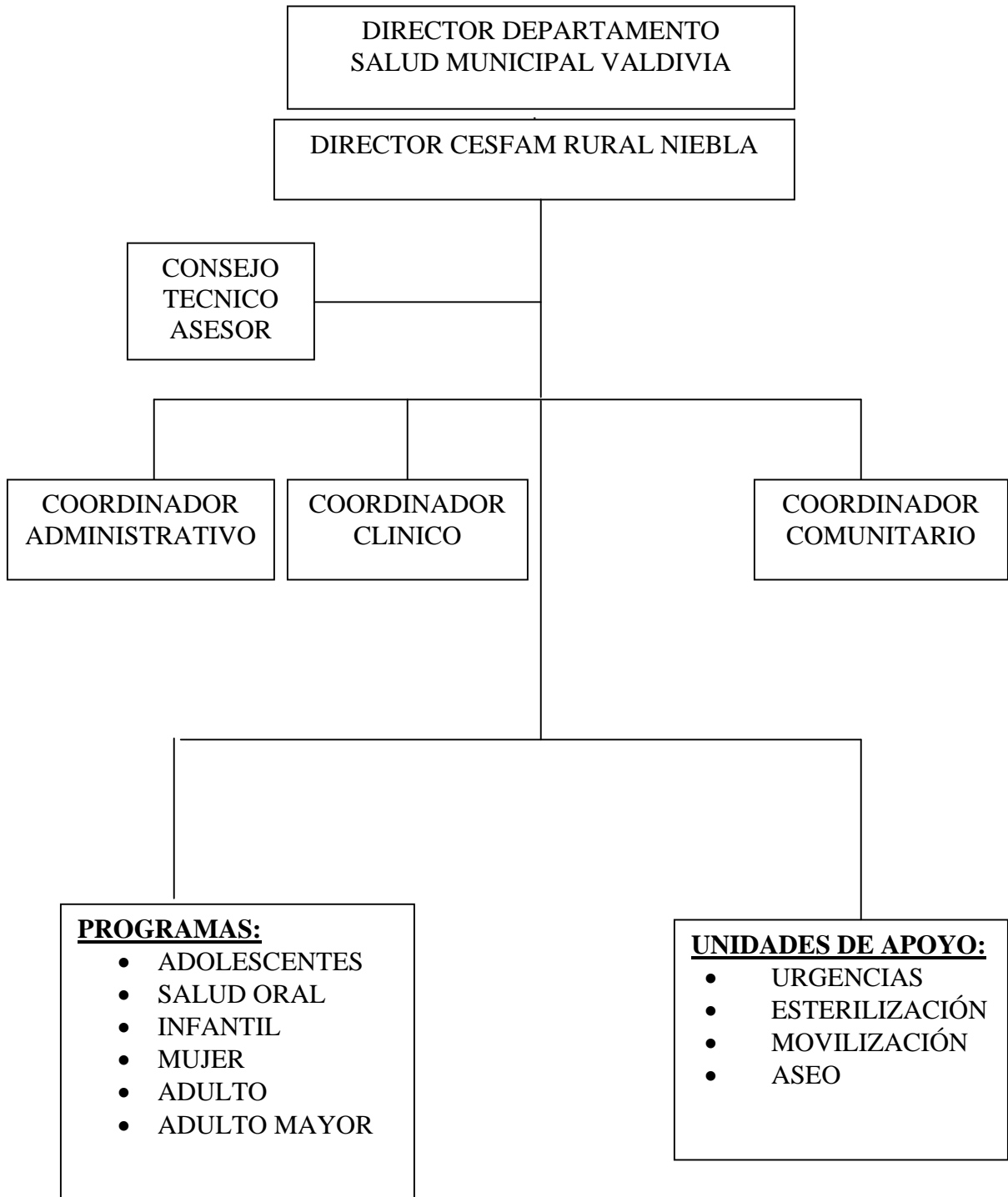
Sus metas fundamentales son:

- Mejorar el acceso a salud de la población costera de la comuna de Valdivia.
- Promover la participación social y comunitaria.
- Promover e integrarse activamente al desarrollo local.

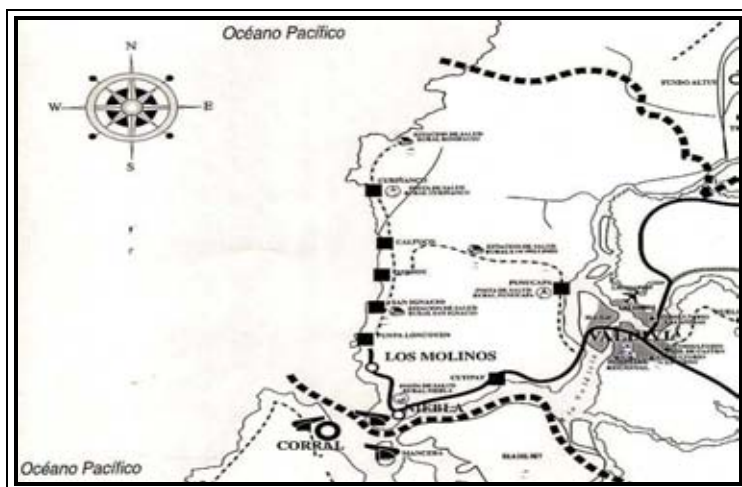
Sus principales funciones son la ejecución de acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, de la salud de las personas y familias del territorio, de acuerdo a las políticas sectoriales, adaptadas a la realidad local.

La Misión-Visión de la red de salud municipal valdiviana por la cual se rige es: *“Somos un equipo que compartiendo los valores de equidad, solidaridad y justicia social, esta al servicio de la comunidad, integrándose como agente activo al desarrollo local a través de la estrategia de atención primaria, fortaleciendo el modelo de salud familiar optimizando la red asistencial de salud, estableciendo para ello relaciones de calidad y calidez con nuestros usuarios”.*

**Organigrama funcional:  
Centro de Salud Familiar Rural Niebla, año 2004**



El territorio que abarca el CESFAM Rural Niebla corresponde a:



Norte : Caleta Bonifacio.

Sur: Rivera norte del río Valdivia.

Este: Cruce río Cutipay y localidad de Las Minas.

Oeste: Océano Pacífico.

**Figura N°1.** Croquis zona costera Comuna de Valdivia.

La zona costera se caracteriza por la existencia de pequeños poblados, ubicados muy cerca del mar, a saber, Niebla, Los Molinos, San Ignacio, Loncoyén, La Misión, Calfuco, Curiñanco y Bonifacio y, más hacia el este, las localidades de Pilolcura, Los Pellines y Las Minas.

Para poder entregar cobertura de salud a estas localidades existe una posta de salud rural en la localidad de Curiñanco, lugar en donde reside un técnico paramédico, en forma periódica acude un equipo de salud básico ( Médico, enfermera, matrona y técnico paramédico), una vez por semana, y eventualmente otros profesionales, como odontólogo, asistente social, etc. Todos de atención primaria. Las postas de salud rural se ubican en localidades rurales pequeñas ( Menos de 5.000 Hbtes.) Cubriendo un radio posible de ser recorrido a pie en un promedio de dos horas.

Existen también estaciones de salud, que son de menor estructura generalmente ubicadas en sedes comunitarias en donde acude el equipo básico en forma periódica y programada (una o dos veces por mes), existiendo estaciones de salud en las localidades de San Ignacio, Los Pellines, Bonifacio y Pilolcura, en donde son los dirigentes vecinales los encargados de la organización, limpieza y orden del local para la ejecución de la ronda en coordinación con el equipo de salud.

### 2.8.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN:

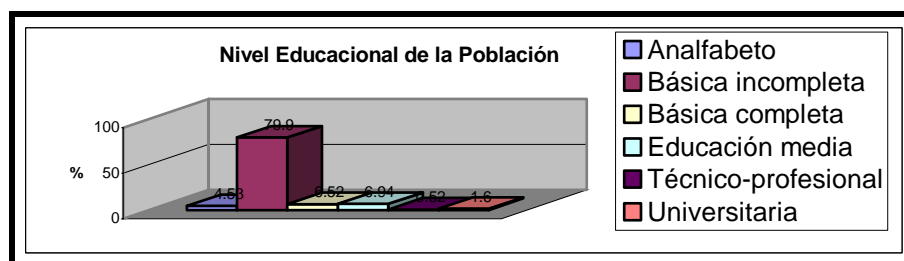
La mayor parte de la población se ubica cerca de la costa, como en las localidades de Niebla, Los Molinos, San Ignacio y Curiñanco, de fácil acceso por encontrarse a orilla de caminos. Más hacia el este la población es menor, ubicándose en plena Cordillera de la Costa, de difícil acceso a zonas urbanas, sobre todo en época de invierno donde las lluvias erosionan los caminos y lo hacen intransitables para vehículos pequeños y mediano. Según el último censo realizado en el año 2002 la población rural de la comuna de Valdivia correspondería a 10.607 habitantes de este total 4.035 personas están inscritas el CESFAM Rural de Niebla. No se pudieron obtener datos fidedignos que demuestren la población real de la zona costera de Valdivia.

