



**Universidad Austral de Chile.  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería.**

**UNA PROPUESTA DE POTENCIACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD  
INTERCULTURAL, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA  
TRANSCULTURAL**

*Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado de  
Licenciada en Enfermería*

**María Paz Cárcamo Ortiz  
Valdivia-Chile  
2009**

*Se agradece a:*

*Gobierno de Chile, a través del Servicio de Salud de Osorno, por el apoyo financiero para la realización de esta investigación.*

*Organización Ruka Mapu por su cooperación.*

*Mi familia y novio por su incondicional apoyo.*

*Docente patrocinante por su guía y apoyo durante esta investigación y toda la etapa universitaria.*

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sr. Ricardo Alexis Ayala Valenzuela.  
Profesión : Enfermero.  
Grados : Magíster (c) en Educación, mención Políticas y Gestión Educativas.  
Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina Universidad Austral de Chile.

Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Moira Holmqvist Curimil.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magíster (c) en Comunicación.  
Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina Universidad Austral de Chile.

Firma:

2) Nombre : Roberto Eduardo Morales Urra.  
Profesión : Antropólogo.  
Grados : Doctorado en Antropología Social.  
Instituto : Ciencias Sociales.  
Facultad : Filosofía y Humanidades Universidad Austral de Chile.

Firma :

Fecha de examen de grado:

## ÍNDICE

	<b>PÁGINA</b>
RESUMEN	5
SUMMARY	7
1. PREREFLEXIVO	8
2. ANTECEDENTES	10
3. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	51
4. DISEÑO METODOLÓGICO	52
5. ANÁLISIS DE DATOS	59
6. CONCLUSIONES	86
7. DISCUSIÓN	92
8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	102
9. REFERENCIAS	108
10. ANEXOS	114

## RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo principal realizar una evaluación de la necesidad de crear una política de salud con pertinencia sociocultural en el ámbito de la salud mental de un sector mapuche huilliche de la Provincia de Osorno, que permita la comprensión de las prácticas de salud en la población de estudio, mediante el análisis hermenéutico y de las formas culturales de los actores. Este trabajo forma parte de un proyecto de mayor envergadura, que se realiza en conjunto con una estudiante de la carrera de antropología. Para llevarla a cabo, se utilizó un plan de investigación cualitativa etnográfica, apoyada de herramientas metodológicas como la entrevista semiestructurada y el Focus Group.

La selección de la muestra a estudiar, se realizó de manera al azar y estratificada, ya que de la lista de personas que pertenecen al programa de salud mental de un consultorio de Rahue, se escogieron de manera aleatoria, teniendo la consideración de que fueran de distintos grupos étnicos y que pertenezcan al área de depresión.

Una vez que se obtuvieron los discursos, se analizaron los datos de acuerdo al tipo de investigación cualitativa etnográfica, según la metodología de Spradley. Los resultados obtenidos fueron comparados con distintos estudios relacionados con el tema intercultural y con teoría de enfermería relacionada, en este caso la de Madeleine Leininger.

De acuerdo a los resultados, luego de observar todas las características de la cultura de los participantes, es posible inferir que el mapuche urbano mantiene ya muy pocas costumbres de su cultura de origen, pese a que se autodefinen como mapuche, creándose una nueva construcción del proceso de salud y enfermedad, específicamente en el ámbito de la salud mental, la que ya no es atribuida a fenómenos mágicos o agentes sobrenaturales, sino que a causas correspondientes a una visión occidental claramente definidas por los sujetos. Además se han adaptado a las políticas de atención en el área de la depresión sin problema, señalando estar conformes con la ayuda recibida por parte de los profesionales, recurriendo en primera instancia al médico si se presenta un problema de salud. Sin embargo, pese a que señalan que la depresión sólo puede ser curada por la medicina occidental, aún permanece como parte de su patrimonio cultural las creencias de enfermedades que los médicos no pueden entender y por tanto sanar.

Si bien en el ámbito de la salud mental, no sería estrictamente necesario incorporar una política de salud intercultural, en relación a otros problemas de salud sí lo sería, por lo que se debería considerar, si se quiere entregar una atención integral al consultante, la opción de elegir qué tipo de atención requiere de acuerdo a las enfermedades que padezca. De esta forma, permitiremos también que las características culturales de este grupo étnico se mantengan, y no se pierdan en la urbanización de las comunidades.

## SUMMARY

The current research has as main purpose to carry out an evaluation about the need to create a health policy focus and significance on the sociocultural field related to the mental care of Mapuche huilliche people in the Osorno province, this research allows the comprehension about the health practices in the population observed by hermeneutic analysis and cultural ways. This paper takes part of a great importance project which is carried out by a group of students of anthropology carrier. To carry out this project, it was used in a qualitative and ethnography plan research of methodologics tools like the semi-structured interview and the focus group.

The selection of the sample to study, it was realized at random and stratified way, because the list of persons that belong to the mental care program of a consulting room of Rahue, They were selected at random way, having the consideration of that they are of different groups same age and belonging to depression area.

Once time obtained the speech, it was analyzed the data in accordance to the kind of ethnography qualitative investigation, about the spradley methodology. The results obtained were compared with different study related with the intercultural theme and with the nurse theory related, in this case Madeleine Leininger theory.

According to the results, after we to observe all the characteristics of participants culture is possible to deduce that the urban Mapuche keeps a few habits of his origin culture, in spite of they are defining themselves as Mapuche, creating itself a new construction of the process of health and illness, specifically in the field of the mental care is not attributed to magic phenomenon or supernatural agents. Besides they are adapted to the care policies in the depression with no problem. Indicating to be satisfied with the help received per part of these professionals, resorting at first instance to doctor if it shows a health trouble. However, despite they indicate that depression only can be cured by western medicine, still keep as part of their cultural beliefs of diseases that doctors cannot understand and therefore heal.

Though in the area of the mental care, it would not be strictly necessary to incorporate a policy of intercultural health, in relation to other health problems, it would be, but it should to consider, if we want to deliver an integral attention to the consultant, the option to choose what kind of attention he or she needs in agreement to the diseases that he or she suffers. This way, we will allow also that the cultural characteristics of this ethnic group should be kept, and do not get lost in the urbanization of the communities.

## 1. PREREFLEXIVO

Los aspectos propios de la cultura resultan fundamentales al momento de comprender los factores que influyen en el proceso de salud y enfermedad. A través de las características de la cultura de clientes y proveedores, es posible establecer lo que ambos esperan para este proceso, y así recuperar la salud de la población

En Chile, de acuerdo al Censo realizado por el Instituto nacional de estadísticas (2002), existen ocho pueblos indígenas, donde el mapuche corresponde al 87.3%. Dentro de estos pueblos, se encuentra el mapuche huilliche, habitando desde la Provincia de Valdivia hasta el sur de Chiloé. Específicamente en la ciudad de Osorno, existe una alta densidad de habitantes pertenecientes al pueblo mapuche huilliche, poblando en gran número el área urbana de la localidad.

Políticas de gobierno intentan rescatar las tradiciones de los pueblos originarios a través de distintas iniciativas, dentro de las cuales cuentan los Programas de Salud Intercultural destinados a mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la eliminación de barreras culturales y la ampliación del acceso físico a los servicios públicos. Osorno, pese a las ya mencionadas características de su población, carece de políticas de salud intercultural en los establecimientos del área. El Plan Nacional de Salud Mental implementado en el año 2000, tiene como propósito “contribuir a que las personas y grupos alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de lograr, el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, así como el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Departamento de salud mental, 2007), sin embargo, su modo de operar no se articula de forma intercultural.

Para poder conocer la real necesidad de establecer una política de salud intercultural en la atención en un programa de salud, como es el de salud mental, se realizó una investigación que evaluó las necesidades de este pueblo, definido para este caso al mapuche huilliche que habita el sector de Rahue, Osorno.

La relevancia de este estudio radica en que las investigaciones realizadas con anterioridad respecto al pueblo huilliche, se han centrado mayormente en los sectores rurales de la localidad, sin embargo, no se ha considerado el gran número que habita la zona urbana.



Esta carencia de información en relación al pueblo mapuche urbano de Osorno, es lo que ha motivado realizar esta tesis, que al mismo tiempo pretende cumplir con el requisito para optar al grado de Enfermería. Por otra parte, está inserta en un proyecto interdisciplinario de mayor envergadura, desarrollado junto a una estudiante de la carrera de Antropología, aspirando a significar un aporte concreto para la Salud Intercultural.

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 CUIDADOS CULTURALES: TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD

La teoría de la diversidad y la universalidad propuesta por Leininger (1978) citada por Welch (2003) procede de la Antropología y de la Enfermería. Señala a la Enfermería transcultural como una de las áreas más importantes de la Enfermería, que se basa en el análisis comparativo de las distintas culturas alrededor del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre salud y enfermedad y de los modelos de conducta, todo con el propósito de “desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y/o universal”.

Leininger (1978) citada por Welch (2003) sostiene además, que la asistencia sería la esencia de la Enfermería y la característica esencial de la disciplina, y que “dicha asistencia es un dominio complejo, engañoso y a menudo integrado en una estructura social y en otros aspectos de la cultura”. Ella se centró en la etnoenfermería para el desarrollo de la Enfermería transcultural, la que se centra en el estudio de las creencias, valores y prácticas usados en Enfermería de acuerdo a los conocimientos que posee sobre una cultura en particular, el lenguaje, experiencias y sistema de valores aplicados a fenómenos de Enfermería como la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Con la teoría transcultural y la Etnoenfermería basada en creencias émicas, es posible acceder al descubrimiento de cuidados basados en las personas, utilizando datos provenientes de ellos mismos y no de visiones externas.

La finalidad de esta teoría transcultural, consiste en descubrir los puntos de vista émicos, personales o culturales en relación a los cuidados, como son comprendidos y aplicados, a fin de constituir una base para la práctica asistencial. La idea es proporcionar a las personas cuidados responsables y coherentes culturalmente, analizando el sistema de valores, creencias, necesidades, etc.

Por otra parte, la teoría afirma que los diagnósticos, tanto médicos como de Enfermería, que no consideran dentro de sus bases al entorno cultural del individuo, podrían provocar serias consecuencias e incluso daños graves. Entonces, la valoración del entorno

cultural del paciente, se traducirá en la impresión por parte del individuo de recibir una “buena atención”, lo que se transforma en una fuerza de notable importancia (Leininger, 1978 citada por Welch, 2003).

Por tanto, la Enfermería transcultural es una disciplina específica, enfocada a las prácticas, significados y valores del cuidado, dentro de contextos culturales determinados, para descubrir y dar explicación a las formas en que un cuidado culturalmente pertinente contribuye al bienestar y a la salud de las personas, teniendo como finalidad, ayudarlas a enfrentar la muerte y las discapacidades (Leininger 1995, citado por Leininger 1997).

Así mismo, mientras la Antropología, Sociología y otras ciencias físicas y sociales ayudan a entender las culturas y a las personas, el objetivo principal de la Enfermería transcultural está en el fenómeno del cuidado desde la perspectiva de Enfermería (Leininger 1997, Leininger 1988, Leininger 1991a, Leininger 1991b, citados por Leininger 1997).

### **Modelo del Sol Naciente**

Leininger en su teoría transcultural, señala que la salud y la atención están influenciadas por elementos de orden social, como la tecnología, la religión y factores filosóficos, parentesco y sistemas sociales, valores culturales, y factores políticos, legales y educacionales. Este modelo está conformado por cuatro niveles. Los tres primeros constituyen las bases de conocimiento para entregar cuidados coherentes con la cultura. El primer nivel representa la visión del mundo y los sistemas sociales, permite el estudio de la naturaleza y los cuidados desde tres perspectivas, micro (individuos de una cultura); media (factores complejos de una cultura específica) y macro (fenómenos transversales en diversas culturas) (Fernández, 2006).

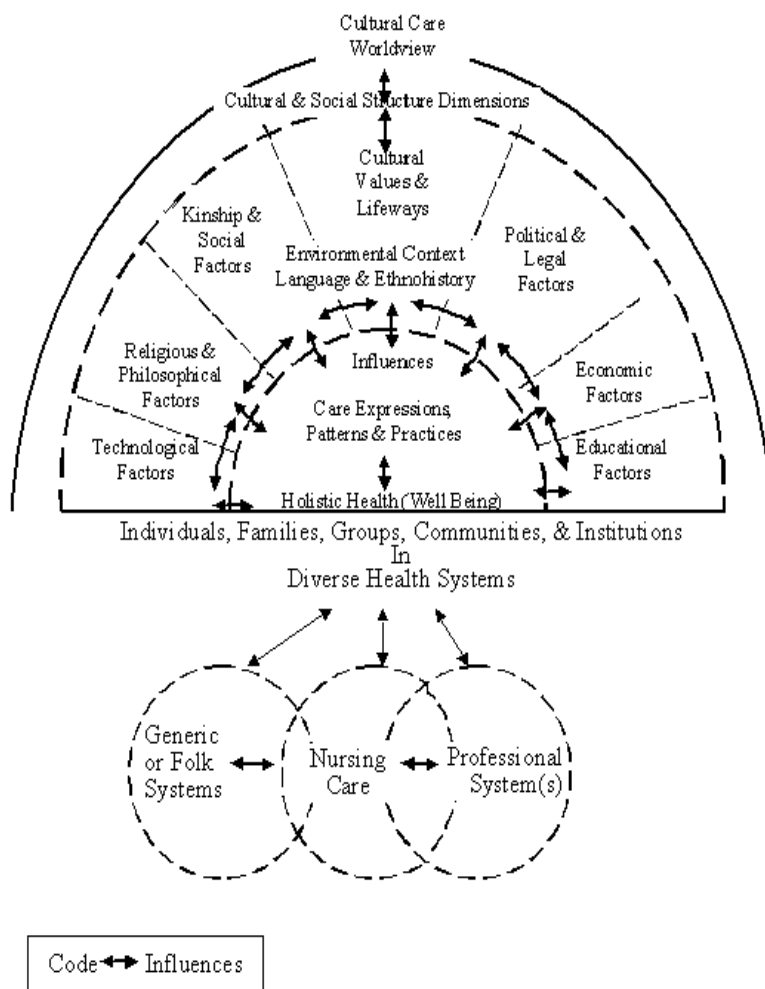
El segundo nivel, entrega información acerca de las personas, familias, grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud, en relación con los significados y expresiones específicas relacionados con los cuidados de la salud.

El tercer nivel brinda información sobre los sistemas tradicionales y profesionales, incluida la Enfermería, que están dentro de una cultura y permiten la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales (Fernández, 2006).

El cuarto nivel determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados por parte de Enfermería, y es aquí donde se desarrollan los cuidados culturalmente coherentes y se conceptualizan en tres formas de guiar las acciones:

- Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, la enfermera aquí considera las creencias de acuerdo a su cultura (ejemplo: té para dolor de estómago)
- Adecuación o negociación de los cuidados, la enfermera planifica, negocia con la persona y arregla las preferencias culturalmente pertinentes de la persona como los alimentos, etc.
- Rediseño de los cuidados culturales, aquí la enfermera es conocedora sobre el cuidado cultural de acuerdo a las características de la persona y desarrolla un plan de atención de Enfermería de acuerdo a sus necesidades (Fernández, 2006).

**La siguiente corresponde a una representación gráfica del Modelo del sol naciente propuesto por Leininger (1978).**



## 2.2 PUEBLOS ORIGINARIOS DE CHILE

Desde hace muchos años Chile, al igual que el resto de América, ha albergado a diversas agrupaciones humanas que subsistían principalmente gracias a la recolección y la caza. Estas agrupaciones, al evolucionar, se agruparon entre sí formando diferentes culturas, utilizando para su subsistencia los productos proporcionados por la naturaleza.

Con la llegada de los españoles, los pueblos, con religiones, lenguas y formas de organización, superaban al millón de personas, poblando desde el norte del Chile hasta Tierra del Fuego.

Dentro de los pueblos mencionados encontramos: los aymara y los atacameños por el norte que vivían de la agricultura (cultivo de papa y quínoa) y la ganadería de auquénidos (llamas y alpacas), los changos en la costa norte, los rapa nui en la Polinesia, los chonos, los kawéskar o alacalufes y los yámana o yaganes en los canales australes, vivían principalmente de la pesca y la recolección de moluscos. Por su parte, los mapuche, poblaban desde el Choapa por el norte hasta las islas de Chiloé por el sur, los aónikenk o tehuelches de la Patagonia y los sélknam de la isla de Tierra del Fuego, vivían del producto de la caza y la recolección (Aylwin, s/f).

Según el Censo realizado por el Instituto nacional de estadísticas (INE) (2002) en Chile existen los siguientes pueblos indígenas:

- 1.- Yámanas con un 0,2 %
- 2.- Rapanui 0,7%
- 3.- Quechua 0,9%
- 4.- Mapuche 87,3%
- 5.- Colla 0,5%
- 6.- Aymara 7,0%
- 7.- Atacameño 3,0% y
- 8.- Alacalufe 0,4%

Los mapuche constituyen uno de los más grandes pueblo indígenas de Sudamérica. Su historia ha girado en torno a guerras, desintegración de comunidades de reserva, bajo la presión que ejercieron sobre ellos los colonizadores chilenos. Por siglos fueron despojados de sus tierras y al ser vencidos en la rebelión de 1880-1882 su organización político militar se vio debilitada.

La conquista de los territorios produjo el re asentamiento de esta cultura en reducciones indígenas. Así surgen los títulos de merced que se otorgaban a familias extensas. Estos documentos eran de exclusividad del Estado chileno, por lo que el mapuche no podía comprar o vender las propiedades, generando como consecuencias:

- a) La conversión del mapuche en cazador y ganadero en agricultor.
  - b) Discriminación del campesino mapuche frente al resto del campesinado
  - c) Asentamiento del mapuche en estrechas reducciones.
  - d) Latifundio o predio capitalista - minifundio campesino preponderantemente mapuche.
- (Babarovic, 1987)

Luego de soportar cuatrocientos años de intentos por ser colonizados, puede comprenderse que en su interior se hayan generado ciertos cambios culturales. Gracias al aumento de su conciencia política, luego formaron un componente fuerte de la población chilena; son una minoría regional con conciencia étnica (Faron, 1997).

Luego se encontrarían inmovilizados en reservas pequeñas y dependían de la agricultura de sus terrenos. Sin embargo, a pesar de estas fuerzas destructoras, conservaron su integridad social y cultural, por lo que más que desaparecer formaron una sociedad mapuche más compleja que la que existía antes (Farón, 1997).