**Accesibilidad:** Desde Valdivia hasta el sector de Los Molinos se puede acceder por camino de asfalto (Ruta 67). Desde esta localidad y hasta Curiñanco sólo existe un camino de ripio en regulares condiciones pero transitable todo el año. Desde Curiñanco hasta Bonifacio y Los Pellines existe camino de tierra que sólo permite acceder con vehículos de doble tracción o tracción animal. Por la cordillera hay un camino de ripio en relativas condiciones que permite comunicar Valdivia con el Parque Oncol situado a la altura de Bonifacio, desde este lugar a través de una ruta de tierra se puede acceder a Curiñanco. Los sectores del interior, por su parte, sólo tienen huellas aptas para el tránsito a pie o tracción animal.

**Etnia:** Desde el punto de vista del *origen étnico*, si se considera la variable de a lo menos un apellido mapuche, cerca del 35% de la población pertenecería a esta etnia, mientras que si se consideran dos apellidos, más del 11% de la población lo sería. Cabe sí, hacer la precisión de que ésta no es más que una aproximación a la definición de pertenencia a la etnia mapuche, ya que tiene el importante sesgo de que no todos los mapuche tienen hoy apellidos indígenas y, no todos aquellos que lo tienen se auto identifican con la etnia. Ahora bien, la mayor proporción de población indígena reside en sectores aledaños a Curiñanco, donde más del 70% de la población tiene a lo menos un apellido mapuche.

**Nivel educacional:** Hay seis escuelas básicas, dos internados escolares (en Niebla y Curiñanco), todos con un sistema formal y tradicional de educación. Contando también con dos jardines infantiles en Niebla, otro en Playa Rosada, uno en la escuela de Los Molinos y por último un jardín en la localidad de los Pellines, solo existe un establecimiento educacional de enseñanza media técnico profesional ubicado en Playa Rosada, el que ofrece la oportunidad de nivelación de estudios en el adulto en un plazo de dos años.

**GRÁFICO N° 1:** Distribución porcentual del nivel educacional de la población inscrita en CESFAM Rural Niebla.



**FUENTE:** per cápita 2003.

**Medios de comunicación:** Existen varios teléfonos públicos en Niebla y Los Molinos; 1 teléfono público en Pilolcura, 1 en Las Minas y 1 en Los Pellines. La gran mayoría de las familias cuenta con al menos 1 teléfono móvil, cuya red de cobertura es deficitaria en las localidades de San Ignacio, Pilolcura y Los Pellines. Existen equipos de radiocomunicación conectados con la red de atención primaria y con el Hospital de Valdivia, ubicados en: 1 CESFAM Niebla de funcionamiento diario, 1 Posta Curiñanco de funcionamiento diario, 1 en Los Pellines en funcionamiento los días lunes, miércoles y viernes.

Existe una línea de buses rurales que transita tres veces al día entre Valdivia y Curiñanco por la Ruta 67, taxis-colectivos y microbuses hasta Los Molinos cada 15 minutos y solo la empresa de microbuses “Expreso a la Costa”, y taxis colectivos ofrecen sus servicios hasta Playa Rosada según demanda. Durante el presente año se adjudicó el recorrido Valdivia-Niebla-Los Molinos la línea 20 de microbuses urbanos de la ciudad de Valdivia, lo cual trajo consigo una baja considerable del costo del pasaje a estas localidades, beneficio que trae consigo una mayor accesibilidad al Centro de Salud, ya que debido al clima variable de esta zona, existían altos índices de ausentismo a controles de Salud.

Por vía fluvial y marítima se puede acceder desde Niebla al puerto de Corral en promedio 4 veces al día (dependiendo de las condiciones climáticas) en pequeñas embarcaciones o en vehículo por trasbordador.

En este sector no existen radioemisoras, aunque se reciben bien las señales de las radios Austral y Calle- Calle de Valdivia y algunas frecuencias nacionales. La señal televisiva nacional es variada, dependiendo del sector se pudo recibir la señal de uno o varios canales. También existe televisión por cable local en Niebla. “A Toda Costa” es el único medio de comunicación escrito local, de circulación mensual; y además en Niebla se reciben diariamente los periódicos de circulación nacional. Se dispone de oficinas de correos y faxes.



**Energía eléctrica:** Según la información de los últimos años, las localidades de Niebla, Los Molinos, San Ignacio y Curiñanco tienen luz eléctrica, sin embargo, aproximadamente el 48.5% de las viviendas disponen de ésta, en su mayoría del sector de Niebla - Los Molinos, mientras que un porcentaje similar utiliza velas o chonchones como sistema de iluminación y el escaso porcentaje restante utiliza lámpara a parafina o gas.

## 2.8.2 SANEAMIENTO BÁSICO

**Agua potable:** En Niebla, Los Molinos y Curiñanco existe un comité de agua potable, la que abastece sólo a la mitad de la población, mientras que el resto la obtiene de pozos o por acarreo, sin sistemas adecuados de tratamiento.

**Eliminación de excretas:** Respecto a disposición de excretas, no hay red de alcantarillado y sólo un 25% de la población dispone de letrinas sanitarias, lo que constituye alto riesgo sanitario por la presencia de vectores como insectos y roedores, constituyendo un riesgo mayor para la población de contraer enfermedades gastrointestinales, por ser focos de contaminación.

**Disposición de basuras:** Hay recolección municipal de basuras 3 veces por semana en las localidades de Niebla, Los Molinos y San Ignacio. En los otros sectores, más del 80% de las familias utiliza el enterramiento como sistema para disponer sus basuras; mientras que el porcentaje restante las dejan a campo abierto.

**Nota:** Toda la información que contiene este último capítulo fue recolectada durante el período de internado de enfermería 2004 de las Srtas. Lilian Rosales y Roxana Moyano, en dicho centro de salud.

## 2.9 PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS:

“El Programa de Salud y Pueblos Indígenas es una instancia del Ministerio de Salud que tiene como preocupación aportar a la generación de servicios de salud más accesibles y que respondan mejor a las necesidades de la población indígena.

Los problemas de salud de la población indígena suelen tener relación con la falta de acceso a los servicios de salud, ya sea por la lejanía de los lugares donde viven, el no poseer un trabajo estable, falta de información adecuada y la carencia de un adecuamiento cultural de

los servicios de salud que se les ofrecen. Las Comunidades indígenas tiene sus propios conceptos de salud y enfermedad, ya que se basa en una visión global e integral del hombre junto a la naturaleza y poseen conocimientos y destrezas propias de medicina indígena que siguen cumpliendo un papel fundamental en su vida comunitaria. Los objetivos del programa son:

- Mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos Indígenas, impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y lo integral de las acciones; Considerando sus características culturales, lingüísticas, económicas - sociales y su participación en la definición y solución de los problemas.
- Mejorar la accesibilidad, la calidad de atención de salud, la solución de los problemas de salud de la población indígena y fortalecer acciones de promoción de salud, incorporando en los planes, programas y proyectos institucionales, acciones orientadas a disminuir las brechas de equidad observadas en la situación de salud.
- Lograr la participación de los pueblos indígenas en los planes de salud, en lugares donde esta población se ubica.

En este marco, el Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas se orienta a fortalecer la gestión aportando asesorías, financiamiento y monitoreo a los planes de los Servicios de Salud que permitan ampliar las acciones a las comunas de alta concentración de población indígena. Se espera desarrollar y/o fortalecer el trabajo coordinado entre los Ministerios, organizaciones internacionales, sector académico, organizaciones no gubernamentales, organizaciones y población indígena en general, para apoyar técnica y financieramente una red de trabajo nacional e internacional, que permita conocer, validar e intercambiar experiencias, y desarrollar investigaciones que favorezcan un enfoque intercultural en salud. (MINSAL, 2004).

De acuerdo a los dos últimos CENSOS realizados en Chile, en 1992 la población que se considera perteneciente a los pueblos originarios o indígenas, específicamente a la etnia mapuche corresponde a 928.060Hbtes.a nivel nacional, de los cuales 470.730 corresponde a hombres y 457.30 corresponde a mujeres; en la décima región para el mismo año existían un total de 68.727Hbtes. que se consideran pertenecientes a la etnia mapuche, de los cuales 36.857 son hombres y 31.870 mujeres. Para el CENSO del año 2002 se consideran pertenecientes a la etnia mapuche a nivel nacional 604.349Hbtes. de los cuales 304.580 son varones y 299.769 mujeres; En la décima región se consideran pertenecientes a la etnia mapuche 100.664Hbtes. 51.838 varones y 48.826 mujeres. (Instituto nacional de estadísticas-Chile, 2004).

## 2.10 EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD INTERCULTURAL EN LA NOVENA REGIÓN:

El Servicio de Salud Araucanía Sur a partir de Agosto de 2001, inició un proceso de cogestión con representantes mapuche con la idea de mejorar los criterios de focalización de los recursos y desarrollar una Política de Salud adecuada al contexto sociocultural de la región. Esta estrategia se fundamenta en la necesidad de que exista participación mapuche en la gestión e implementación de los programas, para así evitar el histórico error de imponer políticas etnocéntricas, que luego terminan en la mayoría de los casos, en fracasos y en mayor deterioro de las condiciones de vida, debido a que conducen a la pérdida de recursos tradicionales, fragmentación de la organización social y aculturación, generando mayor dependencia hacia el sistema, que además no cuenta con recursos para dar solución a todas las demandas. Gracias a esto existe la experiencia de autogestión del Hospital mapuche de Makewe, donde se ha implementado un modelo de complementariedad de modelos médicos donde los temas de la educación para la salud y el fortalecimiento de la autonomía son prioritarios. Junto a esta experiencia, también existen propuestas de otras comunidades para la adecuación de los establecimientos de salud, hacia centros integrales de salud donde se complementen las medicinas y se avance en la construcción de modelos de cogestión que mejoren la calidad de los servicios.

El hospital rural de *Makewe* está situado en el territorio originario Mapuche, a unos 25 kilómetros al sur de Temuco. Los misioneros de la Iglesia Anglicana, lo fundaron en 1927 y desde 1962, ha recibido ayuda financiera del Ministerio de Salud. En 1999, este hospital pasó a manos de la organización comunal llamada “Asociación Indígena de Salud Makewe-Pélale”, como resultado de un proceso de participación y auto-administración de la comunidad para asegurar el funcionamiento del hospital. El objetivo de la asociación es participar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población en este sector, a través de la implementación de un modelo de salud intercultural, intenta fortalecer los recursos locales, considerar las diferentes concepciones de salud-enfermedad y fortalecer la complementariedad con la biomedicina. Este modelo está enmarcado en un proyecto más global de etnodesarrollo, necesario para la recuperación del control socio-cultural de la sociedad Mapuche (Ibacache, 2000).

El hospital rural de Makewe no es solo un hospital; puede ser considerado una posta de salud constantemente atendida. Dentro de su equipo de salud posee un | médico, un dentista, Técnicos paramédicos, enfermeras, matronas y cooperan con el hospital, agentes de salud Mapuche, como las *machis*, compondores de huesos y expertos en hierbas medicinales. Mas aún, hay un laboratorio para exámenes médicos, una farmacia y un pequeño jardín de plantas medicinales. Otra sección del hospital contiene dos unidades de atención; una unidad de cuidados intensivos y una unidad especialmente reservada para pacientes que sufren de

tuberculosis. Hasta ahora Makewe es el único hospital a lo largo de todo Chile que practica la atención de salud sobre bases interculturales. Esto significa que el doctor coopera con las *machis*. La *machi* y el doctor mutuamente se refieren pacientes cuando es necesario.

El objetivo del programa de salud intercultural desarrollado por *Makewe* es crear un entendimiento mutuo de los dos sistemas médicos. La razón principal de por qué tantos Mapuche viene a visitar al médico es por la educación que poseen los médicos occidentales, pero esto no significa que los Mapuche automáticamente tengan fe en la forma occidental de atención de salud. Muchas veces resulta que la *machi* es visitada con posterioridad, en la mayor parte de los casos cuando el problema es psicológico (Oyarce, 1988). Es fácil cambiar a un hospital que atiende gratis para aquellas personas que no pueden pagar. Si este servicio no fuera viable económicamente y el hospital comenzara a cobrar las consultas como cualquier otro hospital, la gente simplemente dejaría de visitar el hospital y buscaría una solución más económica.

El sistema de salud intercultural se está haciendo más y más importante en Chile. Los Mapuche piensan que es muy importante que la gente sepa de la cultura Mapuche, y ellos están defendiendo fuertemente su identidad. Los Mapuche tiene una actitud positiva respecto a la atención de salud intercultural, pero hasta ahora solo es practicada en el hospital de Makewe. Recientemente se ha sabido que el hospital de Makewe se ha extendido con más hospitales orientados interculturalmente en Colpanao, Ragnintuleufu y Chapod. Muy probablemente algunas postas de salud serán instaladas en Chucauco y Rufue.

### 3. OBJETIVOS.

#### 3.1 OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar la percepción de los usuarios, con ancestro mapuche, mayores de 20 años de edad, acerca de la atención brindada, en centros de salud primaria por parte del equipo profesional de enfermería.
- Determinar en la población estudiada, la utilización de medicina tradicional mapuche y medicina popular.
- Relacionar los resultados obtenidos del estudio, con las afirmaciones teóricas y supuestos principales, de la teoría de los Cuidados Culturales de Madelaine Leininger.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar si los profesionales de enfermería, respetan las creencias en salud de la población mapuche.
- Determinar, el grado de satisfacción de los usuarios externos, con ancestro mapuche sobre la situación actual de atención de salud brindada por enfermería, en atención primaria de salud.
- Determinar en la población estudiada la utilización de los diferentes modelos médicos, como el modelo médico tradicional mapuche y la medicina popular, cuando presentan problemas de salud y cual de éstos está más arraigado en la comunidad, como sistema curativo.
- Demostrar, la importancia de incluir las teorías de enfermería en el ejercicio profesional, para contribuir a la autonomía profesional.

#### 4. MATERIAL Y METODO.

- ✓ **4.1 DISEÑO METODOLÓGICO:** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal, ya que los resultados reflejan la percepción de los sujetos encuestados en el momento que se aplicó el instrumento.
  
- ✓ **4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:** El universo está constituido por la totalidad de los pacientes mayores de 20 años de edad, de ambos sexos, con ancestro mapuche (Para efectos de este estudio, se considerarán como tales a aquellos individuos que posean sus dos apellidos pertenecientes a la etnia mapuche), que estén inscritos y validados en el Centro de Salud Familiar Rural de Niebla y que su lugar de procedencia sea la localidad costera de Curiñanco y sus alrededores. De acuerdo a la última validación per-cápita, efectuada por FONASA al 05/09/2003, la población inscrita en el CESFAM Rural de Niebla equivale a 4.035 total de inscritos, lo que según el programa “Inscrito II” del CESFAM Rural Niebla, corresponde a 274 pacientes con las características antes mencionadas. Para efectos muestrales se utilizó el método de muestreo por azar simple, entregándonos el número de 41 encuestas a realizar, esta muestra representa al 14.9% de la población. Además, los encuestados debían presentar las siguientes características: haber recibido al menos 2 atenciones en cualquier centro de salud pública de atención primaria distinto del CESFAM Niebla, para así poder extrapolar los resultados, y ser personalmente localizado para la entrega del cuestionario.
  
- ✓ **4.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:** Se utilizó un cuestionario de opinión autoadministrado, a modo de encuesta, en el que se garantizó confidencialidad y anonimato, el que presenta una breve explicación (Todas las preguntas van dirigidas al conjunto de centros de salud de atención primaria y no solo al CESFAM Niebla) y se solicitó al paciente que evalúe en una escala de Likert, su nivel de satisfacción con valores entre 1 “Nunca” y 7 “Siempre”, (Ver Anexo N°1). Para aquellos pacientes encuestados que sean analfabetos y con un nivel de educación formal menor a 8 años de instrucción (o sea, 8° Básico y menos) se le explicó la encuesta dejando que ellos respondan sinceramente sin intervenir en sus respuestas. El instrumento fue creado por la investigadora y sometido a revisión por el profesor Sr. Jorge Riveros, Docente del Instituto de Administración, de la Universidad Austral de Chile, consta de dos ítem, el primero corresponde a características sociodemográficas del encuestado, el segundo ítem esta conformado por preguntas que evalúan su percepción de la atención de salud recibida, por parte del equipo de enfermería. Se eligió este formato de tipo Likert ya que esta diseñado para permitir a los clientes

(usuarios) responder en grados variables a cada elemento que describe el servicio. Uno de ellos tal vez quiera indicar que el elemento describe de forma más específica al servicio, en comparación con otro cliente. La escala Likert representa un continuo bipolar. El extremo inferior representa una respuesta negativa, mientras que el extremo superior representa una respuesta positiva. (Hayes, 1999). El instrumento de recolección de datos fue validado el día 20 de octubre de 2004 con 10 pacientes que se encontraban en la sala de espera del CESFAM Niebla y que cumplían con los requisitos antes mencionados. En esta oportunidad se pudo corregir algunas preguntas que parecían poco claras y se detectó la necesidad de incorporar un espacio adicional al ítem de conocimientos para que el encuestado pudiera fundamentar su respuesta.

- ✓ **4.4 PROCESAMIENTO DE DATOS:** Para realizar el análisis de los datos en la escala de Likert, se le asignó puntaje a cada una de las respuestas posibles las que van de 1 a 7; 1 punto para "Nunca"; 2 puntos para "Casi nunca"; 3 puntos para "Pocas veces"; 4 para "Mitad de veces"; 5 puntos para "Muchas veces"; 6 puntos para "Casi siempre" y 7 Puntos para "Siempre". Para efectos de ponderación del puntaje obtenido de las respuestas de la encuesta, se consideró la respuesta como satisfactoria o positiva, cuando alcanzó una ponderación de 5 a 7 puntos, se consideró, como parcialmente satisfactoria o indiferente, cuando la respuesta alcanzó un valor de 4 puntos y por último se consideró la respuesta como insatisfactoria o de tipo negativa, cuando alcanzó una ponderación entre 1 y 3 puntos. Se decidió este tipo de puntaje ya que en nuestro sistema formal de educación se califica con notas de 1 a 7, siendo esas las calificaciones mínima y máxima respectivamente, lo cual facilita al encuestado calificar su respuesta considerando lo antes mencionado. La recolección de información fue relacionada con las variables sociodemográficas, esta información fue analizada estadísticamente con la ayuda del programa computacional MICROSOFT Excel 2000, en busca de la media aritmética y la desviación estándar de los resultados.
  