## **2.2.1 Los Huilliche <sup>1</sup>**

### **2.2.1.1 Tradiciones y costumbres**

Las tradiciones y costumbres son fundamentales en la vida del pueblo indígena, en especial el wiyiche. Son los hábitos permanentes los que han ido estableciendo el cimiento cultural que se ha transmitido de generación en generación.

- Rakiduum: es el pensamiento o filosofía mapuche, y es donde se concibe el ser mapuche. De acuerdo al rakiduum el mapuche construye su forma de vivir, pensar y sentir en torno a la tierra, definida como la *Ñuke Mapu* o “Madre Tierra”, y donde se genera la vida y la naturaleza. Esta es la cosmovisión cultural del pueblo y el cómo entienden el mundo.

- Kimun: ciencia o saber mapuche, el poseer conocimiento de las cosas y cómo interpretarlas y transmitirlos. Corresponde al conocimiento del arte, la medicina, tiempo y espacio, el che sugun y sus códigos, la historia y sus costumbres (Alvarez-Santullano, 2001).

---

<sup>1</sup> Se mostrará también como wiyiche, dependiendo del autor.

#### 2.2.1.1.1 La familia wiyiche

La familia se iniciaba con el *gapitun* (*piuke yeun*), matrimonio *wiyiche* normado por los vínculos de parentesco, que daban como resultado *müchuyas* o *lof*, una comunidad dirigida por el *lonko*, y que cultivaba la tierra en plena armonía con la naturaleza. Esta por ser el primer escalón de la sociedad *wiyiche*, estaba formada por varias familias emparentadas entre sí. Estaba compuesta por los abuelos, los padres e hijos. El padre se dedicaba al trabajo en el bosque y a la agricultura, la madre realizaba artesanía y la chacra, y ambos eran ayudados por sus hijos mayores. Los abuelos estaban en la *ruka*, a cargo del cuidado de animales y aves, y el cuidado y alimentación de los nietos, pero su labor más importante era la enseñanza de los nietos y transmitirles las costumbres, idioma y las funciones del hombre y la mujer definidos por la cultura (Alvarez-Santullano, 2001).

Koyaitun: tradición oral que transmite el *rakiduam*, el *kimun* y el *wimu*, labor realizada por los ancianos, quienes se encargaban de contar a los niños y jóvenes las historias y traspasar el conocimiento, al interior de la *ruka*, alrededor del *kütralwe* (fogón).

*Kûsou*: el trabajo, que corresponde a una relación permanente y armónica con la naturaleza.

Los sistemas de trabajos más importantes son:

- *Minga*: acción de reciprocidad entre familias y comuneros en el trabajo.
- *Mankün kûsou* o *wiñoltun kûsou*: “vuelta de mano” o acción de reciprocidad entre un comunero y otro en el trabajo.
- *Kiyatu piulun*: *minga* de hiladura que realizan las mujeres.
- *Koiupun* o *koiputun*: Acción de solicitar ayudantes para la realización de un trabajo determinado, como por ejemplo la saca de papas, donde el pago del trabajo de los *koipu* eran los *ayuntos* (mejores papas de la cosecha).
- *Chauki* y el *füchatu*: el primero corresponde al intercambio comercial o trueque, realizado entre comuneros. El segundo es la costumbre de intercambiar algunos productos alimenticios (Alvarez-Santullano, 2001).

#### 2.2.1.1.2 Vivienda y vestimentas

- Vivienda

La *ruka* ha sido el lugar en donde la familia mapuche realiza su vida, se conservan y transmiten las costumbres, junto al *kütral* que siempre debe estar encendido. La vivienda *wiyiche* era de forma rectangular, con la puerta principal mirando hacia el sol de oriente a poniente. Su estructura estaba formada de pilares y paredes de troncos partidos y plantados en hileras que formaban el rectángulo. El proceso de impermeabilización de la techumbre



construida con varas y lianas, y cubierta con hojas de chupón, era producto del mismo humo del fogón. En su interior la *ruka* tenía una sola pieza con el fogón en el centro y los demás utensilios y alimentos, en sus costados y esquinas (Alvarez-Santullano, 2001).

#### - Vestimentas

Confeccionadas con lana de oveja, la mayoría eran y son elaboradas en el vitral o telar y otras pequeñas a palillo.

La vestimenta de la mujer estaba conformada por el *kupitun* (vestido principal), el *traiwe* (faja), el *trarilonko* (cintillo), el *ükuya* (chal) y el *chiken* (enagua). El *kupitun* estaba confeccionado de lana de oveja tejido a telar y forma de poncho o manta, de una sola pieza y sólo con un orificio en el centro, su lana era teñida de color negro.

La vestimenta del hombre estaba conformada por el *trarawiya* (pantalón llamado de carro), que se hacía en tejido o “pikunto” o “llano” y se sostenía con una faja a la cintura o *trariwe wentru*, el *trariwe* (faja), el *koton* (chomba o túnica usada por los niños), el *chiñetu* (cintillo), el *makuñ* (poncho) y ojotas (calzado) (Alvarez-Santullano, 2001).

#### 2.2.1.1.3 Arte, artesanías y tecnologías

El arte está inserto como conocimiento en las expresiones de la vida wiyiche, y no sólo en las manifestaciones artísticas, sino que también en las medicinales y otros conocimientos de la sabiduría indígena (Alvarez-Santullano, 2001).

#### - Artesanías

Se confeccionan prendas de vestir, implementos y utensilios para el uso cotidiano de la familia. Si bien estas eran de carácter utilitario, también cumplían un papel ritual y decorativo, los que eran reconocidos por los símbolos o signos, como en el caso de la ropa de los caciques. Las principales artesanías de los *wiyiche* son:

Artesanía en voqui fuko: confeccionada con enredadera.

Artesanía en kila: en caña de bambú.

Artesanía en pilken: tejido en lana en el *witral*.

Artesanía en wisum: greda en barro.

Artesanía en Mamül: en madera.

- Tecnología wiyiche

Esta se manifiesta en la construcción de utensilios y herramientas, como la construcción de arados de madera (*dimun*), sistema de drenajes de suelo (*wape*), etc. (Alvarez-Santullano, 2001).

#### 2.2.1.1.4 Música y Danzas

No es posible determinar en qué momento la música *wiyiche* dejó de ser autóctona al mezclarse con las costumbres culturales europeas produciendo el sincretismo de hoy, lo que se puede ver en los instrumentos, ritmos y métrica de canciones y coreografías.

En la zona de Osorno, se observan las “Bandas de Rogativa” o “Bandas de Cacique”, conformadas por músicos que tocan instrumentos *wiyiche* como la *trutruka* y el *kultrun*, y que además se acompañan por acordeón, banjo, guitarra, mandolina y otros.

La música es conocida como Banda, la que tiene un sentido netamente ritual, es decir del *Giyatun* o Rogativa:

- El Wichaleftu: se realiza dando vueltas en circulo tres veces por vez, en el sentido de la salida del sol. Es una de las principales danzas del *giyatun*.
- La “Marcha”: semejante a una marcha militar pero que no tiene danza, sólo se usa como introducción, de intermedio, o para acompañar a un cacique.
- La Danza: similar a la cueca, usado para el momento del ritual de orar frente el arco de la Interrogación, durante el *giyatun* (Alvarez-Santullano, 2001).

Existe también otro tipo de danzas de carácter religioso, las que se utilizan especialmente en los velorios de angelitos:

- El cielito: muy similar al cielito chilote, pero con características de La Costa.
- Ls sajuria: similar a la sajuriana, pero con características del sector costero de Osorno.

Otro tipo de expresión musical tiene un carácter más profano, utilizadas en fiestas, mingas o casamientos:

- La sajuria
- El pericon o “baile de los cuatro”
- El gualampo
- La cueca wiyiche (Alvarez-Santullano, 2001).

De los instrumentos utilizados encontramos:

- Trutruka
- Kultrun
- Trompe
- Piloilo

De los instrumentos adaptados:

- Banjo
- Mandolina
- bombo
- Guitarra
- Acordeón (Alvarez-Santullano, 2001).

Del Canto

El *ülkantun* es el canto más ancestral, el que se conoce hoy como “romanceo”. Es un tipo de canto narrativo histórico, también religioso o de carácter amoroso. Este se acompaña de *kültrun* o *trompe*. Actualmente se encuentran otros estilos de cantos, respetando si las raíces indígena (Alvarez-Santullano, 2001).

#### 2.2.1.1.5 Juegos y Deportes

Aukantun: es el modo en que se realizan los juegos recreativos y de competencia. Son escasos los juegos que aún se pueden rescatar, algunos han dejado de practicarse, como es el caso del *lonkoutun* y otros juegos de fuerza y destreza, o juegos infantiles como la payaya. El más practicado y uno de los pocos que todavía se conservan, es el *palín* o chueca. Se conocen también los siguientes:

- Linao: se realiza por equipos con una pelota de cochayuyo.
- Otros como rayuela, carreras a la chilena gallitos y tirar de la cuerda (Alvarez-Santullano, 2001).

#### 2.2.1.1.6 Religiosidad de los huilliche

Para el mapuche-huilliche, la religiosidad es el fundamento de todas las expresiones de la vida. La persona, familia y comunidad pueden existir debido a que son sostenidas, creadas y apoyadas por las divinidades, como por ejemplo Chao Dios, Abuelito Huenteao, María Virgen, Taita Sol y Mamita Luna. El mapuche huilliche da gracias y le ruega a Dios de varias maneras, donde el nguillatún es la manera más tradicional de hacerlo. Corresponde a un rito sacrificial, colectivo y festivo más importante. Allí se condensa lo sagrado, y los símbolos ahí vividos permiten establecer una continuidad con el pasado y como dar sentido y legitimidad al

presente, y así mismo al futuro. También se expresa la dependencia y la reciprocidad de lo humano con lo divino, ya que ambos se necesitan para la mantención del universo cósmico, de aquí surge la identidad entre el trabajo y la celebración ritual (Foerster, 1985).

El machitún, que es el rito de curación o sanación, está muy asociado con el nguillatún, y en un simbolismo mágico-religioso, se enfrenta con ellos la enfermedad y la muerte (Foerster, 1985).

## **2.2.2 Los derechos de los mapuche huilliche de Valdivia y Osorno**

### **2.2.2.1 Autonomía huilliche**

La amenaza a la cultura huilliche y a su autonomía territorial comenzó con la llegada de los españoles al territorio nacional (1536) y se concretó con la formación de las ciudades de Valdivia (1552) y Osorno (1558).

En estas ciudades la principal actividad fue la explotación del oro. Estas primeras explotaciones mineras habrían causado el sometimiento de los indígenas y la posterior ocupación de sus territorios.

Valdivia se consolidó como una ciudad importante para los españoles por la formación del fuerte español, y la ciudad de Osorno en cambio fue abandonada por los españoles en 1604, logrando los huilliche recuperar parte de su territorio (Aylwin, 2002).

La primera ocupación de tierra fue en 1641 en Chiloé, en virtud de las Paces de Baidés, en donde se definió que el territorio mapuche sería desde el río Bío-Bío hasta el canal de Chacao, así las personas de este territorio fueron sometidos al inquilinaje y a la encomienda, quedando bajo la administración del Reino de Chile.

Luego de esto, el territorio huilliche se localizó entre los ríos Toltén y Maypué. Desde este río hasta el canal de Chacao, la población indígena había sido reducida por las expediciones esclavistas represivas y malocas que realizaron los españoles en el siglo XVII (Aclaman, 1993 citado por Instituto de estudios indígenas Universidad de la Frontera, 2003).

El actuar expansivo de los españoles se caracterizaba por la instalación de puestos misionales y fuertes militares, con el fin de establecer un camino entre Valdivia y Chiloé (Foerster, 1996 citado por Aylwin, 2002).

En el año 1792 los huilliche por la defensa de sus tierras realizaron un levantamiento, sin embargo la pérdida de autonomía territorial ocurre en 1793 con el Tratado de Paz (Aylwin, 2002).

El territorio autónomo huilliche que comprende desde el río Toltén al Maypué, albergaba a distintas agrupaciones otorgándoles variadas clasificaciones, por lo que podría considerarse como una organización conformada por grupos multifamiliares localizados.

En el territorio, se identificarían tres grandes áreas de poblamiento, una comprendida entre el río Toltén y Valdivia, otra desde Valdivia hasta el río Bueno, y otra situada entre el río Bueno y el río Maypué. En estos sectores se realizarían actividades de ganadería y horticultura, existiendo una población de 280.000 indígenas. En el sector de los llanos-Mariquina, Valdivia, y la Unión se practicaba mayormente la ganadería y agricultura y por la costa también se realizaba la recolección marina, la que era parte importante de la dieta del huilliche, los que además realizaban intercambio de productos en el paso cordillerano con los pehuenches (Aylwin, 2002).

#### 2.2.2.2 Pérdida de autonomía del territorio mapuche huilliche

Como Valdivia se mantuvo como enclave hispano en territorio huilliche, el acaparamiento de tierras, ganado y mujeres, especialmente a las orillas del río Bueno, lo que posteriormente ocasionó el levantamiento de los huilliche de ese sector, quienes destruyeron el fuerte en Septiembre de 1792. Luego de ello, los españoles derrotaron a los indígenas que se encontraban atrincherados al sur del río Bueno, y continuaron con la destrucción de casas y sembrados y robo de animales de los huilliche, lo que culminó con el parlamento de Negrete impuesto por O'higgins en 1793. Este parlamento de Negrete fue realizado en dos juntas, debido a que los caciques huilliche no asistieron a la primera. La reunión más importante de todas fue la realizada el 8 de Septiembre a las orillas del río de las Canoas (Rahue) donde se firmó un tratado de paz entre los jefes huilliche y los españoles, y donde se consolidó la pérdida del territorio y autonomía de los huilliche. Así, se aseguraron territorios para españoles y huilliches, formalizando el proceso mediante los títulos de comisario, siendo entregados estos durante el inicio de la Republica, reconociéndose allí las tierras que los huilliche habían logrado conservar hasta 1820. Los títulos de comisario y el Tratado de Paz de 1793, han fundamentado hasta hoy las reivindicaciones sociales de los huilliche (Aylwin, 2002).

#### 2.2.2.2.1 Títulos de comisario

Los títulos de comisario eran escrituras entregadas a los caciques y que reconocía las propiedades huilliche, el que era entregado por el comisario de naciones. Estos títulos fueron entregados en La Unión, Remehue, San Juan de la Costa, Pilmaiquén, Lago Ranco e incluso Valdivia y Malleco, durante el periodo 1824 y 1848. Pese a que estos títulos ya no son reconocidos por el Estado chileno, aún son reivindicados por los líderes y organizaciones mapuche.

Para los indígenas, la independencia de Chile significó un menor respeto por la propiedad de sus tierras, así durante la República en el periodo 1820-1850 el traspaso de tierras a no indígenas se realizó sin respetar tratados previamente establecidos durante la colonia, quedando los indígenas más desamparados en la usurpación de tierras (Aylwin, 2002).

#### 2.2.2.2.2 Ocupación y colonización del territorio huilliche (1850-1930)

Es en este período donde los huilliche se ven afectados por la expansión latifundista de los colonos chilenos y alemanes, apropiándose de sus tierras, afectando la economía del huilliche y obligándolos a retirarse hacia la cordillera y la costa (Bavarovic et al., 1987).

Con la aparición del Código Civil, la usurpación de tierras huilliche se legalizó, lo que significó que chilenos y extranjeros hicieran títulos fraudulentos para apropiarse de tierras, generándose violencia y muerte (Aylwin, 2002).

#### 2.2.2.2.3 Títulos de merced

Estos títulos de merced, si bien reconocían la posesión indígena, los despojaba de gran parte de la tierra de sus antepasados, impidiendo la reivindicación a futuro. Estos fueron entregados por la Comisión Radicadora entre 1884 y 1929.

#### 2.2.2.3 Las leyes de propiedad austral

Estas leyes, postuladas entre 1930 y 1931, desconocieron los títulos de comisario de los huilliche, impulsó la división de las comunidades anteriormente radicadas y facilitó la apropiación legal de los particulares que habían obtenido tierras de forma fraudulenta durante el período 1880-1930.

#### 2.2.2.4 Reforma agraria

Esta no estuvo concebida por los pueblos indígenas, sin embargo permitió la recuperación de tierras usurpadas, y donde los dirigentes indígenas se unieron al movimiento campesino, uniéndose a los partidos de centro e izquierda.

El estado, con la ley indígena, las de propiedad austral y la de reforma agraria, dio sólo solución parcial, ya que sólo permitió a los indígenas el uso de la tierra sin hacer entrega de ellas en propiedad, situación ampliamente repetida en Osorno.

Entre los años 1971 y 1972, las movilizaciones lograron una importante recuperación de tierras huilliche, sin embargo el golpe de estado de 1973 permitió que nuevamente muchas de ellas les fueran arrebatadas (Aylwin, 2002).

#### 2.2.2.5 Contrarreforma y dictadura militar

El golpe de estado representó un retroceso en la recuperación de las tierras, que fueron nuevamente entregadas a usurpadores, sin considerar torturas, muertes y desapariciones que existieron en la época. Además, en 1979 se promulgaron decretos que dividieron las comunidades mapuche. En la década de los '80, se inició una serie de explotación de recursos, generando nuevos conflictos con los mapuche huilliche (Aylwin, 2002).

#### 2.2.2.6 Ley indígena N° 19.253 de 1993

Esta ley suspendió el proceso divisorio de las tierras indígenas y creó una Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI), cuya labor era elaborar una ley indígena.

La creación de esta ley sembró esperanza en el mapuche huilliche, sin embargo hoy podemos ver que existe una mirada más crítica hacia las normas legales en Chile.

A continuación, se mencionará algunos de los artículos de la ley indígena que son pertinentes de acuerdo a la investigación:

##### 2.2.2.6.1 Artículo N° 9

“Para los efectos de esta ley se entenderá por Comunidad Indígena, toda agrupación de personas pertenecientes a una misma etnia indígena y que se encuentren en una o más de las siguientes situaciones:

- Provenzan de un mismo tronco familiar;
- Reconozcan una jefatura tradicional;
- Posean o hayan poseído tierras indígenas en común y;
- Provenzan de, un mismo poblado antiguo” (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993).