- ✓ **4.5 VARIABLES:**
  - **Variables Independientes:** Corresponde a características de tipo sociodemográfico básicas, de la personas seleccionadas en la muestra, tales como sexo, edad y escolaridad, las que se definen nominal y operacionalmente a continuación.

**DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN NOMINAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
SEXO	Constitución Orgánica que diferencia al hombre de la mujer	a)Femenino b)Masculino
EDAD	Número de años cumplidos al momento de contestar al instrumento	a)Entre 20 y 39 años b)Entre 40 y 59 años c)Entre 60 y 79 años d)Entre 80 y más años
ESCOLARIDAD	Último curso aprobado en la educación formal	a)Analfabetismo( <i>Persona que no sabe leer ni escribir dado por falta de instrucción en educación formal o por desuso</i> ) b)Educación básica incompleta ( <i>menos de 8 años aprobados en educación formal</i> ). c)Educación básica completa( <i>8 años de educación formal aprobados</i> ) d)Educación media incompleta ( <i>más de 8 y menos de 12 años de educación formal aprobados</i> ) e)Educación media completa ( <i>12 años de educación formal aprobados</i> ) f)Educación técnico superior ( <i>Completa y/o incompleta</i> ) g)Educación superior universitaria ( <i>Completa y/o incompleta</i> )

- **Variables dependientes:** Corresponde a la percepción, que tiene los usuarios de la atención de salud entregada, donde percepción se define como: "*sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos /Idea (conocimiento de una cosa)*"Diccionario enciclopédico de la lengua española editorial Ramón Sopena S.A.(Barcelona, 1964)

Para poder operacionalizar esta variable, se sub-dividió en tres áreas; área afectiva, conocimiento y comportamiento.



**Área Afectiva:** Emotividad que impregna las ideas y se asocia con estados agradables o desagradables, (respuestas emocionales), hacia una situación o persona constituido fundamentalmente por sentimientos positivos o negativos.

**Área Conocimiento:** Información, conocimientos, creencias, ideas, de una persona respecto de un objeto o situación.

**Área Comportamiento:** Conducta, modo de gobernar su vida y dirigir sus actos una persona.

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES.**

<b>VARIABLE</b>	<b>AREA</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
PERCEPCIÓN: sensación interior, que resulta de una impresión material hecha en los sentidos/ Idea (conocimiento de una cosa)	Afectiva	1.- En todos los establecimientos que he sido atendido(a), por una enfermera, lo primero que hace es saludarme y preguntar como me siento.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Afectiva	2.- En todos los establecimientos en que he sido atendido(a), la enfermera me llama por mi nombre, en forma espontánea y cortés.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Afectiva	3.- La enfermera, se preocupa de mis problemas físicos, así como de mis necesidades emocionales que provocan mi enfermedad y tratamiento.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Afectiva	4.- En todos los establecimientos en que he recibido atención, la enfermera me escucha atentamente cuando le cuento mis problemas de	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre

		salud	7.-Siempre
	Afectiva	5.-. En todos los establecimientos que he recibido atención, la enfermera me brinda la oportunidad de expresarle mis preocupaciones y temores	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Conocimiento	6.- He recibido consejos para cuidar mi salud con tratamientos basados en medicina popular, por parte de una enfermera	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Conocimiento	7.- Son respetadas mis creencias frente a tratamientos de salud basados en medicina popular, en los centros de salud primaria	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Conocimiento	8.-Cuando estoy enferma(o) y me siento muy mal, prefiero ir donde otro agente de salud como un machi o hierbatero, ya que le tengo más confianza y me trata mejor.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Conocimiento	9.- Son respetadas mis creencias frente a tratamientos de salud basados en medicina tradicional mapuche	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Conocimiento	10.- He recibido consejos para cuidar mi salud con tratamientos basados en medicina mapuche, por parte de alguna enfermera de atención primaria	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Conocimiento	11.-He tenido la oportunidad de participar de reuniones entre el equipo de salud y la comunidad para mejorar la atención de salud.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces

			6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Comportamiento	12.- En los centros de salud en que he recibido atención, la enfermera se molesta cuando falto a los controles de salud, porque le altero el turno programado de los pacientes.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Comportamiento	13.- La enfermera me hace recordar las indicaciones de mi tratamiento amablemente.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Comportamiento	14.- La enfermera me repite constantemente todo lo que debería hacer a pesar de que ya no soy un niño (a).	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Comportamiento	15.- Cuando reacciono agresivamente, la enfermera se preocupa por averiguar el motivo de mi comportamiento.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Comportamiento	16.- Generalmente, la enfermera me atiende tan rápido, que no puedo preguntarle sobre el tratamiento que voy a recibir.	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre
	Comportamiento	17.- Estoy satisfecho(a) con la atención de salud entregada por enfermeras, en los diferentes establecimientos en que he sido atendido(a).	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3.-Pocas veces 4.-Mitad de las veces 5.-Muchas veces 6.-Casi siempre 7.-Siempre

## 5. RESULTADOS.

### 5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA:

De una población, constituida por 274 personas se obtuvo una muestra de 41 pacientes que reunían los criterios de selección previamente definidos, a continuación se describe socio-demográficamente a la muestra seleccionada (ver anexo1). El instrumento de recolección de información fue aplicado entre los meses de octubre a diciembre de 2004.

Del análisis estadístico descriptivo, se presentan algunas características de la muestra estudiada, la media aritmética y la desviación estándar de las variables. En el análisis estadístico se intentó encontrar dimensiones subyacentes a esas variables que permitan identificar los factores relacionados con el entorno curativo intercultural del paciente y con las relaciones interpersonales que se establecen con el personal profesional de enfermería.

A continuación se presenta la caracterización sociodemográfica de la muestra utilizada en el estudio:

- **Sexo:** De la muestra encuestada un 20% corresponde a individuos de sexo masculino (8 personas), y un mayoritario 80% corresponde a individuos de sexo femenino(33 personas).
- **Edad:** La muestra fue dividida en cuatro grupos de edades, estos son;
  - De 20 a 39 años de edad (adulto joven): 22%
  - De 40 a 59 años de edad (adulto medio): 46%
  - De 60 a 79 años de edad (adulto mayor): 27%
  - De 80 y más años de edad (senescentes): 5%

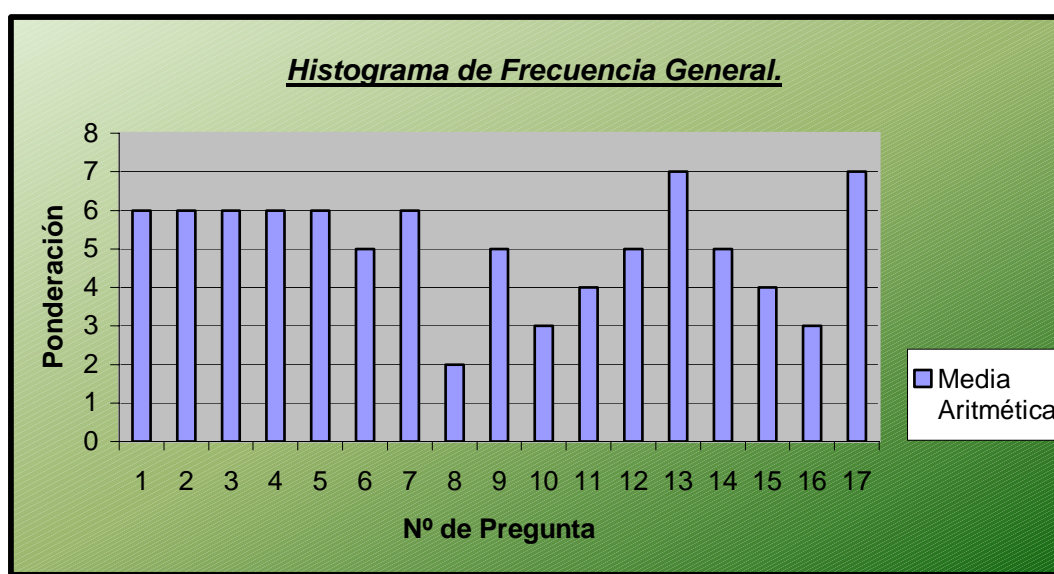
**Escolaridad:**

- Analfabetos: 29%
- Educación básica incompleta: 37%
- Educación básica completa: 15%
- Educación media incompleta: 7%
- Educación media completa: 10%
- Educación técnico superior: 2%
- Educación superior universitaria: 0%

## 5.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Para identificar la percepción general que poseen la población estudiada, acerca de la atención de enfermería profesional, se presenta a continuación un histograma de frecuencia con la dinámica de las respuestas de la encuesta o instrumento de recolección de información. Los resultados, fueron aproximados al entero más próximo, para poder trabajar con números netos.

**GRAFICO N° 3:** Histograma de frecuencia general



**FUENTE:** Instrumento de recolección de información

El gráfico, representa la estadística descriptiva (media aritmética) de los aspectos citados en la encuesta aplicada, calificada por los usuarios en una escala con una ponderación de 1 (“nunca”) a 7 (“siempre”). Los resultados pueden ser interpretados como la importancia relativa atribuida por los usuarios a la atención de enfermería recibida. De acuerdo a lo observado se evidencia una percepción general positiva de la acción de enfermería profesional, en la localidad rural costera de la comuna de Valdivia.