#### 2.2.2.6.2 Artículo N° 36

“Se entiende por Asociación Indígena la agrupación voluntaria y funcional integrada por, a lo menos, veinticinco indígenas que se constituyen en función de algún interés y objetivo común de acuerdo a las disposiciones de este párrafo. Las asociaciones indígenas no podrán atribuirse la representación de las Comunidades Indígenas” (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993).

#### 2.2.2.6.3 Artículo N° 37

“Las Asociaciones Indígenas obtendrán personalidad jurídica conforme el procedimiento establecido en el párrafo 4° del Título 1 de esta ley. En lo demás, le serán aplicables las normas que la ley N° 18.893 establece para las organizaciones comunitarias funcionales” (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993).

“Cuando se constituya una Asociación Indígena se tendrá que exponer en forma precisa y determinada su objetivo, el que podrá ser, entre otros, el desarrollo de las siguientes actividades:

- a) Educativas y culturales
- b) Profesionales comunes a sus miembros, y
- c) Económicas que beneficien a sus integrantes tales como agricultores, ganaderos, artesanos y pescadores.

Podrán también operar economatos, centrales de comercialización unidades de prestación de servicios agropecuarios, técnicos, de maquinarias y otras similares. En estos casos deberán practicar balance al 31 de diciembre de cada año” (Ministerio de Planificación y cooperación, 1993).

#### 2.2.2.7 Términos relacionados

- Etnia: comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc. (R.A.E., 2001).



- Discriminar: dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc. (R.A.E., 2001).

### **2.3 DESCRIPCIÓN SECTOR RAHUE, COMUNA DE OSORNO, REGIÓN DE LOS RÍOS CHILE.**

De acuerdo a las estadísticas del INE (2002), el sector de Rahue tiene una población de 58.509 habitantes, a lo que se le suman 2.640 personas que se censaron en forma rezagada, totalizando 61.149 personas en total.

El día 21 de Abril de 1921, Rahue adquirió la nominación de Comuna. Su alcalde fue Don Lupercio Martínez Asenjo, quien tuvo el cargo hasta el 3 de Diciembre de 1927, momento en que Rahue se unió a Osorno (Ojeda, 2004).

La creación de la Comuna fue impulsada a través del tiempo por dirigentes sociales, instituciones, autoridades administrativas y políticas, y la prensa misma (Ojeda, 2004). El proyecto de ley que propulsó la formación de la comuna se inició el 31 de Julio del 2008. Además se establece que el territorio de esta nueva comuna cuenta con una adecuada provisión de servicios. La creación de esta comuna por tanto, restituye la condición de tal, que Rahue tuvo hasta 1927 (Bachelet et al., 2008).

La Provincia de Osorno posee 221.509 habitantes (INE, 2002), y está ubicada en el centro de la Décima Región, a 913 Km. de Santiago de Chile y a 271 Km. de San Carlos de Bariloche, Argentina. Limita por el norte con la comuna de San Pablo, al este con Puyehue, al sureste con Puerto Octay y al suroeste con la comuna de Río Negro (Jorge, 2009).

La zona posee un clima templado-lluvioso, con influencia mediterránea, con alta pluviosidad durante los meses de invierno y una primavera rica en coloridos y aromas de su vegetación. La temperatura media anual es de 10,7° C, con una media en verano de 14° C y de 5° C en invierno, con buen tiempo entre los meses de Diciembre y Marzo.

La actividad económica principal de la provincia de Osorno es fundamentalmente agrícola y ganadera, siendo uno de los principales productores de leche y carne del país.

Perteneciente a la Décima Región de los Lagos, la que es una región que huele a kuchen, chocolates, mermeladas, quesos y leche fresca; a mariscos recién cocidos y a carne tierna. Una región que abraza con sus lanas y encanta con sus leyendas (Jorge, 2009)

## 2.4 SALUD

La Organización mundial de la Salud define en la constitución de 1946 el término salud como “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Según Simón (1999), la definición de la OMS de salud ha sido muy cuestionada y analiza el punto de vista de Godoy (1993), quien señala varias razones para este cuestionamiento:

- 1 Primar el componente subjetivo, lo que aunque sea importante para la salud podría generar resultados indeseables como considerar a un individuo sano, siendo que está objetivamente enfermo, sólo por el hecho de que este manifieste un estado de bienestar.
- 2 Primar el componente individual, considerando que la salud comunitaria tiene una gran relevancia para el bienestar biológico, socioeconómico y cultural.
- 3 Obviar que la salud no sólo es un estado si no que el resultado de un proceso.
- 4 Ser poco clara y poco práctico en sus términos.

De acuerdo a esto, Simón (1999) señala que se están realizando esfuerzos para generar un concepto de salud que permita ser más medible, tanto por las áreas biomédicas como las psicosociales, por lo que menciona a Piña (1991) citado por Simón (1999) quien afirma que dentro de los esfuerzos de la Psicología se desea lograr un segundo objetivo en el concepto de la salud, lo que sería el resaltar el importante papel de los aspectos psicológicos en el proceso de salud y enfermedad, lo que no significaría, en ningún caso, dejar de lado los aspectos biológicos y socioambientales que son igualmente importantes.

A partir de este nuevo concepto de salud, Simón (1999) considera a la salud como “un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconomicoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales” (Simón, 1999).

## 2.5 SALUD MENTAL

De acuerdo a la OMS (2001), “la salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia

intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental".

## **2.6 SALUD INTERCULTURAL**

Según Alarcón y otros (2003), la pertinencia cultural durante la atención en salud implica abarcar las áreas biológica, cultural y social de la persona, como un factor primordial en el proceso de salud y enfermedad. Tanto en Chile como en Latinoamérica se están desarrollando distintas estrategias, a fin de que el entorno cultural de los usuarios no sea un obstáculo para brindar la atención en salud.

En este contexto, el autor señala que “la antropología como ciencia contribuye tanto a develar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, como a proporcionar elementos socioantropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea” (Alarcón et al., 2003).

### **2.6.1 Cultura y salud**

El hombre es un ser de cultura. A partir del proceso de hominización, que se inicio hace quince millones de años, consistió en pasar de una adaptación genética al medio natural a una adaptación cultural. Durante ese proceso que finaliza en el Homo sapiens, hubo una regresión de los instintos, “reemplazados” progresivamente por la cultura, es decir por una adaptación lograda por el hombre, mucho más funcional que la adaptación genética y puede transmitirse con mayor facilidad. La noción de cultura es la herramienta para terminar con las explicaciones naturalistas de los comportamientos humanos. Aquellas diferencias que se atribuían a las características biológicas, como la diferencia entre sexos, nunca pueden observarse en estado natural, ya que la cultura se apodera de ellas inmediatamente: “la división sexual de los roles y de las tareas en las sociedades humanas es un resultado fundamental de la cultura y por eso varía de una sociedad a otra” (Cucho, 2004).

No existe nada natural en el hombre, ni las necesidades fisiológicas como sueño, hambre, deseo sexual, etc., carecen de un formato cultural, todos estarían orientados por la cultura (Cucho, 2004).

Según Alarcón y otros (2003), la cultura en el contexto de la salud es el eje principal al momento de analizar los factores sociales que participan en el proceso de salud y enfermedad. Mediante el análisis de las características de la cultura entre usuarios y proveedores, sería posible reconocer lo que ambas partes esperan en el proceso de salud y enfermedad, representados en la relación médico-paciente, evaluación de calidad y resultado terapéutico y las conductas que se presentan frente a la enfermedad.

Desde el punto de vista antropológico, cultura se entiende como un complejo y dinámico conjunto de valores, conocimientos, creencias y conductas que se han aprendido y transmitido a través de las personas mediante el lenguaje y la sociedad. En este concepto aparecen dos dimensiones, una es la ideacional o cognitiva que resumiría el mundo simbólico del individuo, sus creencias, pensamientos, y conocimientos adquiridos mediante el aprendizaje, lo que se llamaría el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y por otro lado estaría la dimensión material, que correspondería a como lo simbólico se transforma en conductas, prácticas y normas de orden social entre los individuos (Alarcón et al., 2003).

En el ámbito de la salud, estas dos dimensiones se articularían en un modelo médico que daría peso a cómo los pacientes y profesionales se explican la relación salud y enfermedad y las prácticas realizadas en el proceso de recuperación de la salud. Es aquí donde profesionales y pacientes difieren, dado el sistema de valores y creencias culturales que caracteriza a ambos, y donde además se puede ver en grupos culturales, lo que daría cuenta de la dinámica de la cultura.

Las dos dimensiones mencionadas, se van transformando de acuerdo a las necesidades de un grupo social, tal como vemos en la biomedicina y en las culturas médicas tradicionales, donde van apareciendo nuevas tecnologías para abordar las problemáticas de salud en su comunidad (Alarcón et al., 2003).

## **2.6.2 Medicina occidental y sistema cultural**

Los grupos humanos desarrollan de acuerdo a la sociedad y a sus hechos biológicos, estrategias para el mantenimiento de la salud, a través de un sistema médico que da las líneas a seguir para procurar el bienestar de los individuos y dar explicación al fenómeno de la enfermedad. De acuerdo a la antropología sociocultural, un sistema médico se concibe como un conjunto organizado de agentes terapéutico, modelos explicativos de salud y enfermedad y tecnologías al servicio de la salud de los individuos. El cómo estos otorguen sus servicios y su pertinencia depende del modelo sociocultural en el que se desarrolle, de modo que la medicina se construye a partir de las manifestaciones culturales y de acuerdo a las necesidades del mismo entorno cultural (Alarcón et al., 2003).

El sistema médico, se basa en pruebas científicas y en la evidencia. La medicina occidental, en la actualidad, ha hecho dependiente a la sociedad del sistema médico. Cada persona asiste al médico de acuerdo a ciertas normas de control establecidas, sometiendo a las personas a un programa obligado de cumplimiento. De este modo desde que la mujer da a luz a su hijo, este se mantiene en controles médicos de vacunación hasta la adolescencia, y luego se realizan seguimientos hasta que envejecen, convirtiéndose en enfermos crónicos. Finalmente el ser humano es llevado al hospital a morir para que el médico constate su fallecimiento. En este periodo el sistema de salud y el paciente, habrá gastado mucho dinero en pastillas y tratamientos (Gálvez, 2002). Sin embargo, algunas culturas consideran como válido los signos de la naturaleza, sueños de un chamán, etc. Para la relación de salud y enfermedad, ambos sistemas buscan la recuperación de la salud, y sólo se diferencian en las premisas culturales y métodos de validación. El grado de confianza que los individuos otorguen a los sistemas de salud, determinará la aceptación de su enfermedad y adherencia al tratamiento, por lo que es fundamental la comunicación médico-paciente y como se desarrolla el proceso terapéutico (Alarcón et al., 2003).

Mundialmente se considera a la medicina occidental como el modelo capaz de solucionar casi todos los problemas de salud, independientemente del contexto social o cultural en el que se presente la enfermedad. Sin embargo, existen estudios que revelan graves problemas en los sistemas de salud que no consideran el entorno cultural del usuario durante la atención, provocando rechazo, falta de adherencia al tratamiento, conflicto de poder entre médicos y agentes tradicionales, problemas en la estructura social de la comunidad, etc. Aquí es donde radica la importancia de desarrollar sistemas médicos con pertinencia sociocultural durante el proceso de atención en salud (Alarcón et al., 2003).

## **2.7 ENFERMEDAD Y MEDICINA DESDE LA COSMOVISIÓN MAPUCHE**

El mapuche se ve afectado con todo lo que ocurre en la naturaleza, y si de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los seres se ven afectadas. Si alguien transgrede las leyes de la naturaleza y rompe el equilibrio, sufre las consecuencias del desequilibrio que ha provocado, es decir surge la enfermedad tanto física como espiritual (Marileo, 2002 citado por Mujica et al., 2004). Este desequilibrio puede manifestarse tanto en lo físico como en el psicológico y es lo que se conoce *kutran* o enfermedad (Mujica et. al. 2004).

Para el mapuche la enfermedad ocurre cuando la persona está en su estado más vulnerable, es decir, cuando su condición de “*che*” (persona) se encuentra debilitado; si el cuerpo y el alma de la persona no funcionan como una sola voluntad de ser y hacer, con una única e íntegra intención, se torna atractivo para que lo cohabiten o posesionen en él espíritu. (Mora, 1991 citado por Mujica et al., 2004).

“La falta de salud no sólo se puede observar en la presencia o ausencia de dolor, el dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado a la vida de la persona. Por tanto, se debe considerar aspectos más allá de la expresión concreta de una enfermedad, poniendo atención a manifestaciones tanto de la persona como del medio que la rodea” (Ibacache et al., 2001 citado por Mujica et al., 2004).

A la causa del *kutran* o enfermedad, el mapuche lo denomina *wekufuke* o *wekufu* y que correspondería a todo lo desconocido y negativo que existe, este tiene muchas formas, el que puede ser sujeto, cualidad o agente. El *wekufu* es una energía que puede ser transmitida a distancia y también puede condensarse dentro de una persona o cosa y puede enviarse a través del pensamiento o emoción de una persona (ira, odio, envidia, etc.), espíritu maligno, almas de fallecidos, etc. El ser afectado por el *wekufu*, provocará la ruptura del equilibrio generando como consecuencia perturbaciones físicas y/o psicológicas (Mujica et al., 2004).

El concepto de salud no está en el repertorio del mapuche, ya que está inserto en los fenómenos de la vida misma, como el estar bien o mal, es salud. Cada momento de la vida, aunque sea cotidiano, se evalúa en el tiempo. En cada encuentro interpersonal (*pentekun*), hay un momento en que se pregunta por el estado de salud, entonces el *pentekun* pasa a ser una autoevaluación de las personas acerca de ellos mismos, familias y entorno (Castro, 2003).

El estar bien o mal (*küimalen* o *weza felen*) consiste en un equilibrio del sujeto consigo mismo, sus pares, su familia y seres queridos. Además debe mantener un equilibrio con su *lof*, entorno social, cultural, ambiental, político, territorial, religioso y cósmico. Por ejemplo si algo o alguien de su comunidad se encuentra en condiciones no deseables, como los cultivos en mal estado, animales sin pasto suficiente, entonces la persona se afecta y no se encuentra bien debido al ambiente en su conjunto (Castro, 2003).

De acuerdo a la cosmovisión mapuche, muchas enfermedades o *kuxan* se producen por la transgresión contra las normas del universo o *waj mapu*. El *az mapa* o cuerpo de normas regulan la relación que existe entre la persona y su entorno, como también con los demás seres vivos y fuerzas del *waj mapa*. Esta relación se basa en un equilibrio y reciprocidad entre los seres y las fuerzas, y cuando la persona comete una transgresión en una de estas normas, entonces la persona se enferma. La enfermedad puede tomar variadas formas, sin embargo esta siempre vendrá del comportamiento de la persona o de un integrante de su familia. De acuerdo al pensamiento occidental, el cuerpo de la persona no sería una entidad cerrada, y por tanto la transgresión de uno puede afectar al resto (Castro, 2003).

El equilibrio se rompe por medio de diferentes fuerzas, entre ellas cuentan:

Weda newen: energía manejada por personas como los *audfe* y los *kalku*, quienes utilizan utilicen diversas estrategias para hacer daño a las personas.

- Tawún: misteriosa ceremonia realizada durante la noche.
- Uñfitu: tiene como objetivo perjudicar la vida y crecimiento natural de alguien mediante prendas de vestir de la persona a dañar.
- Fuñapue: tiene como fin causar la muerte mediante alimentos.

Weda püllü: espíritus negativos de la naturaleza, los que pueden ser

- Cherufe: bola de fuego que aparece antes de la media noche y que puede causar la muerte.
- Iwaifilu: seres que pueden tomar distintas formas y que afectan a la persona que se encuentra con ellos.
- Wallefen: animales que habitan en los árboles y que son deformados.
- Piwchen: pájaro que canta de noche anunciando desgracias.

Weda küruf: espíritus negativos.

- Trafentun: espíritus negativos que afectan a la persona que ya se encuentra en desequilibrio.
- Meülen: remolinos que anuncian desgracia, apareciendo a medio día.

El hombre occidental y el mapuche verían el proceso de enfermedad de forma distinta: mientras el occidental no se percata de las energías negativas hasta que sufre las consecuencias de esta, el mapuche percibe los cambios desde que la enfermedad ingresa a su cuerpo, lo que podría resultar más nocivo para él por el efecto en su estabilidad psicológica o porque algunas actitudes psíquicas, producto de la enfermedad, favorecen la presencia de energía invasiva (Mujica et al., 2004).

### **2.7.1 Sistema curativo**

Los mapuches poseen un conjunto de creencias y tradiciones para reestablecer el equilibrio, lo que lo identifica como un grupo étnico donde lo principal que se debe considerar es que el cuerpo se encuentra interconectado con las emociones, la espiritualidad y los pensamientos. A partir de ello, ellos poseen dentro de su cultura a sujetos con distintos roles destinados a reestablecer el equilibrio, los más importantes son:



- Machi: el encargado de la curación natural y de establecer comunicación con los espíritus.
- Lawenche: persona con dones en conocimiento de hierbas curativas. También llamadas meicas o hierbateros.
- Ngütamchefe: componedor de huesos.
- Püñeñelchefe: especialista en maternidad (Marileo, 2002 citado por Mujica et al., 2004).

#### 2.7.1.1 Machi y Ceremonias

Persona que puede ser de ambos sexos y que se encarga de combatir la enfermedad por medio de oraciones apropiadas, usando diversas prácticas, como son los masajes con yerbas medicinales, uso de instrumentos musicales y medicina de carácter esotérico. Por lo tanto, la habilidad principal de la machi es su capacidad de sanar enfermos y de viajar al más allá para recibir instrucciones de su labor terapéutica (Dillehay, 1976).

La práctica curativa principal que realiza el mapuche se llama machitun, y que se efectúa cuando el tratamiento con yerbas medicinales no ha sido suficiente, es decir sería el último recurso para eliminar el mal. Este se realiza en el domicilio del paciente, lo más cerca del ketraltuwe (lugar donde se encuentra o hace fuego). Este ritual comienza al atardecer de un día y sigue al amanecer del día siguiente con una duración de tres horas para cada uno y donde en los dos días se repite lo mismo. En la ceremonia sólo están presentes los familiares y ciertos amigos o vecinos que tienen una función determinada durante el ritual, como son el dunqumachife (portavoz de la machi, cuya función es apoyar al machi cuando este está en trance), los afafafe (animador de la ceremonia, protegen al machi cuando está en trance, con gritos y sonar de instrumentos, ellos no pertenecen a la familia y siempre son hombres) y el llangkañ (ayudante permanente del machi) (Dillehay, 1976).