Los encuestados han recibido atención de salud por parte de enfermeras del CESFAM Niebla, de los centro de salud familiar “Las Animas” y “Gil de Castro” de Valdivia y sólo un bajo porcentaje, no superior al 3% a recibido atención de salud de nivel primario en otras regiones del país.

Esta investigación se dividió en tres áreas, afectiva, conocimiento y comportamiento, las que a continuación se detallan con detenimiento.

### 5.2.1 AREA AFECTIVA:

Esta área está constituida por las 5 primeras preguntas de la encuesta, las que se recuerdan para efectos del estudio, área afectiva se define como: *“La emotividad que impregna las ideas y se asocia con estados agradables o desagradables, (Respuestas emocionales), hacia una situación o persona constituido fundamentalmente por sentimientos positivos o negativos”*.

A continuación, se presenta un consolidado de las respuestas en el área afectiva.

**TABLA N°2:** Media y desviación estándar de las variables de satisfacción, para el área afectiva

Ítem por Área	Preguntas	Media Arit.	Desv. Estándar
Afectiva	1.-En todos los establecimientos que he sido atendido(a), por una enfermera, lo primero que hace es saludarme y preguntar cómo me siento.	6	2
	2.-En todos los establecimientos en que he sido atendido(a), la enfermera me llama por mi nombre, en forma espontánea y cortés.	6	2
	3.- La enfermera se preocupa de mis problemas físicos, así como de mis necesidades emocionales que provocan mi enfermedad y tratamiento.	6	2
	4.-En todos los establecimientos en que he recibido atención, la Enfermera me escucha atentamente cuando le cuento mis problemas de salud.	6	2
	5.-En todos los establecimientos que he recibido atención, la enfermera me brinda la oportunidad de expresarle mis preocupaciones y temores.	6	2

**FUENTE:** Instrumento de recolección de información.

Del análisis del cuadro, se puede inferir que uniformemente, las medias aritméticas se presentan con ponderaciones de 6 puntos, con una desviación estándar de 2 pts. Deduciendo que la visión general de los usuarios es favorable, existiendo una movilidad de las respuestas que van entre, “la mitad de las veces” y “siempre”, dado esto se considera que el área afectiva posee características positivas en la población estudiada, por lo que se estima que la imagen de la enfermera profesional, es percibido como un agente de salud afectuoso, respetuoso y empático.

### 5.2.2 AREA CONOCIMIENTO:

Esta área está constituida por las preguntas N° 6 – 11 del instrumento de recolección de información, de acuerdo a los objetivos de esta investigación, conocimiento se define como: “*Información, conocimiento, creencias, ideas, de una persona respecto de un objeto o situación*”. Las preguntas de esta sección, están orientadas hacia la percepción que tiene el usuario acerca del respeto por sus propias creencias, en medicina tradicional mapuche y/o hacia la medicina popular.

A continuación, se presenta un consolidado de las respuestas en el área conocimiento.

**TABLA N°3:** Media y desviación estándar de las variables de satisfacción, para el área conocimiento.

Área	Preguntas	Media Arit.	Desv. Estándar.
Conocimiento	6.- He recibido consejos para cuidar mi salud con tratamientos en medicina popular, por parte de la enfermera.	5	3
	7.- Son respetadas mis creencias frente a tratamientos de salud basados en medicina popular, en centros de salud primaria.	6	2
	8.-Cuando estoy enferma(o) y me siento muy mal, prefiero ir donde otro agente de salud, como un machi o hierbatero, ya que le tengo más confianza y me trata mejor.	2	2
	9.-Son respetadas mis creencias frente a tratamientos de salud basados en medicina tradicional mapuche.	5	1
	10.-He recibido consejos para cuidar mi salud con tratamientos basados en medicina mapuche, por parte de alguna enfermera de atención primaria.	3	2
	11.-He tenido la oportunidad de participar de reuniones entre el equipo de salud y la comunidad para mejorar la atención de salud.	4	3

**FUENTE:** Instrumento de recolección de información.

La pregunta N°7 presenta la media más elevada con una ponderación de 6 puntos, lo que hace suponer un conocimiento heredado del manejo de la medicina popular, las preguntas N° 6 y 9 poseen ponderaciones de 5 puntos, preguntas dirigidas hacia las creencias en medicina mapuche y el haber recibido consejos por parte de una enfermera, sobre tratamientos basados en medicina popular, con desviaciones estándar entre 1 y 3 puntos, lo que hace pensar que no existe en la comunidad una clara diferenciación entre la medicina mapuche y la medicina popular. Además, se puede inferir que la enfermera posee capacidad empática y respeto por esta cultural en particular, y no una imposición cultural de parte del equipo profesional de enfermería, del modelo médico oficial.

En esta misma área, cuando se pregunta la preferencia para acudir a otro agente de salud como un machi o hierbatero cuando se sienten mal, por mayor confianza y mejor trato, se obtuvieron ponderaciones bastante bajas, con una media de 2 puntos y una variación estándar de 2 pts, además para ésta se adoso un espacio para que el paciente pudiera fundamentar su respuesta y existiendo un consenso general del 90% de las respuestas, (37 personas) consideran a las machis como:

- “Son personas que no tienen el poder para curar a la gente”.
- “Sólo buscan sacar dinero”.
- “Sólo Dios tiene el poder de sanar a las personas”.
- “Los machis no tienen estudios como los médicos, enfermeras o matronas por eso no confío en ellos”.
- “No hay claridad cuando una machi miente y cuando dice la verdad, no son personas para confiar”.
- “No tengo conocimientos de las tradiciones mapuches por eso no puedo creer en ese tipo de medicina”.

Este último punto, es el que más se repite como fundamento para no creer ni acudir a visitar a una machi en caso de enfermedad.

Sólo un 10% de la muestra encuestada, (4 personas) contestó en forma positiva a esta pregunta, entregando fundamentos tales como:

- “Soy mapuche y creo en ellas”.
- “Me gustaría que viniera una machi a atender los días de ronda, junto al equipo médico, como se hace en Temuco, aquí también podría hacerse así, para la gente que cree en esto”.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede inferir que la comunidad estudiada posee un bajo arraigo cultural mapuche, ya que tan sólo un 10% de los encuestados afirman que acudirían en caso de enfermedad a una machi, y se considera perteneciente a la etnia mapuche.

Para la pregunta N°10 “Ha recibido consejos para cuidar su salud con tratamientos basados en medicina mapuche, por parte de alguna enfermera de atención primaria”. Obtuvo una media de 3 puntos con una desviación estándar de 3. Lo cual hace suponer que la comunidad tiene una visión de tipo negativa e indiferente frente a este tema.



Para la pregunta N°11 que se refiere a la participación que tiene la comunidad en salud, se obtuvo una media de 4 puntos, lo que manifiesta que esta comunidad se muestra indiferente frente a estos temas y se presentan pasivos en la recepción de sus cuidados en salud.

### 5.2.3 AREA COMPORTAMIENTO:

La definición asignada en este estudio al área comportamiento corresponde a: “*Conducta, modo de gobernar su vida y dirigir sus actos una persona*”.

A continuación, se presenta un consolidado de las respuestas en el área comportamiento.

**TABLA N°4:** Media y desviación estándar de las variables de satisfacción, para el área comportamiento.

Área	Pregunta	Media Arit.	Desv. Estándar
Comportamiento	12.-En los centros de salud en que he recibido atención, la enfermera se molesta cuando falto a los controles de salud, porque le altero el turno programado de los pacientes.	5	3
	13.- La enfermera me hace recordar las indicaciones de mi tratamiento amablemente.	7	1
	14.- La enfermera me repite constantemente todo lo que debería hacer a pesar de que ya no soy un niño (a).	5	3
	15.- Cuando reacciono agresivamente, la enfermera se preocupa por averiguar el motivo de mi comportamiento.	4	2
	16.- Generalmente, la Enfermera me atiende tan rápido que no puedo preguntarle sobre el tratamiento que voy a recibir.	3	2
	17.- Estoy satisfecho(a) con la atención de salud entregada por enfermeras, en los diferentes establecimientos en que sido atendido(a)	7	1