#### 2.7.1.2 Medicina mapuche y medicina popular.

La medicina popular es un sistema médico, que se habría originado por la fusión o hibridación entre el sistema médico mapuche y el sistema médico europeo medieval, y la que habría ocurrido a causa de la colonización y dominación de la mayor parte de los pueblos originarios de América Latina, y en mayor cantidad el cordón andino y la zona central de Chile, en la época colonial. Es por eso que se pueden apreciar similitudes entre ambos sistemas, o mejor dicho equivalencias en las categorías etiológicas, recursos y agentes terapéuticos, y en mecanismos de validación social. Sin embargo también posee sus diferencias, dado el tipo de experiencias interculturales orientadas en los pueblos que se encuentran en un proceso de empoderamiento (Catripan et al., 2007).

Ambos sistemas reconocen un modelo socio-psico-biológico, donde algunas enfermedades de originan en ámbitos espirituales y sociales. Cada uno posee especialistas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es así que en el caso del mapuche es la machi, y en la medicina popular es la meica. Las dos poseen además categorías etiológicas y especialistas mas bien “empíricos”, en el caso del mapuche están los *l’awen’tufe*, *metantupüñeñfe* y *Ngütamchefe*, y los yerbateros, parteras y componedores de huesos en la popular. Las dos también poseen la oración, en el mapuche hacia *Ngünechen*, la familia celestial, *newen mapu* y *ngen’* y el popular hacia Dios y los santos. Es por ello que la medicina mapuche sea más territorializada y más cuidadosa del origen (Catrigan et al., 2007).

Existen distintas percepciones sobre algo diferente a los valores y creencias propias, donde habrán algunas muy críticas y antagónicas, hasta muy favorables y comprensivas. Por tanto en relación a la medicina popular existen variadas percepciones de quienes les hacen juicio. En cuanto a lo jurídico, se reprime el ejercicio de la medicina ilegal, considerando la loable intención de cuidar de los individuos y del grupo social, permitiendo las actividades sólo después de un adiestramiento calificado en instituciones reconocidas. Por tanto cualquier práctica considerada como ilegal podría ser sancionada (Medina, 1988).

Para algunos profesionales, estas prácticas les merece diferentes opiniones, considerándolas como folclóricas, anticuadas, un peligro para la salud, eventual utilidad donde los recursos técnicos están distantes, etc. (Medina, 1988).

En la población general, hay personas que recurren a las hierbas medicinales en relación a variados malestares pasajeros, encontrando un alivio sintomático suficiente. Otros, de sectores rurales y urbano populares, consultan a una variada cantidad de yerbateros, curanderos, componedores, brujos, etc., incluso en busca de predicciones de tipo emocional (Medina, 1988).

Desde hace tiempo existe un acercamiento entre la medicina tradicional y popular y la medicina occidental. Hay enfermos que recurren paralelamente a ambos sistemas, e incluso un sistema refiere al otro. Sin embargo, estos sistemas aún funcionan con independencia (Medina, 1988), salvo algunas excepciones.

## **2.8 MEDICINA MAPUCHE Y SALUD MENTAL**

La palabra “mental” resulta compleja, ya que para muchos es significado de cognición, lo que significaría una serie de procesos de pensamiento y respuesta en los sujetos, tanto de la información recibida desde fuera como desde dentro de su organismo. Para otros, salud mental comprende la relación del sujeto con su entorno sociocultural.

La medicina occidental, específicamente la psiquiatría, considera a los trastornos mentales como problemas derivados de desordenes en el sistema nervioso central. Así lo considera la APA o Asociación Psiquiátrica Americana, quien desarrollo un Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Lo que se pretende con este cuestionario, es que sea universal y ha reconocido la influencia cultural en la enfermedad mental, por lo que ha incluido en su apéndice una categoría llamada “los síndromes psiquiátricos culturales”. Esto se debe a que por ejemplo la esquizofrenia que tiene manifestaciones características, “en algunas culturas, las alucinaciones visuales o auditivas con un contenido religioso pueden ser parte normal de la experiencia religiosa (por ejemplo ver a la Virgen María o el oír la voz de Dios) (Uribe, 2000 citado por Vallejo, 2006).

La psicología en salud, comparte la concepción holística de la medicina indígena sobre salud mental, que se ha alejado de la idea organicista de la enfermedad y busca explicaciones en el ámbito psicosocial y ambiental, ya que reconoce que una comprensión de la enfermedad escapa al modelo biomédico de la medicina occidental. (Flores-Alarcón, 2004 citado por Vallejo, 2006).

La etiología de la enfermedad mental, está determinada por distintos factores, como son fenómenos mágicos, agentes sobrenaturales (espíritus nocivos, aires, muertos, brujos, rayos) y por fenómenos psicológicos y humanos (relaciones conflictivas, situaciones “estresantes”) que pueden generar enfermedades como locura, pérdida del alma, vergüenza, nervios, depresión, derrame de bilis, etc. (Lagarriga, 1991 citado por Vallejo, 2006).

La medicina indígena tiene su base epistemológica en su propia cosmogonía y cosmología. Este no permite que desde la medicina occidental se le cuestione, ya que podría incurrir en reduccionismos y esquematizaciones propias de la ciencia occidental (García et al., 1993 citado por Vallejo, 2006).

### 2.8.1 Enfoque Socioespiritual-Psico-Biológico

Este enfoque, se basa en un concepto de persona que está conformada por las emociones, el espíritu, la mente y el cuerpo, los que estarían en constante interacción y movimiento, lo que haría a la persona un ser dinámico y capaz de crecer, desarrollarse y trascender. En la parte socioespiritual se encontrarían las normas y transgresiones, en el psicológico la angustia, depresión y psicosis, y en el biológico los signos y síntomas (Castro, 2003).

Aquí se terminaría con el peyorativo, discriminatorio y paternal concepto de “paciente”, pues la persona que está en una dinámica interacción posee el derecho básico humano de ser respetada, y por tanto también sus explicaciones y conocimiento sobre su

desequilibrio y su camino hacia la armonía. Esta persona “acciente”, sería necesaria también para entablar un modelo de salud que sea más moderno y eficiente (Castro, 2003).

### 2.8.2 La psiquiatría transcultural en Chile

La psiquiatría transcultural, estudia la relación que existe entre las diferentes culturas del mundo y las enfermedades mentales y de acuerdo al modelo de occidente, se ha ido formulando el saber de la medicina científica sobre las enfermedades mentales. Este modelo suele enfrentarse en el Tercer Mundo, con otros modelos culturales diferentes al occidental, como son las cosmovisiones indígenas e incluso populares.

Es así como la psiquiatría transcultural estudia problemáticas, como en el caso en que en una comunidad indígena una persona presenta un trastorno y su conducta se vuelve anormal, se ve si se realiza un diagnóstico de la psiquiatría clásica o se considera la denominación de los miembros de su comunidad, como el de un mal provocado por un amigo por ejemplo (Barría, 1988).

Actualmente en psiquiatría se reconocen ciertas enfermedades, como la psicosis endógenas (esquizofrenia y psicosis afectiva o maniaco depresiva), que tienen una gran carga genética o constitucional. Es por ello que tales enfermedades parecen darse en todas las culturas y pueblos. De ser así es necesario investigar el modo en que estas enfermedades son moldeadas por cada cultura local, ya que surge la posibilidad de que aparezcan enfermedades “locales”, propias de una cultura que expresan un fracaso en la tarea del desarrollo personal, y que no serían observadas fuera de esa cultura específica. La dificultad en la correcta valoración de una conducta observada como alterada en el medio cultural indígena, también ocurre en el la zona rural e inclusive en el urbano, ya que él trae a la ciudad su cultura tradicional, la que incluiría creencias mágicas y una religiosidad particular (Barría, 1988).

## 2.9 POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE

El ministerio de salud del gobierno de Chile, establece lo siguiente en su programa de salud mental:

### Misión

“Rectoría y Regulación de prácticas y servicios de Salud Mental y Psiquiatría, acorde con un modelo comunitario, contribuyendo al bienestar de las personas y a la satisfacción de sus necesidades de salud mental” (Minsal, s/f a).

### Funciones

- “Analizar, formular, evaluar y actualizar políticas, planes y programas, normas y protocolos referenciales de atención en materia de prevención y control de los trastornos mentales, del comportamiento y de los problemas de salud mental que afectan a poblaciones o grupos de personas.
- Difundir y comunicar las políticas, planes y programas, normas y protocolos referenciales de atención, en materia de prevención y control de los trastornos mentales, del comportamiento y de los problemas de salud mental a la opinión pública, en el sistema de salud y al intersector.
- Velar por el cumplimiento de las políticas, planes y programas, normas y protocolos referenciales de atención, en materia de prevención y control de los trastornos mentales, del comportamiento y de los problemas de salud mental e impartir las instrucciones necesarias a tal efecto.
- Contribuir a la formulación, difusión y aplicación de leyes que influyen positivamente en la salud mental de la población.
- Contribuir a la promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.
- Desarrollar acciones de coordinación con diversos sectores para la articulación de las políticas públicas en materia de salud mental.
- Contribuir al desarrollo y cumplimiento de las funciones de la Subsecretaría de Salud Pública (PSP<sup>2</sup>, GES<sup>3</sup>, etc.)” (Minsal, s/f a).

### 2.9.1 Plan Nacional de Salud Mental

#### 2.9.1.1 Presentación

“El Ministerio de Salud de Chile – en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población – ha formulado este Plan, el cual es el fruto de la experiencia, reflexión y análisis

---

<sup>2</sup> Plan de Salud Pública.

<sup>3</sup> Garantías Explícitas en Salud.

colectivo de un importante número de personas, que en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales, expresaron así la voluntad nacional de abordar esta dimensión sanitaria. En él se recoge la experiencia y los logros de los últimos años de los distintos equipos de salud mental y psiquiatría del país, y se señalan, en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los chilenos” (Minsal, s/f b).

#### 2.9.1.2 Áreas prioritarias de Salud Mental en Chile

- Alcohol y Drogas
- Calidad en Salud Mental
- Violencia
- Esquizofrenia
- Salud Mental Infanto-Adolescente
- Rehabilitación (Minsal, s/f c).

### **2.10 PROBLEMA DE SALUD A ABORDAR**

De acuerdo a la perspectiva del servicio de salud de Osorno, los problemas más prevalentes de la población en estudio son la depresión, alcohol y drogas, y violencia.

#### **2.10.1.- Depresión**

##### 2.10.1.1 Definición

“La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos dos semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos” (Minsal, 2006).

##### 2.10.1.2 Antecedentes

La Depresión sería un problema que está afectando al mundo entero. Estudios realizados en Estados Unidos muestran prevalencia de 15 días de síntomas depresivos de 10.8% para hombres y 20.8% en mujeres (Estudio HANES, muestra de 1975). En el año 2005, el estudio nacional de comorbilidad en Estados Unidos demostró una prevalencia mayor de 9.5%. Estudios de prevalencia realizado en 10 países encontró prevalencias dispares con las mayores prevalencias en Europa y El Líbano, que van desde 19% en El Líbano hasta 1.5 en Taiwán.

Un estudio realizado en Brazil, encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1.9 y 5.9 para hombres y, 3.8 a 14.5 para mujeres (Minsal, 2006).

Hasta ahora en Chile se han realizado dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general. Uno de ellos es el estudio de Trastornos Mentales Comunes de Santiago que muestra una prevalencia semanal total de 5.5% (2.7% para hombres y 8.0% para mujeres). El segundo estudio es el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología psiquiátrica realizado en cuatro ciudades de Chile, incluida Santiago. Los resultados principales se muestran a continuación:

#### Prevalencia de vida y 6 meses de trastornos depresivos en Chile según DSM-III R

Trastorno depresivo	Hombres		Mujeres		Total	
	Vida	6ms	Vida	6ms	Vida	6ms
Trastorno depresivo mayor	6.4	3.0	11.3	6.0	9.0	4.6
Distimia	3.5	1.5	12.1	4.8	8.0	3.2

Otros estudios realizados como el de prevalencia de Trastornos Depresivos en consultantes de un policlínico general muestra una prevalencia puntual de 14.7 para hombres y de 30.3% para mujeres. Un estudio relacionado al puerperio muestra una prevalencia de “Depresión post parto” que va entre 27.7% en mujeres de nivel económico alto hasta 41.3% en mujeres de nivel económico bajo. En adolescentes se mostró un 13.9% de síntomas depresivos en hombres y 16.9% en mujeres de dos liceos de Santiago. En mujeres entre 45 y 55 años de Temuco, tomadas de listas de centros de madres e Isapres, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 43.3% (Minsal, 2006).

El Estudio de Carga de Enfermedad, revela que los cuadros depresivos ocupan el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general medida a través de los AVISA (años de vida ajustados por discapacidad que incluye los años de vida perdidos por muerte prematura y los años perdidos por discapacidad). Los datos por sexo muestran que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las mujeres. El mismo indicador revela que los suicidios ocupan el undécimo lugar entre las causas de discapacidad en los varones. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar general, y el primer lugar entre las mujeres (Minsal, 2006).

Pese a que existe progreso en el control de los padeceres físicos de las personas, va en aumento la frecuencia de los trastornos mentales, causando una importante discapacidad y deterioro de la calidad de vida de quienes la padecen. Estas personas recurren por primera vez a médicos no especialistas, obteniéndose un mal tratamiento de la enfermedad provocando la aparición de episodios recurrentes o evolucionar de forma crónica. Es por ello que se hace necesario derivar a especialistas para seguir un adecuado seguimiento, pese a que en primera instancia se podría tratar con éxito por médicos no especialistas en conjunto con otros profesionales capacitados (Minsal, 2006).

## **2.10.2 Alcohol y drogas**

### 2.10.2.1 Definición

“Las sustancias psico-activas son todas aquellas que tienen la cualidad de modificar la conciencia, ánimo y procesos cognitivos en el individuo, pues actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan y, además, generan cambios psicofisiológicos que determinan una apatencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia” (Minsal, 2005).

Las sustancias psico-activas en donde la APS centra su atención son las siguientes:

- Alcohol.
- Drogas de uso ilícito: la que se utilizan con mayor frecuencia son aquellas que producen efectos estimulantes del sistema nervioso central (cocaína y derivados, anfetaminas y derivados, diversas sintetizadas), otras que producen sedación ( morfina, heroína) y otras con efectos en su mayoría alucinógeno (cannabis, LSD, mescalina, ciertos hongos).
- Medicamentos utilizados fuera del ámbito de la medicina (“fármacos”): aquí se encuentran algunos hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); sedantes o ansiolíticos (benzodiazepinas); estimulantes y anorexígenos (derivados anfetamínicos); analgésicos y anestésicos (morfina, codeína, fentanil, otros) (Minsal, 2005).

El consumo de sustancias puede iniciarse como una forma de pertenecer a ciertos grupos, ya sea por consumo social o experimental, y que puede desencadenar, de acuerdo a características propias o por el medio en el que está inserto, en un hábito intenso o crónico, afectando sus actividades diarias, ya sea estudio, trabajo, etc. Para las familias significa una alta carga de sufrimiento y limita las posibilidades de progreso, lo mismo que para la sociedad significa importantes pérdidas en salud, justicia, etc. (Minsal, 2005).

### 2.10.2.2 Epidemiología

Según el sexto estudio nacional de drogas realizado en nuestro país el año 2004, el uso de drogas ha declinado la tendencia al aumento que evidenciaba en los años noventa y ahora



más bien se ha estabilizado, así se ve la tendencia en el consumo de marihuana y cocaína. El consumo de éstas junto a la pasta base alcanza un 5.8% (505 mil personas), más bajo que el año 2002 con un 6.2%.

Entre los adolescentes de 12 a 18 años, el consumo desciende considerablemente de acuerdo al año 2002 (8.6%). Este buen resultado se debe a la prevención ejercida por el ministerio, familia, escuelas y la comunidad.

El uso de drogas tiende a estabilizarse entre los jóvenes de 19 a 25 años con un 16%, pero está en torno a los más altos del año 2000 con un 16.3%)

La droga de mayor consumo en nuestro país sería la marihuana, y donde la población femenina ha aumentado su consumo, variando la relación con respecto a los hombres de 1:4 a 1:3, presentando un 3%. En los hombres, esta misma droga se mantiene con un 8.8%, y donde el 2000 registró un 9.7%.

Con respecto a las regiones de nuestro país, la primera región lidera los resultados con un 7.9%, sobrepasando a la quinta región que lideraba en el año 2002. En segundo lugar está la región metropolitana con un 7.5%, luego la quinta región con un 6% y en cuarto lugar la sexta región con un 5.1%.

El consumo de alcohol registró un 56.8%. En el periodo 1994-2004, el consumo ha aumentado en 18 puntos porcentuales. El consumo de cigarrillo permanece estable en este mismo periodo, con un 40% (Conace, 2004).

### **2.10.3 Violencia**

El plan nacional de salud mental y psiquiatría incluye la atención integral de:

- 1 Niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato
- 2 Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar
- 3 Personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo 1973-1990 Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derechos (PRAIS).

Prioridad programática: Atención integral de mujeres y adultos mayores afectados por violencia.

“Corresponde a un fenómeno que se da en un grupo social doméstico, donde una persona más débil que otra es víctima de abuso físico o psíquico ejercido por otro miembro, en condiciones tales que resulte difícil la implementación de recursos de control social que impidan esa práctica, por lo que tiende a repetirse.

La relación abusiva es crónica o periódica y se orienta a instalar o mantener una jerarquía de poder al interior de la relación” (Minsal, 2004).

#### 2.10.3.1 Violencia psicológica:

“Situaciones en que la pareja actual o cualquier otra pareja haya tenido cualquiera de los siguientes comportamientos en varias ocasiones.

- Insultado o hecho sentir mal.
- Menospreciado o humillado frente a otras personas.
- Hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla.
- Amenazado con herirla o a alguien importante para ella” (Minsal, 2004).

#### 2.10.3.2 Violencia física

“Situaciones en que la pareja actual o cualquier otra pareja haya tenido una o más veces alguno de los siguientes comportamientos:

Violencia física leve:

- Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla.
- Empujado, arrinconado o tirado el pelo.