**FUENTE:** Instrumento de recolección de información.

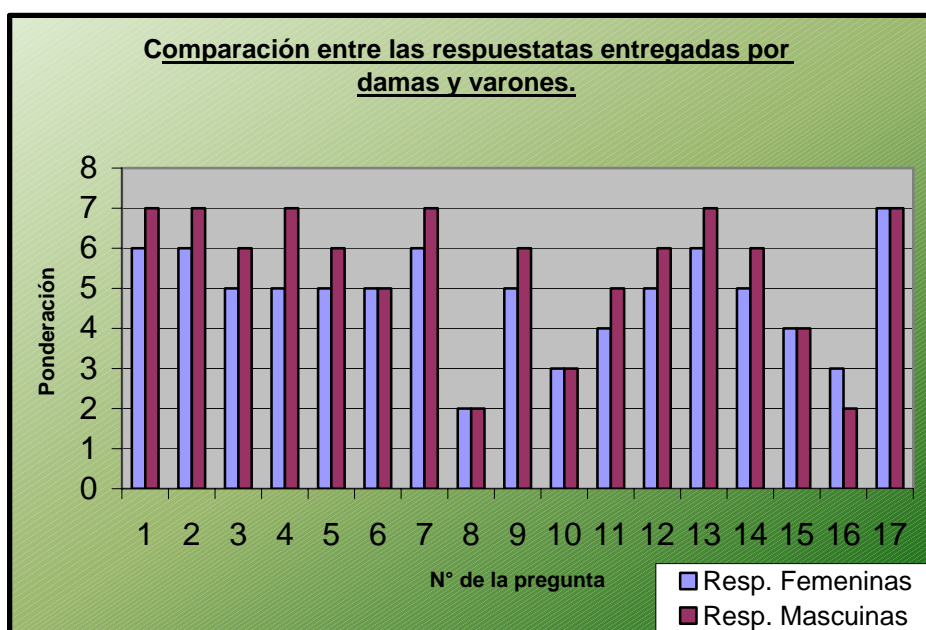
La pregunta N°16 que esta dirigida a saber si se presentan conductas de tipo negativo en la enfermera, obtuvo ponderaciones bajas, lo cual es considerado favorable, dado que esto se traduce en una percepción por parte de la comunidad, de que el tiempo dedicado para efectuar los controles de salud es suficiente y completo

Además, se observa una tendencia hacia lo positivo en las respuestas generales, para las preguntas 12, 13 14 y 17 presentando ponderaciones entre los 5 y 7 puntos, lo cual demuestra que la comunidad percibe que el comportamiento de la enfermera a la hora de efectuar los controles de salud como favorable. Para la pregunta N°15 que se refiere a la

capacidad que presenta la enfermera por averiguar el motivo de un comportamiento agresivo por parte de un paciente en un control de salud, obtuvo una ponderación promedio de 4 puntos, lo cual cabe en el rango de indiferencia, deduciendo que la comunidad presenta un comportamiento aplacible y que no está en sus características la agresividad, por esto no ha sido necesaria la intervención de la enfermera, también es destacable la ponderación obtenida en la pregunta 17, que deduce una satisfacción generalizada en la comunidad con la atención entregada por enfermería.

Se presenta a continuación un gráfico con la movilidad de las respuestas según género, para identificar si existen diferencias según esta variable.

**GRAFICO N° 4:** Comparación entre las respuestas entregadas por damas y varones

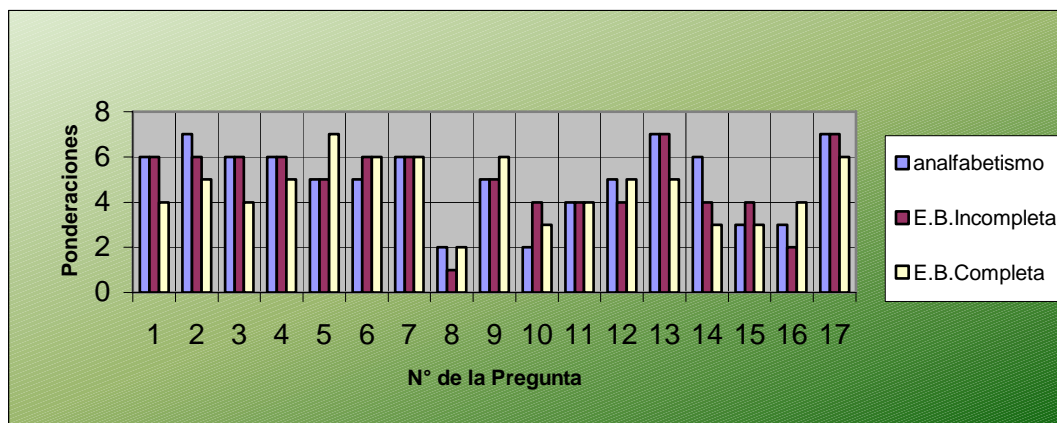


**FUENTE:** Instrumento de recolección de información, Anexo3, Tabla N°8.

Al comparar las respuestas por sexo, entregadas a las variables en estudio, se puede observar que las respuestas entregadas por los individuos de sexo masculino son de carácter positivo en comparación con las respuestas entregadas por las mujeres, pero aún así, no difieren en más de un punto de diferencia ponderal.

A continuación se presentan gráficos, para identificar si existen diferencias considerables según el nivel educacional de los encuestados.

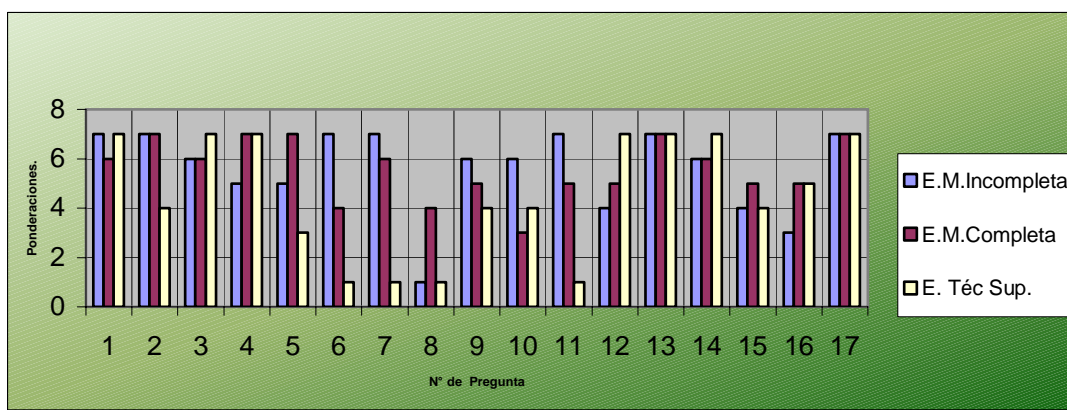
**GRAFICO N°5: Histograma de frecuencia según nivel educacional N°1**



**FUENTE:** Instrumento de recolección de información, Anexo3, Tabla N°9

Al observar el histograma, se puede comprobar que aquellos individuos que poseen menor nivel educacional los cuales son más del 60% de la muestra encuestada, presentan respuestas de tipo positivas en la mayoría de sus respuestas, en oposición a aquellos individuos de mayor escolaridad, como la educación básica completa quienes resultan ser más críticos frente a las preguntas realizadas

**GRAFICO N°6: Histograma de frecuencia, según nivel educacional N°2**



**FUENTE:** Instrumento de recolección de información. Anexo3, Tabla N° 10.

Se refleja en el histograma que el grupo de individuos de mayor escolaridad siguen siendo más críticos la hora de emitir juicios, lo que se ve reflejado en las respuestas del área conocimiento (preguntas N° 6-11).

## 6. DISCUSIÓN.

Al analizar las características sociodemográficas de la muestra seleccionada, nos encontramos con el hecho, de que la población de las localidades más apartadas, cuentan con un nivel de analfabetismo mucho más elevado, del total de inscritos en el CESFAM Niebla sólo un 4.52% cabe en este rango, en cambio entre la muestra, el 29% son analfabetos, lo que supera 6 veces el índice anterior, lo que podría estar influenciado por las dificultades de acceso, alta ruralidad, etc.

A partir de los resultados obtenidos, se puede inferir que la percepción usuaria, de los pacientes con ancestro mapuche hacia la atención de enfermería recibida, es de carácter positivo, lo cual podría estar determinado, por la incorporación del enfoque de salud familiar y el enfoque intercultural que las enfermeras del CESFAM Niebla entregan en los controles de salud. Ahora en lo que se refiere, si la comunidad utiliza la medicina popular, se puede observar un comportamiento homogéneo, que efectivamente es utilizada, pero no así la medicina mapuche, posiblemente por influencia de tipo religioso y/o por un proceso de asimilación cultural occidental, como también podría estar dado porque en la localidad no existen machis reconocidas por la comunidad.

Además, se puede observar que existe respeto por las creencias en salud de la comunidad por parte del equipo profesional de enfermería, ya que las preguntas dirigidas a averiguar esta condición, obtuvieron una buena ponderación. En lo que se refiere al grado de satisfacción respecto a la atención de salud entregada por enfermería, también es uno de los ítem de mayor ponderación promedio de 7 puntos, lo que deduce un grado de satisfacción máximo en este aspecto.