Violencia física grave:

- Golpeado con su puño o con alguna cosa que pudiera herirla.
- Pateado, arrastrado o dado una golpiza.
- Intentado estrangularla.
- Intentar quemarla o quemado.
- Amenazado con usarr un arma, pistola o cuchillo contra ella” (Minsal, 2004).

#### 2.10.3.3 Violencia sexual

“Situaciones en que la pareja actual o cualquier otra pareja haya tenido una o mas veces alguno de los siguientes comportamientos:

- La forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando ella no lo deseaba.
- Quiso tener relaciones sexuales cuando ella no quería y ella lo hizo por miedo a lo que él le podía hacer.
- La forzó a realizar un acto humillante o degradante para ella” (Minsal, 2004).

Un estudio realizado de nombre “Detección y análisis de la Violencia Intrafamiliar. Región Metropolitana y IX región de la Araucanía”, con una muestra de mujeres entre 15 y 49 años residentes en áreas urbanas de la Región Metropolitana y áreas urbanas y rurales de la IX Región, mostró los siguientes resultados:

**Prevalencia de la violencia en la pareja en mujeres actual o anteriormente casadas o convivientes:**

Sin violencia: 495.675 (49.7%)  
 Violencia física y/o sexual: 339.386 (34%)  
 Violencia psicológica: 163.132 (16.3%)

**Prevalencia de la violencia física en la pareja en mujeres actual o anteriormente casadas o convivientes.**

Violencia física leve: 130.265 (40.7%)  
 Violencia física grave: 189.650 (49.3%)

**Violencia en la pareja según educación de la mujer en mujeres actual o anteriormente casadas o convivientes**

	Sin violencia	V. psicológica	V. física y/o sexual
<b>Básica completa o menos</b>	38.4	16.9	44.7
<b>Media incompleta</b>	45.4	14.3	40.2
<b>Media completa</b>	51.7	19.2	29.1
<b>Superior incompleta o completa</b>	57.4	14.1	28.5

**Violencia en la pareja en mujeres actual o anteriormente casadas, según estrato socioeconómico**

	Sin violencia	V. psicológica	V. física y/o sexual
<b>Alto-Medio Alto</b>	61.2	12.1	26.7
<b>Medio</b>	55.1	18.0	26.8
<b>Bajo-Muy bajo</b>	40.6	16.6	42.8

## **Experiencia de violencia en la niñez según violencia en la pareja en mujeres actual o anteriormente casadas o convivientes.**

	<b>Madre de la mujer golpeada</b>	<b>Madre de la pareja golpeada</b>	<b>Pareja golpeada en la niñez</b>
<b>Sin violencia</b>	32.3	33.3	37.0
<b>V. física y/o sexual</b>	49.5	49.4	48.0

(Minsal, 2004)

Como se detalló, las cifras dispuestas por el Ministerio de Salud de Chile avalarían la intervención por parte profesionales de distintas áreas, sin embargo, se hace necesario contar con la percepción del mapuche si es que realmente para ellos las intervenciones en estas áreas son necesarias para su comunidad.

## **2.11 SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS**

### **2.11.1 Avances en América Latina**

De acuerdo a Del Popolo y otros (2007), durante el seminario-taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?, América Latina sería una región pluriétnica y pluricultural, contando con más de 650 pueblos indígenas y una gran diversidad.

“Estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas (Convenio 169 de la OIT<sup>4</sup> y Declaración de Naciones Unidas):

- Derecho de no discriminación: en el acceso y la atención en salud.
- Derecho al desarrollo y bienestar social: derecho al nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso adecuado y de calidad.
- Derecho al desarrollo y bienestar social: derecho al nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso adecuado y de calidad.
- Derecho a la integridad cultural: utilizar el idioma indígena; concepto de bienestar-salud-integral; uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional.
- Derecho de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos: conservación de las plantas, animales, minerales y espacios territoriales de interés vital en la salud-enfermedad-sanación.
- Derecho de participación política: diseño, responsabilidad, control social (recursos) de las políticas y programas de salud” (Del Popolo et al., 2007).

---

<sup>4</sup> Oficina Internacional del Trabajo.

#### 2.11.1.1.- Legislación

De los 16 países que conforman América Latina, 13 de ellos posee alguna legislación sobre salud y pueblos indígenas. Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador, Nicaragua, República Bolivariana de Venezuela, serían los países que estarían más avanzados y además coincidirían con las mejores situaciones respecto a la legislación en Derechos Económicos, Territorial y Ambientales (según Índice del BID<sup>5</sup>) (Del Popolo et al., 2007).

#### 2.11.1.2 Políticas – para, de, y – Pueblos Indígenas

De 16 países de América Latina:

- 10 tienen una política específica de salud y pueblos indígenas (Brazil, Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Nicaragua, Perú, Republica Bolivariana de Venezuela); 1 país en líneas de acción Argentina, 1 país en proceso (Colombia).
- 2 países (Guatemala y Honduras) tienen un enfoque intercultural que forma parte de la política nacional.
- 2 países no poseen (El Salvador y Paraguay)

#### 2.11.1.3 Avances y logros

- Avances en cuanto al ordenamiento jurídico: decretos, leyes, normas e institucionalidad: reconocimiento por parte de los estados.
- Programas específicos para poder enfrentar los problemas de salud de los pueblos indígenas: consolidación de modelos de salud diferenciados; adecuación de la atención de salud.
- Experiencias comunitarias y territoriales: proyectos.
- Actores sociales comprometidos con la construcción de modelos con, desde y para los pueblos indígenas (Del Popolo et al., 2007).

#### 2.11.1.4 Debilidades

- Escaso desarrollo de un proceso de construcción colectiva de lo “intercultural”.
- Escasa participación, específicamente en términos consultivos.
- Poca formación de recursos humanos para el trabajo en salud con pueblos indígenas, lo cual limita el éxito de las políticas y programas.
- Financiamiento, limitado y no alcanza a cubrir todas las acciones o inexistente como en el caso de Guatemala.
- Falta de instrumentos de diagnósticos, seguimiento y evaluación de los programas (Del Popolo et al., 2007).

---

<sup>5</sup> Banco Interamericano de Desarrollo.

2.11.1.5 Desafíos e interrogantes claves para avanzar en el ejercicio de los derechos en salud de los pueblos indígenas.

- Acceso y accesibilidad: cerrar las brechas, fijar objetivos sanitarios acordes al perfil epidemiológico, evaluación y monitoreo de programas.
- Medicina indígena: Sistema de conocimiento en salud propio y específico para cada pueblo.
- Participación
- Modelo de salud (Del Popolo et al., 2007).

## **2.11.2 Programas que desarrolla Salud con presupuestos específicos en el ámbito Intercultural:**

2.11.2.1 Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: comienza a implementarse el año 1996, se inicia en 4 servicios de Salud y actualmente tiene acciones en 24 de un total de 28 Servicios del país.

2.11.2.2 Programa Orígenes: se implementa desde el año 2001 y cubre 5 regiones con 9 Servicios de Salud. Sus coordinadores Regionales son en su mayoría profesionales indígenas (Sáez, s/f).

2.11.2.2.1 Programa Orígenes -Componente de salud intercultural en Chile.

2.11.2.2.1.1 Salud Intercultural en las comunidades del programa.

Objetivos:

“El objetivo del Programa de Salud Intercultural es contribuir a elevar la situación de salud de la población indígena, mediante la eliminación de barreras culturales y la ampliación del acceso físico a los servicios públicos” (Programa Orígenes, 2006).

Los proyectos de este componente que se ejecutan directamente con las comunidades se implementan en cuatro grandes áreas:

- *“Desarrollo y validación de modelos de atención intercultural en salud”*

Los objetivos de esta área eran el diseño, ejecución y evaluación de a lo menos cinco experiencias interculturales de atención y promoción de salud, pertinentes a las culturas Mapuche, Aymará y Atacameña validados, desarrollados e implementados, orientados a la construcción de modelos de atención y gestión de salud intercultural.

- *“Pertinencia cultural de los servicios públicos de salud en territorio indígena”*

Este componente tenía como objetivo la capacitación y sensibilización de al menos el 70% de los funcionarios, identificados como claves en la atención de salud de la población rural Aymara, Atacameña y Mapuche, de la red pública de salud y 90% de los funcionarios de servicios municipales de atención primaria que atienden población rural de las culturas indicadas

- *“Recuperación, fortalecimiento y desarrollo de medicina indígena”*

El objetivo de este subcomponente es la valoración, recuperación y fortalecimiento de la medicina indígena, a través del apoyo a iniciativas comunitarias y autogestionadas por agentes de la medicina indígena. En términos generales a través de este subcomponente se espera desencadenar procesos que permitan reconocer y mantener en el tiempo el recurso y patrimonio que representa la medicina indígena, tanto para los pueblos originarios como para el conjunto de la sociedad chilena.

- *“Mejoramiento del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios Interculturales”*

El objetivo es mejorar el acceso, la pertinencia y capacidad resolutive de la red de servicios de salud para mejorar su utilización por la población indígena” (Programa Orígenes, 2006).

## 2.12 MARCO EMPÍRICO

2.12.1 Un estudio realizado por profesionales del área de Enfermería y Antropología en la Universidad de la Frontera el año 2002, llamado Política de salud intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile, muestra interesantes resultados en relación a las diferencias entre proveedores de salud y usuarios mapuche.

Los tópicos tratados en la investigación fueron los siguientes:

- “Necesidad y justificación de una política de salud intercultural en la IX región”:

En este ítem, se observa que los usuarios mapuches se muestran totalmente de acuerdo con la necesidad de que exista una política de salud intercultural, que permita entregar una atención especial a la población indígena, en cambio, los proveedores de atención en salud no concuerdan en que exista esta necesidad.

Lo mismo ocurre con el acceso, donde los usuarios señalan que existen importantes problemas, lo que justificaría la creación de una política de salud, y por su parte los proveedores señalan que los problemas de la población general no debieran ser menores a los de los mapuches.

- “Concepto de salud intercultural”:

En este concepto existe acuerdo entre proveedores y usuarios, en relación a la incorporación de facilitadores interculturales y de la lengua mapuche en el sistema de salud, integración de prácticas terapéuticas de la medicina mapuche e incorporación de agentes tradicionales al sistema de salud que vaya dirigido a los usuarios mapuches. El desacuerdo entre opiniones estaría en relación a la necesidad de entregar una atención especial al usuario mapuche, en donde los proveedores no están de acuerdo pero si la mayoría de los usuarios.

- “Elementos simbólicos y prácticos necesarios para el desarrollo de una política de salud intercultural en la IX región”:

En este ítem, usuarios y proveedores concuerdan en que es importante aumentar el conocimiento en relación a la cultura mapuche, promover el respeto a la diversidad cultural y ser flexible y aceptar las diferencias. Además, los usuarios mapuches sugieren que debería existir conexión entre el sistema de salud y los agentes de la medicina tradicional, brindándoles a estos un espacio para realizar su atención.



- “Principios de gestión para la implementación de la política de salud intercultural en la IX región”:

La “gestión en política de salud intercultural”, tiene relación con los elementos necesarios para realizar una política de salud intercultural y que considera la autogestión, participación, pertinencia cultural y difusión. Aquí existe acuerdo entre usuarios y proveedores en lo siguiente: difusión de la política, referida al reconocimiento en todos los centros de salud; autogestión y participación de las comunidades indígenas, en relación con el diseño y ejecución de los programas de salud, que deben contar con representantes de las comunidades y organizaciones mapuche; y la pertinencia cultural, que se entiende como la incorporación de las creencias mapuche.

- “Desafíos regionales para una política de salud intercultural”:

Aquí el primer elemento relevante es discusión entre autoridades de gobierno y grupos mapuche para acordar un programa y la falta de capacitación del equipo de salud en cuanto a la capacitación en cultura mapuche. Aquí los usuarios mapuches ven como un desafío enfrentar la indiferencia, la falta de voluntad y discriminación del equipo de salud en relación a la cultura mapuche, y por su parte los proveedores no están de acuerdo.

En resumen, el presente estudio da cuenta de que por parte del sistema de salud, no existe un interés real por que se integre una visión intercultural en sus líneas de atención, sin embargo por parte de la población mapuche, se hace muy necesaria un sistema de salud que contemple su sistema de valores, creencias, etc. (Alarcón et al., 2004).

De acuerdo a lo señalado, se hace importante que a partir del análisis realizado por los autores de este estudio, que cuentan con la formación de Enfermería y del área antropológica, ver la visión del pueblo mapuche en relación a los sistemas de salud actuales, específicamente en el sector de Rahue, Osorno y ver de esta forma, si es que la tendencia analizada por este estudio, coincide o varía en este sector de la población.

2.12.2 Un estudio realizado por profesionales de salud en el hospital Makewe, llamado “Salud mental y enfoque socioespiritual – psico-biológico: Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud, muestra los siguientes resultados:

- Se requiere del uso de la lengua de origen para poder profundizar en los estados psicológicos como parte del desequilibrio.
- Se concluye que aún se mantienen características propias de la cultura, para explicar los distintos fenómenos que afectan la salud (transgresiones, males, etc.).
- Pese a que los estilos de vida de las personas han cambiado, las personas aún mantienen conocimientos comparables con la cultura de origen, por lo que aún existe en el inconsciente colectivo el patrimonio cultural.
- La resiliencia implica una redefinición del trabajo comunitario, hacia los recursos personales, familiares y comunitarios, en situaciones de crisis agudas y prolongadas.
- Se le otorga un papel fundamental a la labor del familiar, en el momento de enfrentar la enfermedad de uno de sus miembros.
- Se genera una propuesta de intervención para el hospital Makewe (Ibacache et al., 2002).

### **3. PROPÓSITO Y OBJETIVOS**

La presente investigación pretende conocer cómo se da el proceso de salud y enfermedad del mapuche urbano en cuanto a la depresión, como sujetos que reciben atención de salud a partir de su escenario cultural, con el fin de concluir qué tan necesario es la incorporación de un enfoque intercultural en las líneas de atención y a partir de ello elaborar una propuesta de intervención para la salud intercultural.

#### Objetivo General

3.1 Realizar una evaluación de la necesidad de una política de salud con pertinencia sociocultural en el ámbito de la salud mental de un sector mapuche huilliche de la Provincia de Osorno, que permita la comprensión de las prácticas de salud en la población de estudio, mediante el análisis hermenéutico y de las formas culturales de los actores.

#### Objetivos Específicos

3.1.1 Identificar la construcción del concepto de enfermar y del proceso de salud enfermedad, desde la lógica de las políticas de salud, y desde las representaciones culturales de los mapuche huilliche, como sujetos que reciben atención de salud.

3.1.2 Explorar la concordancia existente entre las prácticas sanitarias del sistema de salud oficial con las creencias y valores del sistema de salud mapuche, en cuanto a la construcción de salud y enfermedad y la movilización de recursos terapéuticos territoriales.

3.1.3 Desarrollar y proponer un plan de fortalecimiento de los programas de salud intercultural en la ciudad de Osorno, a fin de enriquecer las acciones de fomento y protección de la salud dentro del territorio.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Investigación cualitativa, de tipo etnográfica.

#### **4.1.1 Investigación cualitativa**

La investigación cualitativa, se orienta al estudio en profundidad de la realidad social, por lo cual en el proceso de recolección de datos, el investigador va acumulando numerosos textos provenientes de diferentes técnicas. Según Goetz y Le Compte (1981) citado por Osses y otros (2006), “el análisis de esta información debe ser abordado de forma sistemática, orientado a generar constructos y establecer relaciones entre ellos, constituyéndose esta metodología, en un camino para llegar de modo coherente a la teorización”.

Según Taylor y Bogdan (1998), la metodología cualitativa produce datos descriptivos, ya sea el propio relato de las personas, escritos o hablados, y la conducta observable. En ella, los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones a partir de pautas de datos, y no recogiendo datos para realizar una evaluación de modelos preconcebidos, y siguen un diseño flexible durante la investigación, partiendo de interrogantes formuladas vagamente.

#### **4.1.2 Trayectoria etnográfica**

Para Spradley (1979), etnografía es el estudio de la cultura y posee un cuerpo de conocimientos que incluye técnicas de investigación, teoría etnográfica, y cientos de descripciones culturales. Se trata de construir un entendimiento sistemático de todas las culturas desde la perspectiva de aquellos que han aprendido de ellos.

El núcleo esencial de la etnografía es la preocupación por el significado de las acciones y eventos de la gente que queremos entender. Algunos de estos significados están directamente expresados por el lenguaje, y muchos se toman por sentado y se comunicará sólo indirectamente a través de la palabra y la acción.

## **4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

La muestra está conformada por los usuarios mapuche inscritos en un centro de atención primaria del sector de Rahue.

## **4.3 TÉCNICAS Y DISPOSITIVOS:**

### **4.3.1 Herramientas metodológicas:**

4.3.1.1 Entrevista semiestructurada: corresponde a una guía de la entrevista para asegurarse de que los temas claves sean tratados con un determinado número de informantes. No es un protocolo estructurado si no que más bien una lista de áreas generales, en donde el investigador decide en qué momento y cómo realiza las preguntas (Taylor & Bogdan, 1998). Estas serán grabadas por un dispositivo electrónico para facilitar su análisis, previo consentimiento de los informantes, ver anexo N° 2.

4.3.1.2 Focus Group: también llamadas entrevistas grupales, en donde se reúnen a grupos de personas para hablar sobre algún tema. Aquí el entrevistador aplica un enfoque no directivo (Taylor & Bogdan, 1998). Estas se analizarán de la misma forma que las entrevistas individuales, con la metodología de Spradley.

4.3.1.3 Observación participante y no participante: en la observación participante el investigador participa dentro de la situación o problema que se vaya a investigar, esta permite ver el escenario donde el individuo se desenvuelve, en la no participante el investigador sólo observa y toma datos. Estas metodologías en un principio fueron consideradas como una fuente de obtención de datos, pero durante el transcurso de la investigación dada la cantidad de información obtenida no se consideró necesaria y además el tiempo que se ha establecido por cronograma, no permite alargar el estudio más allá.

### **4.3.2.- Entrevista etnográfica:**

Es la herramienta que utiliza el investigador y es él quien debe enseñar a la persona a ser un buen informante. Se identifican tres elementos para las entrevistas etnográficas:

4.3.2.1 Propósito explícito: aquí se da a conocer al informante el propósito de la entrevista en una conversación inicial informal.

4.3.2.2 Explicaciones etnográficas: aquí hay información general y luego más específica.

4.3.2.3 Cuestionamiento Etnográfico: incluye las preguntas etnográficas, de las cuales existen tres tipos:

4.3.2.3.1 Descriptivas o “Gran Tour”: son abiertas por lo que dan una visión general de la perspectiva cultural del informante.

4.3.2.3.2 Estructurales: entregan información más específica, sirven para pedir aclaraciones o verificar algún dato.

4.3.2.3.3 Contraste: permite descubrir diferentes dimensiones de significados que el informante utiliza a lo largo de la conversación (Spradley, 1979).

## 4.4 ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

Según Spradley (1979), el análisis de datos incluye análisis de dominios, análisis taxonómico y análisis de temas.

### 4.4.1 Análisis de dominios

Un dominio cultural es una categoría de significados culturales que incluyen otras pequeñas categorías. Una categoría cultural es una situación en especial que ocurre en una cultura. Los dominios son es la primera unidad de análisis y la más importante, y este se origina a través de las notas de campo obtenidas durante la observación.

El dominio está constituido por tres elementos:

4.4.1.1 Término cubierto: Nombre del dominio.

4.4.1.2 Término incluido: Nombre de categorías menores.

4.4.1.3 Relación semántica: Unión de dos categorías, operan por el principio general de inclusión y su función es definir términos incluidos y situarlos dentro del dominio cultural.

Existen tres tipos de dominios:

4.4.1.3.1 Populares: Los términos se extraen del lenguaje de los informantes.

4.4.1.3.2 Mixtos: Estos entremezclan palabras del investigador con las del informante para complementar un dominio.

4.4.1.3.3 Analíticos: Aquí dos o más significados culturales permanecen implícitos y se infiere sobre ellos para explicarlos:

1. Inclusión estricta

X es un tipo de Y.

2. Espacial

X es un lugar o parte de Y.

3. Causa \_ Efecto

X es un resultado de Y.

4. Racional

X es una razón para hacer Y.

5. Localización para la acción

X es un lugar para hacer Y.

6. Función	X es usado para Y.
7. Medio – Fin	X es una forma de hacer Y.
8. Secuencia	X es un paso (etapa) de Y.
9. Atribución	X es una característica de Y

#### **4.4.2 Análisis taxonómico**

Corresponde al segundo nivel de análisis de datos, su meta es profundizar y demostrar la organización interna de un dominio. Este análisis revela subsectores de términos populares y la manera como estos se relacionan con el dominio.

#### **4.4.3 Análisis de temas**

Spradley define tema cultural como “algún principio cognitivo, tácito o explícito, recurrente en varios dominios y que sirve como relación entre los subsistemas de significado cultural” (Spradley, 1979). Son grandes unidades de pensamiento; consistentes en un número de símbolos usados dentro de relaciones de significados. Un principio cognitivo irá a tomar usualmente la forma de una afirmación, siendo algo que las personas acreditan y aceptan como verdadero y válido. Estas afirmaciones deben ser validadas por el investigador a través de las preguntas estructurales, para confirmar o desmentir dominios hipotéticos.

### **4.5 CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La metodología que se utilizó en esta investigación corresponde a la Investigación cualitativa de tipo etnográfica, en donde se aplicó una entrevista semiestructurada para poder guiar a los informantes hacia los temas de interés en esta investigación.

El universo cultural no fue previamente definido, ya que al iniciarse un estudio con interrogantes e intereses investigativos, generalmente no se preestablecen la naturaleza y cantidad de los informantes que se estudiarán. El muestreo al azar o estratificado, permite asegurar dentro de los casos estudiados una representatividad, dentro de una población mayor en la cual se está realizando el estudio (Taylor & Bogdan, 1998).

La primera informante de la investigación, fue contactada a través de la asociación Ruca Mapu, quien contacto a través de sus mismos integrantes, a personas que pertenecieran al programa de salud mental.

Luego de obtener la información de los pacientes pertenecientes al programa de salud mental, de las que se obtuvo toda la información de los pacientes solamente en el consultorio

de Rahue Bajo, el primer contacto se realizó de manera telefónica, explicando el objetivo de la investigación, solicitando se nos reciba en una fecha determinada para explicar de mejor forma los detalles de la investigación. Se les señaló además que en un segundo contacto se aclararían todas las dudas con respecto a la investigación y que no existía ningún compromiso en no acceder a la entrevista.

En un segundo contacto, se realizó una visita al entrevistado con el fin de explicar en mayor detalle el objetivo y metodología de la investigación, presentándoles el consentimiento informado.

Al acceder a la entrevista, se les explicaba como se iba a realizar esta y los temas a tratar. En el transcurso de la entrevista, se iban realizando preguntas abiertas para ir guiándolos hacia los temas, pasando por preguntas de tipo gran tour, es decir introduciéndolos hacia el tema, preguntas estructurales para ir aclarando algunas perspectivas y preguntas de contraste para ir profundizando en la entrevista.

Luego de haber capturando la entrevista en dispositivo electrónico, se procedió a transcribir textualmente estas, las que fueron analizadas en profundidad por las investigadoras, a fin de capturar lo más importante en ellas, considerando además las notas que se capturaron del lenguaje no verbal de los entrevistados, lo que permite comprender de mejor manera el sentir del informante.

Para la realización del Focus Group, se contactaron telefónicamente a 5 personas, las que no tuvieron problema en acceder en participar, explicándoles la privacidad de la información que allí se trataría.

Al inicio del Focus, se les explicó a los integrantes la metodología a realizar durante la actividad, y como sería la participación de los moderadores. El inicio fue un poco dificultoso en cuanto a la confianza en participar de los integrantes, pero se superó en pocos minutos la tensión del inicio. Luego de ser capturado por dispositivo electrónico, se procedió a transcribir para realizar su análisis, el que se realizó con la misma metodología de las entrevistas individuales.

#### **4.6 ESCENARIOS CULTURALES**

Las entrevistas fueron realizadas en los respectivos domicilios de los informantes, previo establecimiento del compromiso vía contacto telefónico. Sólo en dos de los casos fue



necesario realizar las entrevistas en los lugares de trabajo de los entrevistados, dado que señalaron que esos lugares serían de mayor comodidad para ellos.

Para la realización del Focus Group, se contactó a la presidenta de la organización Ruka Mapu para solicitar la sede de reuniones de la agrupación, quien accedió sin problemas. La sede correspondía a un jardín infantil, la que contaba con un entorno propicio para realizar la actividad.

#### **4.7 INFORMANTES**

La información obtenida a través de los discursos, fue proporcionada por 9 personas pertenecientes al área de depresión del programa de salud mental, que residen en los sectores de Rahue Alto y Rahue Bajo, y que se atendían en uno de los consultorios de ese sector. No se pudo establecer contacto con las personas pertenecientes al área de Violencia y Alcoholismo, dada la negativa de los primeros y la experiencia de haber contactado a un paciente en estado de ebriedad del programa de alcoholismo, por lo que finalmente no se pudo entrevistar.

La selección de los informantes se realizó al azar y de forma estratificado, es decir se escogió dentro de los usuarios a las personas con apellidos mapuche, ya sea uno o ambos y de los distintos grupos étnicos, a fin de asegurar una representatividad de los casos estudiados, con respecto a la gran población de Rahue.

Cabe destacar de los informantes, que los informantes en su mayoría eran mujeres, dueñas de casa, y con escolaridad de básica incompleta. Sólo una de las entrevistadas se encuentra realizando estudios superiores.

#### **4.8 RIGOR ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN**

Es fundamental que al inicio de toda investigación, fuera de tener claro el objetivo principal de su realización y el real beneficio que traerá para las personas la realización de esta, se cuente con una formación moral y ética dada la información de tipo confidencial que se manejará para la realización de este estudio.

La formación moral del profesional se realiza durante la educación universitaria, sin embargo existe un sistema valórico generado durante la infancia en el seno del hogar, por lo que el sistema de valores reconocido por la sociedad resulta determinante. El ser honesto, tener la capacidad de autocrítica, actuar con responsabilidad moral y el ser sencillos, deben ser

características que debe poseer todo profesional, sin embargo a partir de investigaciones previamente realizadas, es posible ver que se han hecho publicaciones con uso inadecuado de información, como por ejemplo invención de resultados, utilización de datos de otros autores, plagio, repetición de trabajos etc. (Amaro, 2006), lo que sin duda para nada representa el espíritu de esta investigación.

Para realizar el acercamiento a la población de estudio, se estableció con el entrevistado una relación de mutua confianza, en donde se dejó desde el primer momento en claro la confidencialidad de los datos recogidos y de el objetivo principal de la realización de la investigación.

Nosotras durante la realización de esta investigación nos comprometemos a mantener el secreto profesional, que es un derecho de las personas que fueron objeto de este estudio, por lo que se elaboró un acta de consentimiento informado, el que señala las características de la investigación y del cómo se utilizó la información recolectada. (Véase anexo N° 1)

## 5. ANÁLISIS DE DATOS

### 5 ANÁLISIS DE DATOS SEGÚN SPRADLEY

#### 5.1 Análisis de Temas y Subtemas

Luego de realizar las entrevistas<sup>6</sup>, se establecieron tres categorías de análisis, que emergieron a partir de los discursos, y que tienen relación con la pauta de entrevistas.

#### ETNIA

Para poder realizar una evaluación de la necesidad que posee la cultura mapuche de recibir una atención de salud con pertinencia cultural, es necesario establecer cuáles son las características del grupo humano en estudio, el qué tan arraigado tienen estas las costumbres heredadas de sus antepasados y cuáles de ellas aún se mantienen, dadas las circunstancias en que se ha visto envuelto el mapuche, desde que la conquista española obligó a modificar sus costumbres y formas de organización, hasta ahora que se encuentra viviendo en la urbanización. Estas características, fueron surgiendo a través de los discursos, y se presentan a continuación.

Los entrevistados en su mayoría se autodefinen como mapuche, sin renegar de su etnia, por lo que es posible ver que existe un sentido de pertenencia a los orígenes. Esto se traduce en un interés en querer compartir experiencias con personas de las mismas características, y que los caracteriza como una identidad cultural, por lo que una gran cantidad de los entrevistados participan en agrupaciones bajo distintas motivaciones, como el interés por rescatar las tradiciones y aprender la lengua: *“nada más que fuera de andar en la banda que... tratando de rescatar algo de lo que es nuestro y alguna vez esperando también poder hablar el idioma como corresponde, porque pienso también que puedo aprender”*, realizar actividades recreativas de tipo musical: *“se canta, se baila porque tienen un grupo... cantantes y los... músicos y bailarines, con todos son 25 personas los que más andamos”*, y además otra motivación para pertenecer a ellas, es la posibilidad de realizar una interacción social con otras personas y el mantenerse ocupada: *“me invitó a participar en la agrupación porque como yo tengo mis dos apellidos que son indígenas como se dice, me dijo si que yo quería pertenecer al grupo, y yo le dije que si po, en ese momento yo ya me sentía bien como para poder hacer cosas diferentes aparte que me hacia bien ir ahí, y me hace bien ir ahí,*

---

<sup>6</sup> La transcripción de las entrevistas se encuentran en poder de las autoras, y sólo se extrajeron de ellas las citas a ser analizadas en relación a los objetivos de esta investigación.

*porque ahí uno empieza a conversar cosas que en su casa a lo mejor no tiene tema de conversación, bueno y porque me gusta voy o sea me gusta ir ahí”.*

Sin embargo, también es posible observar que la principal motivación para pertenecer a organizaciones, son las ayudas que reciben por medio de estas, mediante proyectos que ellos mismos realizan y además que el gobierno ofrece como parte del programa intercultural: *“unos proyectos también que lo ayudan a uno, sí, éste año a mi me... yo fui... me ayudaron a eso también salí beneficiaria en ese aspecto, porque me buscaron, por el hecho que me vine a Osorno, me buscaron acá para poder... dar, sacar lo que me tocaba a mí”*, además a través de estas ayudas pueden obtener beneficios que le permiten mejorar su calidad de vida: *“mientras yo trabajé en el campo siempre recibí harta ayuda por la comunidad mapuche, era bueno porque empezaron a salir ayudas, ayuda de gobierno para la comunidades indígena, entonces ahí todo eso lo aproveché, en cuanto a ayudas venían en ovejas, ovejeras completas, hortalizas, ayudaban con abono, todo eso, igual era bueno y en eso yo estuve hartoo tiempo”.*

De acuerdo a lo anterior, vemos que los entrevistados al pertenecer a organizaciones mapuche Huilliche, más que realizar un movimiento de reivindicación y búsqueda de un reconocimiento, buscan en algunos casos el mantenerse activa en cuanto a interacción social, y en otros buscar beneficios materiales que les permitan surgir en su estándar económico.

En cuanto al conocimiento de la lengua del mapuche, es posible ver que de todos los entrevistados, ninguno habla la lengua, sólo se conocen algunos términos aislados y que no son utilizados en el lenguaje habitual de estos. En relación a los padres de los entrevistados, relatan que ellos sí conocían medianamente la lengua: *“mi mamá habla, si todavía está viva, todo en lengua todas las cosas, todas las cosas, yo se hartas palabras sueltas pero para conversar no sé, no sé, y yo como no me crié con ella... a mi me pusieron interna porque como éramos hartas hermanas y mi papá no tenía mucho recurso para nosotras, éramos casi puras mujeres, la mas joven esa habla más”, pero se observa en general que el conocimiento total de la lengua, termina hasta la generación de sus abuelos: “Mis papás ninguno habla lengua, mis abuelos si, pero a mi no me... no... o sea yo siempre trataba de entender lo que ella decían y conversar y con... el que más hablaba que era mi abuelo, nunca me enseñaron así que... como que me echaban para el lado, nunca me quisieron enseñar”*. Además, se observan distintas razones por las cuáles ellos no conocían la lengua, en donde prevalece la migración temprana de los entrevistados desde sus hogares, debido a estudios o trabajo: *“Nosotros cometimos el error más grande, que mis abuelos eran hablantes mapuche, ellos conversaban en mapuche y nosotros como fuimos a aprender castellano y todo, y nos absorbió, y realmente yo lo que mas siento es no haber aprendido con ellos, yo se medianamente pero me hubiese gustado saber el sonido digamos dar discurso, pero ahora voy a tomar clases con un lonko, así que este verano...a reforzar lo que sé y lo que me falta”, sin embargo en algunas ocasiones también se menciona la falta de interés en conocer de ella: “nosotros no, porque... no sé, no nos gustaba”.*

De acuerdo a lo anterior, se puede observar que la mayoría de los niños de las familias, migraban de sus hogares para realizar estudios. El principal motivo de enviarlos a internados era que allí aparte de recibir educación, recibieran el sustento de la semana, dado los escasos recursos que las familias tenían en el campo. Por lo tanto, esta sería la principal razón por la cual el conocimiento de la lengua es escaso, ya que era poco el tiempo que los padres pasaban junto a sus hijos.

En la cultura mapuche existen ciertas costumbres y tradiciones, que los caracteriza como una identidad cultural. De acuerdo a ello, los entrevistados relatan cómo dentro de sus familias se vivían estas: *“Mi abuelo era mapuche, o sea las tradiciones que ellos tenían es como... a mi abuelo era cacique, entonces las tradiciones que él tenía eran hacer... así como rituales, cuando había una persona muy enferma, pero a esa parte a mí no me llevaban, yo solamente sabía nomás, escuchaba que los nguillatunes que en esos tiempos se hacían y que ahora están de nuevo...”*. Además se mencionan tradiciones características en cuanto a la vivienda y alimentación: *“Las piezas las... eran como camarotes, nosotros como estar se hacía como litera como se llaman ahora, nosotros así nos hacíamos las piezas, con pillejo eso de cordero, eso era nuestra cama antes de nosotros y para taparnos eran plumas de gansos, se lo echaban dentro de unas bolsas y ahí con esos nos tapábamos”, “porque antes teníamos con piso de tierra, mi casa era con piso de madera pero de madera bruta, nada de encerado nada de eso, solamente se baldeaba en el verano y uno barría bien nomás en el invierno”, “generalmente en la parte mapuche se deja una cosa entremedio ahí, ya sea un huevo frito, lo que tu quieras comer, y todos van sacando de lo mismo, el mate también va pasando de boca en boca y no se limpia, eso era por lo menos en mi tiempo, porque se supone que la humanidad de la persona es tan como la misma entonces no existe ese corte del gen que se podría llamar entre comillas hoy día”*.

Sin embargo, si bien ellos señalan las tradiciones y costumbres que vivieron en la infancia, en sus lugares de orígenes, vemos que la mayoría de los entrevistados mantienen hoy muy escasas costumbres de las que son conocidas como tradicionales del mapuche: *“se están perdiendo de a poco ya lo que era lo mapuche, lo tradicional”*. Lo que se menciona que aún se mantiene es la alimentación, ya que en algunos hogares aún se realizan comidas típicas: *“No mantengo tradiciones acá, menos acá, ninguna, bueno no olvidarme de mis comidas no más, de mis comidas que eran... como... son como tradicionales, costumbres de nosotros, como el mote, el muday, el catuto, de eso si que no, o sea yo trabajaba incluso todo eso, trabajaba todo eso, en harina tostada, el mote, nada más que eso”*, *“Bueno, las partes de hacer comidas típicas, las comidas típicas mapuches sí las hago, son todas las que le mencioné antes muday, catuto, harina tostada hago cuando voy al campo a donde mi mamá, porque aquí no se puede hacer mucho fuego afuera, entonces no hay como leña tampoco suficiente como para poder tostar el trigo, entonces vamos donde mi mamá y ahí voy a hacer harina y... milcao, mote, esos los mantengo aquí”*.

Considerando que para el Huilliche su sistema curativo tiene directa relación con la religiosidad, en donde existen figuras proféticas que permanecen más que nada en San Juan de la Costa, como es el Cristo de los mapuches el abuelito Huenteyao, vemos que este forma parte del patrimonio cultural del mapuche, siendo mencionado por los entrevistados como parte de la religiosidad mapuche: *“siempre iban a una parte que le decían Piutríl allá donde hay una, que le dicen que es una hija del abuelito Huenteyao donde siempre iban a ahí a una piedra que cuentan que, yo no... tampoco lo he conocido hasta ahora, porque dicen que hay que tener bastante respeto para entrar ahí, yo no... como que le echan miedo, y no prefiere sola no ir, esa parte no la, no lo conozco yo, pero es cerquita de donde vivíamos nosotros, siempre iban ahí a pedir sanción para las mujeres que estaban demasiado así como ya que... apunto de morirse ya”*.