*Afirmaciones de Kraster, A. Julio 2003: “El hecho de que la medicina moderna u occidental este completamente instalada en la sociedad implica que cada vez menos mapuche acude a visitar a los sanadores locales. Las razones para esto pueden ser encontradas en el hecho de que el médico ha estudiado en la universidad. Por lo tanto, aunque muchos mapuche escogen tratarse con un médico, aún así los mapuche piensan que es importante que un tratamiento considere el cuerpo y el espíritu”.*

*Tres son las principales razones por las cuales el sistema de salud occidental es escogido sobre la forma tradicional del cuidado de la salud*

1. *Dinero: La medicina occidental, es a menudo escogida sobre la medicina tradicional por su costo. Consultar a un doctor o una machi no es tan caro, lo es sin embargo el tratamiento posterior. Los costos incurridos en un hospital son cubiertos por el sistema previsional. El seguro no cubre el tratamiento cuando éste es realizado por una machi. Una ceremonia de curación tradicional, como el machitún, puede costar hasta 100.000 pesos.*

2. *Educación: En las escuelas se enseña a visitar a los doctores en caso de enfermedad*

3. *Religión: Dado que parte de los Mapuche se convirtió al Catolicismo o Protestantismo, resulta evidente que cada vez menos los Mapuche piensan que pueden ser afectados por enfermedades de origen Mapuche (Mapuche Kutran), enfermedades que forman parte de la religión Mapuche y que son causadas por influencias sobrenaturales o mágicas (Weda Kutran).*

Se correlaciona directamente con una de las preguntas efectuadas en este estudio, ya que para la pregunta N°8 “*Cuando estoy enferma(o) y me siento muy mal, prefiero ir donde otro agente de salud como un machi o hierbatero, ya que le tengo más confianza y me trata mejor*”, que fue la que obtuvo la ponderación más baja, y entre los fundamentos que se dieron están:

- “Son personas que no tienen el poder para curar a la gente”.
- “Sólo buscan sacar dinero”.
- “Sólo Dios tiene el poder de sanar a las personas”.
- “Los machis no tienen estudios como los médicos, enfermeras o matronas por eso no confío en ellos”.
- “No hay claridad cuando una machi miente y cuando dice la verdad, no son personas para confiar”.
- “No tengo conocimientos de las tradiciones mapuches, por eso no puedo creer en ese tipo de medicina”.

De acuerdo a lo antes descrito, se deduce, que los resultados obtenidos en la comunidad en que se realizó el estudio concuerdan con las afirmaciones Kraster, cuando se considera al dinero como un factor importante para no acudir a visitar a una machi, y se piensa que los profesionales de la salud por tener educación universitaria son más confiables que un sanador local, y a la hora de decir que “sólo Dios tiene el poder de sanar a la gente”, se está vislumbrando que existe una influencia sustantiva, de tipo religioso en el modo de pensar y actuar.

Dado los resultados obtenidos, se puede inferir que la comunidad estudiada posee un bajo arraigo cultural, hacia la cultura mapuche, no conocen los ritos ni tradiciones de su propia cultura, ni poseen una identidad propia, a excepción de algunos individuos, siendo éstos dignos de rescatar en la comunidad, para que actúen como mediadores o impulsores del rescate de su identidad territorial y cultural.

Madelaine Leininger, desarrolló una teoría en la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar mejor, el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Así pues, los cuidados culturales constituyen la teoría de enfermería más ampliamente holística, debido a que toman en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales. (Marriner-Tomey Ann, 1994,p.427-428).

El propósito de la Enfermería intercultural, es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo el objetivo de la enfermería, proporcionar cuidados culturalmente apropiados. Cuando estas proposiciones y objetivos se mantengan, entonces las personas que cuidemos no experimentarán situaciones negativas como la imposición cultural o etnocentrismo.

Dentro de los supuestos principales de la teoría de Leininger se define uno en particular: *“Las conductas, los objetivos y la función de los cuidados varían de una cultura a otra debido a la estructura social, la visión del mundo y los valores culturales de las personas de diferentes culturas”*, esta afirmación aplicada a esta investigación, lleva a pensar que la muestra seleccionada por sus particularidades podría tener una identidad cultural propia en salud, y de acuerdo a los resultados obtenidos, esta se acerca a la medicina popular.

Dentro de las afirmaciones teóricas de la teoría de Leininger, una de ellas en particular plantea: *“Cuanto más dependa el personal de enfermería de actividades y labores de tipo tecnológico, mayores serán los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción del paciente”*, esta afirmación es totalmente aplicable a la realidad de las comunidades estudiadas, ya que el personal de enfermería de atención primaria que los atiende, no cuenta con demasiado equipo tecnológico para realizar sus actividades, pero a pesar de ello, se evidencia que el paciente está satisfecho con la calidad de atención entregada por el equipo profesional de enfermería.

Otra de las afirmaciones teóricas dice: *“Cuando las intervenciones de enfermería proporcionen cuidados específicamente adaptados a la cultura de los pacientes, éstos mostrarán signos positivos de satisfacción”*, también es aplicable a la investigación, ya que el personal de enfermería, de acuerdo a los resultados obtenidos, está entregando en los controles de salud, medidas de cuidados y tratamiento basados en medicina popular, que es la de mayor arraigo en la comunidad estudiada, por lo tanto, ésta presenta signos positivos de satisfacción, en la atención recibida.

## 7. CONCLUSIONES.

De acuerdo, a los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que:

Un alto porcentaje de la muestra estudiada es analfabeta con relación al total de inscritos del CESFAM Niebla. De la muestra un 80% corresponde a individuos de sexo femenino y un 20% al sexo masculino, de los encuestados un 22% son adultos jóvenes, un 46% Adulto medio, 27% adultos mayores y un 5% senescentes.

En general, para el área afectiva se vislumbra una percepción de tipo positiva hacia el rol que cumple la enfermera durante los controles de salud, lo que la caracteriza como un agente de salud del ámbito de la medicina oficial, empático, carismático y respetuoso de las creencias de las personas que atiende.

Para el área conocimientos, se pudo pesquisar que la comunidad estudiada, posee escaso arraigo cultural hacia la etnia mapuche, a pesar que de los individuos seleccionados en la muestra, poseen ambos apellidos pertenecientes a esta etnia, como el estudio que se realizó es de tipo cuantitativo, creo que no es pertinente dar como cerrada esta conclusión y sería necesaria una futura investigación de tipo cualitativa fenomenológica, en la cual se pueda interactuar con mayor sutileza entre el investigador y la comunidad, para determinar con detenimiento el tema abordado. En lo que se refiere a las prácticas de salud, la medicina popular, es la más difundida en la comunidad, en cambio, la medicina mapuche no es practicada, difundida, ni mayormente conocida, lo cual podría deberse a que en la comunidad no existe una clara diferenciación entre ambos modelos médicos, lo que sumado a influencias de tipo religioso, y quizás a un proceso de asimilación cultural occidental, ha hecho que la comunidad esté perdiendo sus tradiciones ancestrales en el ámbito de la salud.

En el área comportamiento, se pudo observar que la comunidad percibe a la enfermera como un profesional correcto a la hora de atender al paciente, amable al hacer recordar las indicaciones de los tratamientos a seguir, además estima que el tiempo dedicado a los controles de salud es suficiente, situación que puede estar influenciada por el compromiso de las enfermeras en incorporar los enfoques en salud familiar e intercultural en la práctica profesional lo que se traduce en una adecuada satisfacción usuaria, en la atención de enfermería recibida en los diferentes establecimientos de atención primaria.

Con esta investigación también se pudo demostrar la importancia de incluir en el ejercicio profesional, los modelos y teorías de enfermería, debido a la organización que proporcionan para pensar, observar e interpretar los fenómenos que ocurren en la comunidad. En este caso, se trabajó con la teoría de Cuidados Culturales de Madelaine Leininger, en donde fue posible aplicar a la realidad local, algunos de los supuestos principales de su teoría, para corroborar, que cuando se entregan cuidados de enfermería acordes a las necesidades propias de cada cultura, se obtienen mejores resultados en cuanto a la satisfacción del paciente con el modelo de atención de enfermería entregado.

Con lo anteriormente citado, queda de manifiesto la necesidad de liderar procesos de evaluación de la calidad de atención de enfermería, conocer los itinerarios terapéuticos de los pacientes, para planificar un sistema de atención en salud adecuado a la realidad local.



## 8. BIBLIOGRAFÍA.

Andreoli KG, Thompson CE. (1977) “The nature of science in nursing” U.S.A. editorial Image

Bacigalupo, A. (1993) “Variación del rol de machi dentro de la cultura Mapuche: tipología geográfica, adaptativa e iniciática”. Revista Chilena de Antropología, volumen 12. <[www.uchile.cl/facultades/csociales/antropo/rch12-4.htm](http://www.uchile.cl/facultades/csociales/antropo/rch12-4.htm)> (31 Agosto 2004)

Barra Arias, R. (2003) Universidad Austral de Chile, Instituto de Salud Pública, apuntes de clases curso de administración.

Citarella, Luca et al. (2000) “Medicinas y culturas en la Araucanía”. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.

Faron, L. C. (1964) “Hawks of the Sun. Mapuche Morality and Its Ritual Attributes. Pittsburgh”: University of Pittsburgh Press.

Faron, L (1997), Antupaiñamko. “Moral y ritual mapuche”. Editorial nuevo extremo. Santiago, Chile.

Fawcett J. (1984), “Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing” Philadelphia Editorial FA Davis

Hayes B. (1999) “Cómo medir la satisfacción del cliente”. Editorial Oxford University Press México, S.A., 2º Edición, México. Cap.4.

Hernandez, M; Mareasa, I; Nesman, m T, Burns, D. (1998)” Perspectives on Culturally Competent System of Care, en Promoting Cultural competence in Children’s Mental Health Services”, P. Brookes Publishing Co. USA.

Ibacache, Burgos, J. (1998) “La Salud, el Desarrollo y la Equidad en un Contexto Intercultural”. < <http://www.xs4all.nl/~rehue/ar/iba1.html>> (31 Agosto 2004)

Kleinman, A. (1980) “Patients and Healers in the Context of Culture; An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry”. Los Angeles, University of California Press.