No obstante, pese a que son mencionadas las características de la religiosidad mapuche por algunos entrevistados, como parte de experiencias vividas durante la infancia y adolescencia, la mayoría de ellos actualmente poseen una religión occidental, siendo preferentemente católicos: *“Yo tengo religión católica, día domingo a veces ya a veces rezamos cuando estamos con los abuelitos también, que hay semanas enteras que hay que empezar a ir po”, “Yo soy católico y bien creyente en los católicos si, de religión católica yo llevo yo soy bien religioso siempre oro, rezo en las noches, por toda mi familia no solamente por mi, por todos ellos cuando se está para ir a la iglesia también voy, pero religiones de otra yo no tengo solamente soy católico”*.

De acuerdo a lo analizado, la tendencia de los entrevistados, pese a que refieren ser creyentes en Dios, es no asistir regularmente a la iglesia: *“No vamos a la iglesia nosotros, estamos aquí no más, estuvimos yendo a la iglesia esto... evangélica en el campo estuvimos yendo, aquí en Osorno no, no he ido porque realmente no sé donde quedará la... no, no me ha dado esa preocupación de buscarla”, “me llevaron a la iglesia pero de ahí me volví otra vez a atacar, de eso ya hace tiempo ya”*.

Sólo uno de los entrevistados hace referencia a la religión indígena, junto con poseer también una religión occidental: *“nosotros seguimos siendo católicos cristianos, somos catequistas con Francisco, pero nuestra religión indígena esta bien también afiatada entre nosotros, porque en el fondo el sincretismo ya se dió hace mucho tiempo, y como digo no tenemos sentido con tradiciones y una apoya a la otra, hacen como un tremendo complemento, entonces somos muy respetuosos de la religión huilliche, muy respetuosos, y también somos preocupados de que esta cultura huilliche no se pierda”*.

Por lo anteriormente observado, el mapuche Huilliche no mantiene la religiosidad que lo caracteriza, ya que el Huilliche mantiene una expresión ritual que permanece en todo lo que lo rodea, lo que no se observa en los entrevistados, salvo una excepción y que también la complementa con la religión occidental, es decir han pasado a la evangelización.

Es posible ver, que en uno de los casos se hace mención a la discriminación en relación a la etnia, partiendo desde el hecho que la mayoría de los entrevistados tienen un auto reconocimiento de su origen, expresando sentimientos de inequidad en cuanto a las posibilidades de acceso laboral. Esta dificultad de acceso a lugares de trabajo, se hace en relación a la baja escolaridad y que a su vez es consecuencia de vivir en sectores aislados, principalmente en la Costa, lo que concuerda con que en ese lugar hay una alta densidad mapuche: ***“Es difícil, porque siempre la persona con apellido indígena es... sabe que no es bien mirada por ninguna parte, porque de repente le cuesta hasta encontrar trabajo en una situación así po, no le dan porque siempre lo van a mirar como lo quiere, porque no lo piden porque no tienen educación y todo eso, siempre la persona mapuche nunca... bueno uno... yo encuentro que... yo bueno porque Dios es bueno me tiene con trabajo pero no así porque sí una persona va a recibir, porque principalmente si un no tiene estudio no lo van a recibir, están pidiendo segundo medio, cuarto medio, o octavo terminado pero acá gracias a Dios a mí me recibieron sí”***.

Además, se mencionan hechos de discriminación que más que ser relacionados con la etnia, se asocia a la clase social, lo que se traduce en un sentimiento de aminoramiento frente a la atención pública de seguridad: ***“el amable carabinero como se dice, como le digo yo ahh, dijo pero por qué no me fueron a buscar a mi casa poh dijo si yo estaba en mi casa, como le dice eso a él, yo me sentí mal por el trato que hubo hacia nosotros, porque nosotros vivimos en una población que es media conflictiva pero no por eso ellos tienen derecho a tratar mal a la gente...¿me entiende?”***. También uno de los entrevistados hace mención a la discriminación sufrida en el sistema de salud, asociándolo a ser una persona de escasos recursos: ***“en los hospitales hay mucha discriminación a la gente humilde, hay mucha discriminación eso es en todas partes no es solamente aquí ni en Chiloé en todos lados, en todas partes, eso lo puedo decir yo he andado en muchos lados y me ha tocado he estado muchos años he andado de un lado a otro y hay mucha discriminación, cuando hay plata no la hacen esperar, pero cuando no hay plata que espere no mas una hora dos horas”***.

Podemos deducir a partir de lo anterior, que si bien se han evidenciado hechos discriminatorios, sólo en uno de los casos se asocia a la atención de salud entregada, por lo que no representa el pensamiento general de los entrevistados.

## SALUD Y ENFERMEDAD

Para toda persona, el mantenerse sano constituye el principal eje de sus vidas, ya que sin ella no se podrían realizar las distintas actividades que permiten una buena subsistencia. De acuerdo a la OMS (2000), la salud corresponde a mantener un bienestar físico, psíquico y social, y no necesariamente la ausencia de enfermedad. Sin embargo, cada persona vivencia el proceso de salud y enfermedad de distinta forma, de acuerdo a las creencias, percepciones de la cultura, cogniciones, etc. Por ello, para comprender el proceso de salud y enfermedad de este grupo humano, específicamente en el caso de la salud mental, es necesario comprender qué es para ellos la enfermedad, sus causas, síntomas, y que antecedentes familiares poseen, temas que fueron surgiendo a partir de las entrevistas realizadas.

La enfermedad es vista por los entrevistados, como un proceso natural, donde son reconocidas con claridad sus causas, que se relacionan con hechos que han marcado profundamente sus vidas: *“La enfermedad, eso fue por problemas no más, o sea la depresión siempre se da por problemas no más po, pase un problema yo... bien fuerte, de ahí me vino otro y otro hasta que tuve que atenderme, hasta que llegó el día que tuve que atenderme porque ya no daba más”, “era viejita y murió de 92 años de ahí que quedé enferma de depresión yo po”, “ahora que mi esposo se fue me dio una tremenda depresión, estuve mal estuve mal”, “se nos murió un hijo”, “falleció mi marido”*. Sólo una de las entrevistadas menciona que una de las causas podría ser las características del mapuche, el que sería muy sensible y lo haría propenso a la depresión: *“yo creo igual ha habido hartos casos de depresión en San Juan de la Costa, tal vez el... pienso yo que el mapuche tal vez es muy sensible, le afectan demasiado las cosas”*.

También se presentan casos, en donde la depresión proviene de hechos ocurridos durante la infancia, que no pudieron ser superados con el tiempo, y que incluso se volvieron a repetir en la etapa adulta, lo que evidencia una vida marcada por factores de riesgo: *“uno de mis tíos que hace bastantes años ya que no existe tampoco... que... él me violaba cada vez que mi abuela me dejaba con él, y mi abuela tenía que trabajar y venía a vender sus cosas acá a Osorno y... ahí él aprovechaba, fueron bastantes años, tenía como 8 años cuando empezó a hacerlo”*.

La enfermedad de acuerdo a sus etapas, tiene distintos síntomas que se manifiestan de manera similar entre los entrevistados, y que corresponden a síntomas clásicos de la depresión: *“a mí se me olvidaban las cosas, de repente dejaba cosas en otro lugar que no correspondía, porque hay tantas cuestiones, entonces hacía de repente hacía puras leseras dejaba una puerta abierta o dejaba la llave metida en la puerta cualquier cosa”, “no tenía ganas de hacer las cosas”, “me dio por comer, la ansiedad, incluso todavía la siento a veces pero ya no es tanto”, “me cansaba de repente y no sabía que cansancio era”*.



El mapuche le otorga gran importancia a la familia, ya que es la unidad fundamental en la mantención de las costumbres. Sin embargo, es posible observar que el entrevistado vive la enfermedad de manera individual, es decir, manifiesta pasar los días de enfermedad en soledad: ***“yo digo primero hay que pasarla para poder entender a la persona que tiene la enfermedad, hay que vivirlo porque no es fácil llevarlo, yo creo que acompañado puede ser más fácil, pero como ya... la llevo sola para mí es difícil”, “yo estoy sola últimamente, quede sola, todavía no me repongo, lo sentí mucho a mi esposo”,*** y donde se puede ver que la angustia es tal, que aparecen sentimientos de terminar con su vida y de auto infringirse daño: ***“estuve mal, intente de matarme un día, no quería vivir”, “sabe que yo había intentado matarme junto a mis dos hijos”.***

La medicina mapuche atribuye las causas de la enfermedad a hechos sobrenaturales o mágicos, lo que se hace mención en uno de los discursos, señalándose que la enfermedad podría haber sido ocasionada por una tercera persona, pero destacando que el entrevistado no realiza esta afirmación con una real convicción: ***“de repente no sé, hay tanta gente que quizás a lo mejor la gente que menos espera le puede hacer algo, pero ojalá...quiero creer que no, quiero creer que es una enfermedad que no solamente a mí me esta pasando, y si fuese así, que una persona me esta haciendo daño, no tomar represalias contra esa persona tampoco”.***

Los antecedentes familiares de enfermedad, revelan información importante en relación a la morbilidad familiar, pudiendo establecerse así, si existían antecedentes previos de enfermedad mental en la familia, lo que otorgaría una predisposición por parte del entrevistado a poseer enfermedad mental. Es así como los entrevistados mencionan, distintos antecedentes de salud de sus familiares: ***“Mi papá falleció porque el tuvo un accidente, a él lo atropellaron”***, ***“Mi papá era epileptico, tenía epilepsia ahí en (no se entiende), eso es, eso tenía y de eso murió también, murió como de 74 y mi mamá tiene 84, ella está postrada en silla de rueda, tiene artritis severa”,*** ***“Mi papá murió de diabetes y mi mamá le dio un infarto y tengo un hermano que ha tenido tres pre infartos, y mi hermana, esa igual murió de infarto, tenía 16 años”.***

Dos de los informantes mencionan que existía un antecedente familiar previo de enfermedad mental: ***“Mi madre murió con depresión, de hecho la pena le hizo venir todo el resto de enfermedad hasta que falleció”,*** ***“después falleció mi abuela por la penita de haber perdido a su hijo”.***

## SISTEMA DE SALUD MAPUCHE Y SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

En Chile, existe un sistema de salud mixto, es decir uno público y otro privado, y donde el usuario puede optar cuál escoger. Dadas las características de las personas en estudio, la totalidad de ellos se atiende en la atención pública de salud, pero de acuerdo a las características del grupo étnico al que pertenecen, se puede decir que ellos poseen un segundo matiz en cuanto a lo que salud refiere, ya que el grupo étnico al que pertenecen, es decir el mapuche, posee su propio sistema curativo.

El sistema curativo mapuche, se caracteriza por poseer un conjunto de prácticas y conocimientos que los caracteriza como grupo étnico, y en donde existen personas que poseen el don de conocer las propiedades de las hierbas y remedios naturales, quienes son llamadas hierbatero o médicas, es así como todos los entrevistados, pese a que viven en la urbanización, tienen información sobre estos agentes de la medicina o también llamados naturistas, en relación a donde ubicarlos, tipo de trabajo que realizan, etc.: *“era médica mi abuelita de puras hierbas, no era bruja porque algunos dicen que cuando son machis son brujas, pero no po mi abuelita hacia puros remedios así”, “por ejemplo la señora Maria Panguinamun toda su vida a vendido hierbas, entonces ella sabe, y siempre es bueno buscar digamos la persona más adecuada, porque hay personas que no son mapuches y trabajan la medicina espiritual excelente”*.

Los sujetos junto con mencionar las enfermedades que han padecido y las de sus familiares, hacen mención a otras que los médicos no podrían curar en un hospital o consultorio, y que sólo podrían ser sanadas por ciertas hierbas que son de conocimiento de ellos, es decir, los médicos no las pueden entender y por lo tanto sanar: *“porque a veces hay enfermedades que en los consultorios no los curan, que son por lo menos el empacho que son... no los conocen ellos, que no lo pueden... no... un niño que tienen empachado con algo que haya comido, no... no lo van a poder sacar y el niño sigue enfermo, en cambio hay personas que con medicinas naturales, con hierbitas los curan, está también el susto que es otra enfermedad que ahí en el consultorio no los conoce”, “el médico no sabe de un empacho de una guagua pero lo... la medicina mapuche si sabe ¿ve?, y el niño jamás va a aliviar tomando pastillas porque el médico no sabe qué cosa tiene el niño, en cambio la otra medicina sí po”, “pueblo chileno, hay mucha costumbre de eso de los males, por una y otra cosa, no falta por qué, y en más de una oportunidad me he sentido muy afectada”*.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, existen enfermedades que los médicos no pueden curar pero si las médicas, y el método diagnóstico que utilizan es la observación de la orina del enfermo: *“porque le ven la orina, claro entonces ahí ellos buscan todas las yerbas para la enfermedad que tiene y él descubre”*. Además, comentan las acciones y los tratamientos que preparan para ciertas enfermedades: *“cuando joven con mi mami entre las dos llegaban hartos niños aquí con empacho es que a veces comen golosinas los chiquititos*

*comen cecinas así que los chiquillos, yo aprendí y mi mami también sabía por mi abuela eso es lo mas malo porque le molestan la columna “porque antes yo no sabía y lo llevaba una medica que había aquí en Lautaro le quebraba el empacho a mis chicos”, “Ese es para otro remedio, es para frío cuando hacen remedio para el estómago queman el carbón y lo mimos que hacia para el sobrepeso lo hacia mi abuela, quemaba un carboncito le echaba quemaba el azúcar y si no hervía bien lo volvía a meter en la estufa que arda bien esa azúcar con el carbón y le echaba a la taza y de ahí lo servia súper buena esa para el sobrepeso”, “La yerba buena, la manzanilla y una puntita de ceniza de aquí de donde quema la leña cae abajo en el... eso, eso en ayuna, después dándole eso y eso... increíble, le vota todo y ahí vive... claro, y ahí va eso, yo eso único le aprendí de mi mamá eso y así cuando a mi nieto así le cae mal algo yo siempre le hago eso y ahí quedan bien”, “algunas enfermedades que... que dicen que no las pueden curar y de verdad que no las pueden curar en los consultorios, porque yo a mi hija la tuve empachada igual, comió algo que no... que le hizo mal y no se lo pudieron quitar porque seguía enferma y después lo llevé a otra señora que atiende por allá, por la Quinto Centenario para que le quebraran el empacho y de ahí yo los vi porque... claro que ella no sé que les pone, pero le soban así la espaldita, le soban y le soban y le soban, le empiezan a dar y de repente le mandan el tirón así como suena como un... como si uno quiebra un palo”.*

Sin embargo, en ciertas afirmaciones, aunque escasas, se expresa la falta de confianza en la efectividad de las prácticas de las médicas: *“No he probado con las médicas, no lo he probado porque además que a veces uno no confía mucho en las personas, de repente hay gente que no sabe mucho y también se aprovecha así que... no intenté llevarla”.*

Por otra parte hacen referencia al alto costo que supone visitar a las médicas, tanto la consulta como los medicamentos: *“porque hay gente que se va de repente una curandera ¿y qué?, de repente los dejan peor para sacarle más plata y eso se ha visto y le cobran ¡bu! disparate po”, “si yo me voy a un naturista es que de repente uno por la plata porque uno no tiene el dinero necesario para llegar a un naturista porque mal que mal un naturista cobra y de repente le queda a uno mas difícil llegar a un naturista, caro sí”.*

De acuerdo a lo anterior, si bien existen algunas molestias en cuanto a los costos de atención, mantienen, en su mayoría, la fe tanto en las médicas como en la medicina popular aplicada en los casos de ciertos problemas de salud.

En cuanto a la atención pública de salud, los entrevistados señalan que al asistir al consultorio en el que se atienden, siempre son acogidos de buena forma: *“En el consultorio me han atendido bien la... los doctores, los doctores o sea todos don Carlitos, don Jaime, la... también me tocó la doctora (no se entiende) una persona bien buena”, “claro que me atienden bien los médicos no me ha ido mal nunca, ninguna mala experiencia nunca, a mi*

*me han atendido bien a mi mami también la han atendido bien cuando la venían a ver a la casa todo eso*". Además, le atribuyen gran valor a la atención, considerándola como una ayuda para superar la enfermedad, e incluso consideran a los profesionales como amigos: *"Así, me han ayudado, me... me ayudaron hartito ahí pongamos en el sicólogo me ha ayudado y igual po... el doctor me... me da ánimo"*, *"Los psicólogos me han ayudado hartito a, como se llama,...a entender que las cosas siempre tienen solución, porque yo sé que hay personas que tienen más problemas que yo y han sabido salir adelante y mi psicóloga es súper buena conmigo, súper buena conmigo, porque yo ya ni siquiera lo tomamos como que yo voy a la psicóloga porque es mi psicóloga sino como que voy a ver a una amiga que ella me entiende"*.

Además es posible observar que en el caso de tener algún problema de salud, su primera opción de atención es el médico: *"Cuando me enfermé recurrí primero al médico"*, y señalan marcada preferencia por ese sistema de salud, aceptando lo que el médico le recomienda: *"Yo siempre voy al médico, soy que años diabética, yo era bien gorda pesaba 82 kilos, y con mi enfermedad baje un montón de kilos, trabaje toda mi vida, y cada seis meses me controlo, porque mi diabetes está ahí, esta controlada"*, *"estoy en tratamiento y tengo que hacerle caso al médico"*.

Al analizar el sistema de salud de los entrevistados, se observa que la mayoría de ellos poseen atención gratuita, lo que ven también como beneficioso: *"Tengo tramo A, me dan de todo"*.

Pero si bien se encuentran conformes con la atención por parte de los profesionales, se hace mención a la mala atención recibida por parte del resto del personal de salud, con quienes refieren tener problemas al momento de solicitar hora, hacer cambios de horas médicas, etc.: *"a veces he tenido dificultad con la señorita que atiende en el mesón, porque siempre me pone problemas que... ¿no ve? el carnet y ella ve que me estoy atendiendo con... ya hace bastante tiempo con ellos y a veces yo me olvido del carnet"*, *"a mí me ha tocado sacar hora y todo eso, y yo pienso que hay una falencia en el trato de la personas, acá yo estoy muy conforme con el consultorio, los médicos atienden bien y todo lo demás, el problema está muchas veces en la gente que da la ficha, la gente con la que uno se encuentra a primera vista en el hospital"*.