Kraster A. (Julio 2003) “El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche: Comportamiento y Percepción”. <[www.mapuche.nl](http://www.mapuche.nl)>(25 agosto 2004)

Leal R. y Paineicura J.A, SIT Fall 2003-Chile. “No Somos una Caja, Somos un Todo, El Impacto de los Efectos Sociales de Globalización en la Crisis de la Salud del Pueblo Mapuche” <[www.Salud y Historia Mapuche.htm](http://www.Salud y Historia Mapuche.htm)>

Leddy S., Pepper M.J. (1989) “Bases conceptuales de la enfermería profesional”. B. Lippincott Company. Filadelfia. Cap. 8,p.159- Cap.13 p.276-277

Marriner-Tomey A.(1994). “Modelos y teorías de enfermería”. Editorial Mosby-Doyma. 3º Edición. España. Pág.425-439.

MINISTERIO DE SALUD-CHILE, (2004), “Programa de salud y pueblos indígenas”, <<http://www.minsal.cl>>, (20 Agosto 2004).

Montecino, S. (1995) “Sol viejo, Sol vieja. Lo femenino en las representaciones Mapuche”. Colección Mujeres en la Cultura Chilena. Santiago, Ediciones SERNAM.

Oyarce, A. (1988) “La Salud entre Mapuches”. In: Experiencia No. 3: 1 – 44. Panamerican Health Organisation (OPS) (1993) *Resolution V – Health of Indigenous Peoples*. <<http://www.paho.org>> ( 28 agosto 2004).

Oyarce, A. (1996) “Política intercultural en salud: Elementos de una propuesta”. En primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas, Región de la Araucanía. Saavedra. Minsal. Servicio de salud Araucanía.

Parquer, C (1992) “Animitas, machis y santiguadoras de Chile”, Editorial Rehue, Cerc, Santiago, Chile.

# **ANEXOS.**

**ANEXOS N°1:** Instrumento de recolección de información.



Universidad Austral de Chile  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería.

**ENCUESTA DE OPINIÓN.**

El siguiente instrumento forma parte de una investigación, de la Srta. Roxana Moyano Adriazola, tesista del Instituto de Enfermería de la Universidad Austral de Chile

La presente encuesta está dirigida a conocer cuál es su opinión frente a algunos temas de salud, por ello es de vital importancia sus puntos de vista u opinión frente a la atención que usted ha recibido. Le agradecería si facilitará unos minutos de su tiempo para que pueda responder las siguientes preguntas. **ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA QUE LA ENCUESTA ES TOTALMENTE ANÓNIMA Y QUE POR TANTO SUS RESPUESTAS SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES.** Si usted está de acuerdo en que su opinión sea utilizada para esta investigación, por favor conteste de la forma más sincera.

**ÍTEM I:** Marque con una cruz sólo una de las alternativas en el casillero correspondiente a su respuesta:

Sexo: Masculino   
Femenino

Edad: a) Entre 20 y 39 años  
b) Entre 40 y 59 años  
c) Entre 60 y 79 años  
d) Entre 80 y más años

Escolaridad: a) Analfabeto  
b) Educación básica incompleta.  
c) Educación básica completa  
d) Educación media incompleta  
e) Educación media completa  
f) Educación técnico superior  
g) Educación superior universitaria

**INSTRUCCIONES:** El presente documento ha sido diseñado para contestarlo en un tiempo no superior a 20 minutos. Por lo tanto, considerando su experiencia en los servicios de atención primaria (consultorios, postas, estaciones medico rurales y centros de salud familiar urbanos y rurales) Por favor entregue su opinión sobre las afirmaciones que se le proponen de acuerdo a la escala indicada.

**ÍTEM II:** Marque con una cruz sólo una de las alternativas:

<b>Ítem</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Mitad de las veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.-En todos los establecimientos que he sido atendido(a), por una enfermera, lo primero que hace es saludarme y preguntar cómo me siento	1	2	3	4	5	6	7
2.-En todos los establecimientos en que he sido atendido(a), la enfermera me llama por mi nombre, en forma espontánea y cortés.	1	2	3	4	5	6	7
3.- La enfermera se preocupa de mis problemas físicos, así como de las necesidades emocionales que producen u originan mi enfermedad y tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
4.-En todos los establecimientos en que he recibido atención, la enfermera me escucha atentamente cuando le cuento mis problemas de salud	1	2	3	4	5	6	7
5.-En todos los establecimientos que he recibido atención, la enfermera me brinda la oportunidad de expresarle mis preocupaciones y temores	1	2	3	4	5	6	7
6.- He recibido consejos para cuidar mi salud con tratamientos en medicina popular, por parte de la enfermera	1	2	3	4	5	6	7
7.- Son respetadas mis creencias frente a tratamientos de salud basados en medicina popular, en centros de salud primaria	1	2	3	4	5	6	7
8.-Cuando estoy enferma(o) y me siento muy mal, prefiero ir donde otro agente de salud como un machi o hierbatero, ya que le tengo más confianza y me trata mejor.	1	2	3	4	5	6	7
9.-Son respetadas mis creencias frente a tratamientos de salud basados en medicina tradicional mapuche	1	2	3	4	5	6	7

10.-He recibido consejos para cuidar mi salud con tratamientos basados en medicina mapuche, por parte de alguna enfermera de atención primaria	1	2	3	4	5	6	7
11.-He tenido la oportunidad de participar de reuniones entre el equipo de salud y la comunidad para mejorar la atención de salud	1	2	3	4	5	6	7
12.-En los centros de salud en que he recibido atención, la enfermera se molesta cuando falto a los controles de salud, porque la altero le turno programado de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
13.- La enfermera me hace recordar las indicaciones de mi tratamiento amablemente.	1	2	3	4	5	6	7
14.- La enfermera me repite constantemente todo lo que debería hacer a pesar de que ya no soy un niño (a).	1	2	3	4	5	6	7
15.- Cuando reacciono agresivamente la enfermera se preocupa por averiguar el motivo de mi comportamiento.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Generalmente, la enfermera me atiende tan rápido que no puedo preguntarle sobre el tratamiento que voy a recibir.	1	2	3	4	5	6	7
17.- Estoy satisfecho(a) con la atención de salud entregada por enfermeras, en los diferentes establecimientos en que sido atendido(a)	1	2	3	4	5	6	7

***“Muchas gracias por contestar la encuesta”***

**ANEXO N°2:** Características sociodemográficas de la población.

**TABLA N°5:** Distribución numérica y porcentual, según sexo, de la población estudiada

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	33	80
Masculino	8	20
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**TABLA N°6:** Distribución numérica y porcentual, según edad y escolaridad de los encuestados.

<b>Escolaridad</b>	<b>Edad (años)</b>				<b>Total</b>	<b>%</b>
	20-39	40-59	60-79	80 y+		
Analfabeto	2	5	4	1	<b>12</b>	<b>29</b>
E.B. Incompleta	4	5	6	0	<b>15</b>	<b>37</b>
E:B:Completa	0	5	0	1	<b>6</b>	<b>15</b>
E:M:Incompleta	1	2	0	0	<b>3</b>	<b>7</b>
E:M:Completa	1	2	1	0	<b>4</b>	<b>10</b>
E:T:S	1	0	0	0	<b>1</b>	<b>2</b>
E:Sup. Universitaria	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**TABLA N°7:** Distribución numérica y porcentual según edad de los encuestados.

<b>Edad (años)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
20-39	9	22
40-59	19	46
60-79	11	27
80 y +	2	5
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**ANEXO N°3: Tablas de datos de referencia de los histogramas.**

**TABLA N°8:** Media aritmética de las respuestas por área de estudio, según sexo.

Sexo	N° Pregunta																
	Afectiva					Conocimiento					Comportamiento						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Femenino	6	6	5	5	5	5	6	2	5	3	4	5	6	5	4	3	7
Masculino	7	7	6	7	6	5	7	2	6	3	5	6	7	6	4	2	7

**TABLA N° 9:** Media aritmética de las respuestas por área de estudio, según nivel educacional (Analfabeto, Ed. básica incompleta, Ed, básica completa)

Nivel Educacional	N° Pregunta																
	Afectiva					Conocimiento					Comportamiento						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Analfabetismo	6	7	6	6	5	5	6	2	5	2	4	5	7	6	3	3	7
E.B.Incompleta	6	6	6	6	5	6	6	1	5	4	4	4	7	4	4	2	7
E.B.Completa	4	5	4	5	7	6	6	2	6	3	4	5	5	3	3	4	6

**TABLA N°10:** Media aritmética de las respuestas por área de estudio, según nivel educacional (Ed. Media incompleta, Ed. Media completa, Ed. técnico superior)

Nivel Educacional	N° Pregunta																
	Afectiva					Conocimiento					Comportamiento						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
E.M.Incompleta	7	7	6	5	5	7	7	1	6	6	7	4	7	6	4	3	7
E.M.Completa	6	7	6	7	7	4	6	4	5	3	5	5	7	6	5	5	7
E. Téc Sup.	7	4	7	7	3	1	1	1	4	4	1	7	7	7	4	5	7