Uno de los cambios que ha existido en la atención pública de salud, es la implementación de un sistema nuevo de visitas de familiares, que permite que el paciente se encuentre más acompañado durante el día y que además el familiar pueda participar de su cuidado. Sin embargo, no en todos los establecimientos de salud se ha desarrollado este sistema, por lo que uno de los entrevistados hace una reflexión, sobre como el enfermo se ve afectado aún más, al momento de estar en un hospital y apartarse de su familia: *"sobre todo yo pienso que lo más que uno debería aspirar que la persona que está enferma tenga"*

*posibilidades de estar lo mas que pueda con sus familiares, porque el hecho de apartarlo de la familia, del lugar donde está, mas lo enferma a uno”, “cuando yo tuve a mis hijos en un hospital en sala común, donde ni siquiera el personal te saluda, o sea eres uno mas, eres un numero, entonces es bastante diferente, y en realidad yo creo que si se pudiera volver a un parto natural, no estoy en contra de la medicina científica, pero se podría complementar, porque es mucho más agradable que uno después que tiene guagüita está tan sensible, que la atendiera su familia, su mamá sus hermanos, a que estar con gente totalmente desconocida, y como que la vida mapuche es así bien hacia dentro, bien calurosa”.*

De acuerdo a las enfermedades, sus etapas y a las características y necesidades del paciente, el médico prescribe fármacos cuyo objetivo es la recuperación y/o mantención de la salud, sin embargo, el paciente o cuidador se hace responsable de seguir aquel tratamiento proporcionado, o prescindir de él. En relación a la medicación utilizada por los entrevistados, se puede decir que la mayoría de ellos llevan el tratamiento farmacológico proporcionado por su médico en el consultorio, de forma cuidadosa y sin hacer abuso de ellas o de otros medicamentos no preescritos: *“Yo siempre tomo mis remedios con receta, he sido siempre muy cuidadosa en eso, si yo miro hasta la fecha de vencimiento, los chicos se ríen, me dicen mamá por que tan agresiva en ese sentido”,* considerándolos beneficiosos para la recuperación de la salud: *“lo que si estoy consciente de que me servido bastante los medicamentos que estoy tomado que me han dado en el consultorio”, “de ahí después ya cuando me empezaron a dar pastillas para todo eso comencé otra vez a... a funcionar bien y de ahí ya me dieron de alta, me dijo ya, después me dijo el sicólogo me dijo “estás bien””.*

De todas formas, pese a que siguen su tratamiento farmacológico, no dejan de otorgarle importancia a la utilización de hierbas medicinales: *“yo le tengo harta fe a los remedios de hierbas y cuando voy con fe a buscar el remedio al doctor igual me hace bien porque hay que tomar con fe los remedios y hay que seguir lo que dice el médico y si no le hacen bien bueno hay que tomar hierbas”, “Yo tomo yerbas, por ejemplo las yerbas por ejemplo de esas naturales que salen de afuera mi huertecita, tengo todas yerbas”,* sin embargo, las que señalan serían para algunas dolencias específicas, como por ejemplo el malestar estomacal: *“Las hierbas, buscamos la milta, el boldo, el ¿cómo que le llaman? la manzanilla son todas hierbas medicinales, por dolores que uno siente o malestares o dolencias estomacales para eso se usa, y el boldo nosotros lo usábamos como para tomar café”, “Depende de la enfermedad, yo he tomado también de médica para la diabetes, y me ha hecho bien pero no es permanente, lo que si es permanente es una hierba que me vende una abuelita que es medica en la feria y esa la estoy tomando continuamente, ando todos los días tomando aguas, son amargas que se yo pero sabe que me bajan inmediatamente el azúcar”, “Tengo el cedrón que es bueno, y el paico ese es bueno, por Dios que es bueno, usted puede estar muy enferma de la guatita pero tomare eso...pero no tiene que comer nomás po, puro paico por Dios que es bueno”.*

Una de las entrevistadas señaló que tenía conocimiento de que existían buenas hierbas para la enfermedad, pero la causa de que no las consumía era por su alto costo: ***“tampoco he buscado remedios, así como decía, hierbateros porque algunos me dicen que dan buenos... buenos remedios para el problema que tengo yo, porque... es que no tengo dinero como para ir, entonces estoy con pastillas no más”***.

Sin embargo dos de los entrevistados señalaron, que su percepción de las hierbas medicinales, es que no servirían para la enfermedad que padecen, y que sólo servirían para mantener la salud: ***“la doctora de campo como le digo yo, dan con esas enfermedades, pero en depresión es muy difícil y el corazón también ellos hacen aguas pero para mantenerse, pero no para sanar”***, ***“las hierbas no sirven para esta enfermedad”***

De acuerdo a esto, podemos deducir que una de las causas por la que los entrevistados se atienden en el sistema de salud occidental, es que ella si podría darle tratamiento a la enfermedad que padece, y no así la medicina popular.

Una de las cuatro áreas del rol de Enfermería es la educación, y a través de ella es posible aclarar las dudas de los pacientes en relación a las patologías, tratamiento, etc, ya que al enfrentarse a un problema de salud, los pacientes muchas veces no tienen conocimiento de cómo realizar su autocuidado en su nueva condición de salud. De acuerdo a los relatos, ha surgido en ellos ciertas inquietudes en relación al tratamiento, como el qué tan adictivos son, consecuencias de su uso prolongado, etc. Sin embargo, pese a que los entrevistados hasta el momento llevan de buena forma su tratamiento, es posible observar que los pacientes no tuvieron una educación del médico u otro profesional en relación al tratamiento que iniciaría: ***“uno tiene voluntad pero para un día poder dejarlo, entonces no es la idea, yo no... parece que no, no voy a poder... me da miedo, me da miedo el efecto que pueda... pueda, la reacción que pueda tener yo donde no tomarlo y aparte que las personas a mi lado siempre están preocupadas que yo me tome el medicamento también o a veces me dicen que lo deje pero yo les digo “si no puedo, si no puedo dejarlo” o será que ya como que... como que ya me, otros me dicen “como la droga”, yo le... “¿como va a ser una droga eso?” ¿o puede ser una droga? ¿cómo yo no lo puedo dejar?, por el temor, si”***.

Luego de que los entrevistados relataran su situación de salud, algunos de ellos hicieron referencia a la importancia de mantener los dos sistemas de salud, ya que ellos señalan deben complementarse, es decir consideran importante la implementación de una política de salud intercultural en la atención: ***“entonces yo pienso que sí debería incluirse también en el consultorio una persona o debería haber alguien, alguna parte donde se puedan atender las personas que no... que como que no tienen remedios en el consultorio, porque la gente mapuche dice que en toda planta que hay en la tierra es una medicina y que uno no la sabe... no la sabe hacer, no sabe como... con que va y... o sea no tiene idea de cómo hacerlo, pero hay personas que sí saben como hacerlo, dicen que nosotros o sea no***

*nosotros si no que hubieron otras personas y yo participé en esa parte decían que, era bastante bueno que... que lo incluyeran en la parte de medicina de los consultorios”, “En eso estaban po para... como que trabajen las dos medicinas, sí en San Juan, en San Juan están luchando bastante por eso que vayan las dos juntas, al menos ahí yo he visto que se han preocupado bastante en eso, porque hicieron esto... ¿cómo que le llaman? no me acuerdo cómo se llama una organización que hicieron ellos, para querer que la medicina mapuche con la otra medicina que se junten las dos digamos y ahí está po, ojalá se concrete eso, se está peleando, se está peleando para eso”, “Yo digo que la salud tiene que ser compartido como todas las cosas, porque por ejemplo así los remedios de los doctores también de repente son muy buenos tal como son los otros de las hierbas, porque de repente cuando uno no encuentra la sanidad en los doctores, va a las hierbas, entonces tiene que ser compartido, ¿cierto?, porque así... porque obvio, como yo le digo, si yo no hubiese encontrado que los doctores no me hubiesen encontrado lo que yo tenía, yo tenía que recurrir a una médica aunque me saque plata, pero yo tenía que recurrir a una médica, y como ya los doctores me encontraron lo que tenía ya no fui po, si yo ya estaba... ya estaba lista para irme, yo le decía a mi chica, a una médica si lo doctores no saben lo que tengo”.*

## 5.2 Análisis de Temas y Subtemas – Focus Group

### ETNIA

Al igual que en las entrevistas individuales, todos los integrantes manifestaron autodefinirse como mapuche, y mantienen un interés por compartir con personas de su misma cultura. Así mismo surgió una afirmación en donde manifestaron su molestia al ser llamados etnia, ya que señalan ser ellos un pueblo originario: *“nosotros estamos viendo que nosotros no somos la etnia, somos el pueblo originario, ¿sabes por qué?, porque nosotros vivimos acá, nacimos acá y nuestros antepasados ellos vivieron acá, la gente que viene del extranjero que vienen a vivir acá, ellos son etnia, nosotros no, yo siempre eso le he dicho a mi gente”, “y bueno yo igual concuerdo con la señora que igual nosotros somos pero originarios, no etnias en sí, o sea los huincas nos llaman etnias, pero en sí somos pueblos originarios”*.

Además de acuerdo a ese mismo interés en participar en las organizaciones, explican cuales son las motivaciones y lo que esperan lograr a través de estas, señalando los beneficios materiales que obtienen de proyectos realizados: *“lo que pasa es que hay aquí, formamos la asociación, se eligió la directiva, quedé presidenta, después formamos el comité de Víctor Jara porque nosotros tenemos un taller que es un taller laboral, también era presidenta y de ahí ese proyecto o sea de ese taller sacamos un anexo formamos un grupo de mujeres para tirar nuevos proyectos y de ahí nosotros cambiamos el techo y (no se entiende), ya después vino el cambio que hicieron en la población y como nosotros ya teníamos el cambio de techo nos dejaron fuera de los otros beneficios, ahora nosotros estamos peleando, no peleando si no que estamos en ese comité, formamos comité por el hecho de que quedamos ya sin haber hecho cambio de ventanas, cambio de canaletas y otros arreglos que hay en la casa y ahí también quedé de presidenta”*.

Sin embargo, también señalan que sus intenciones también son rescatar las tradiciones de su cultura de origen: *“Pero nosotros somos una asociación urbana, por lo mismo nosotros muchas costumbres no tenemos, es por eso que nosotros nos organizamos acá para saber lo que es nuestras tradiciones, sabemos nuestro bailes típicos que hay, la sajuria, el cielito, son muy bonitos porque los he visto yo, he participado dende... por huichamaco, hemos estado arriba en el Sideri donde hacen el año nuevo mapuche y de ahí las comidas igual po son mucho”*.

También una de las asistentes señala el trabajo que ha realizado a través de CONADI, en ayuda de la población rural, específicamente San Juan de la Costa: *“sí nosotros siempre trabajábamos así, pero nosotros trabajábamos, como decía la Emilia cuando ella salía, ella decía “nosotros trabajábamos por nuestra gente pero a veces trabajábamos con una taza de*



*algo al día” y eso era verdad, nosotros a veces pasábamos días enteros sin comer”, “no tenían los recursos, había gente que no tenía a veces ni para comer un pan, que a veces nosotros teníamos que darle de nuestro pan para que ellos puedan comer, sí, nosotros decíamos “si nosotros tuviéramos... hubiese estado esa oficina establecida para la gente mapuche huilliche, hubiese sido diferente porque nosotros... nosotros todo lo que había ahí era conseguir, conseguir algún proyecto o de repente nosotros si faltaban hojas nosotros poníamos de nuestros bolsillos, y así po, porque yo trabajaba en otro lado y dedicaba dos días dos días de... dos días a la semana de mi trabajo ahí gratis a ayudar a la gente, pero tenía mucha demanda de gente”.*

En relación a la lengua de origen, igualmente se menciona que no se conoce, señalando la causa por la cual no se mantendría la lengua de origen: *“nuestras costumbres, nuestras tradiciones, nuestro lenguaje que se... por lo mismo se ha ido perdiendo porque cuando llegaron ya los españoles dijeron, “no, usted no va hablar así, tu vas a hablar ahora español o el castellano”, como se dice, y nuestra gente fue perseguida y pobre de ti que hables esa lengua”.*

En cuanto a las costumbres, se menciona una de las fiestas más importantes de la tradición mapuche, y se explica el por qué no tienen mayor conocimiento sobre ella, señalando como causa, la llegada de los españoles a las tierras de Chile: *“el huatripantu, que es como... todos saben que el huatripantu trae el año nuevo mapuche que se celebra el 24, es como lo que más nos caracteriza en este momento porque se está trabajado para recuperar lo que se perdió y hasta ahora la gente no lo conoce no más ni... ni siquiera nosotros mismos que somos indígenas no conocemos muchas veces nuestras costumbres porque eso se perdió muchos años y nosotros nos criamos bajo el alero de los españoles entonces como que ahora recién la gente está reaccionando y viendo cómo puede rescatar nuestra cultura y nuestras tradiciones, eso”.* Además se señalan otras costumbres en relación a alimentación, utensilios, creencias, etc.: *“nosotros igual nos criamos con esas tortillas, porque antes nadie tenía estufa, no, porque por lo menos, claro mi mamá nunca tuvo una estufa para cocinar, nunca un lavaplatos”, “claro, si yo me acuerdo que mi mamá hacía comida en unas ollitas de fierro, nadie tenía ollas, nadie tenía de esas ollas de aluminio, nada, esas ollitas...”, “y la artesanía donde me crié yo, una abuelita que se llamaba Rosario el apellido nunca se lo supe y ella es artesana ahí vendían para hacer su mermelada mi abuela le compraba unas grandes unos cantos los tiene las ollas de de greda para hacer su mermelada lo malo que a uno no le enseñaban porque si uno miraban le echaban a perder el trabajo, eso era una creencia, me explicaba la conversación”, “bueno antes siempre se decía eso que los niños para que sean alentados le tejían una pulserita de tela de araña...”.* Si bien una de las integrantes señala que cuando niña en su casa se desarrollaban ambas costumbres, el pensamiento general es que las tradiciones ya se han ido perdiendo: *“de eso tuve un poco de suerte porque... porque las dos costumbres se llevaban en la casa, en mi casa, las dos costumbres”, “es que se ha ido...todo eso ya como que se perdió”.*

El grupo no hace mención a la religiosidad ni a las creencias de sus lugares de orígenes, sin embargo, se observa que son creyentes de un Dios que corresponde a la figura occidental: *“ahí podría ser pero no sé, en eso hay que dejar las cosas en Dios porque Dios es el que después le cobran en vida todas las cosas”, “yo soy bendecida de Dios, estoy mejorando bien, bien rápido de cualquier enfermedad que tenga, no sé si, estoy bendecida de Dios, eso no más”*.

En relación a la discriminación, el grupo señala varias formas en que se han sentido discriminados, y en donde aparecen causas de tipo étnicas: *“hasta la fecha, hasta la fecha somos discriminados, porque yo lo encuentro porque gente que no tiene la mente... sana po’, porque uno no puede discriminar a otra persona injustamente sin que nada le haga”, “mi hijo trabajaba de empaque aquí en Las Brisas, entonces dijo que un día un compañero de empaque porque solamente porque él tenía el apellido indígena, dijo que llegó y le sacó el gorro, se lo fue... se lo hizo pedazos y dijo “tú eres un indígena, no puedes estar aquí” ¿ve?, entonces dijo mi hijo, “yo me dio tanta rabia que lo pescamos a pelear, dijo, “le saqué la mugre por estarme discriminando””, y además de tipo socio económica, en donde se hace una fuerte crítica por la forma en que una población es perseguida por carabineros y militares, en la época del régimen militar: “si nosotros somos una población... yo creo fue la más, la que más sufrió, hubieron otras poblaciones así pero no... no como las de nosotros, nosotros fuimos fuertes acá”, “aquí sufrían niños chicos y adultos igual”, “claro, lo tenemos acá y ¿quiénes fueron esos?, fueron carabineros, fueron militares, entonces eso es lo que pasa con nosotros”, “es por eso que siempre está marcada la Manuel Rodríguez”, “entonces imagínese, entonces uno ha vivido cosas fuertes acá, entonces también me tiene rabia carabineros... quizás no todos tienen la culpa”*.

Sin embargo, pese a que los entrevistados evidencian haberse sentido discriminados, no se menciona que hayan vivido tal situación en los sistemas de salud.

## SALUD Y ENFERMEDAD

En relación a la enfermedad, se repite lo obtenido en las entrevistas individuales, donde es vista como un proceso natural, en donde son reconocidos con claridad las causas que la ocasionaron y también los síntomas de enfermedad: *“A veces me toco ahí si como que me... me duele la espalda, pero poquito, “¿cómo no le va a doler?”, me dijo, “si tiene un poroto”, estaba déle hablar no más y quedé calladita, es como dice ella uno tiene la culpa que “yo nunca me hice...” ¿cuántos años que no me hacía mamografía?”, dice la chela, y era una detención de... donde tanto uno da pecho, que era una detención de leche y eso después se va formando... sí, se forma “malulo””, “que después me enfermé, me dio rosácea y solía andar con los ojos que ni siquiera veía al extremo que ya no venía de estar inflamada la cara, llegaba al extremo que se me reventaba toda la boca, por dentro, se me reventaba toda la piel, los pies se me hacían tiras, las manos también, y de ahí yo empecé... aprendí a empezar a comer sano, pero uno no... no hace caso hasta que ya esté no enferma, hasta que ya no le pase algo, uno no lo hace”, “Es la peor basura... es la peor basura que le puede pasar a una mujer es la tiroides, le duele todo, todo, le duele la cabeza, de ahí empiezan los ojos a fallar, la vista empieza ya... los ojos ya no es lo mismo, porque la vista no es... no llega lejos y así po, ya me veo en la posta otra vez”.*

En relación a lo anterior, es posible observar que los entrevistados atribuyen sus problemas de salud a causas biológicas, y no se les asocia a algún hecho sobrenatural, males o causas maravillosas, como se establece en la cultura mapuche. Tampoco se menciona el apoyo familiar durante los procesos de salud y enfermedad.

## SISTEMA DE SALUD MAPUCHE Y SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

Se hace mención a algunas enfermedades del mapuche, y que se mencionaron también durante las entrevistas individuales: *“el mal del ojo, el empacho también”*. Estas enfermedades serían atendidas por las médicas, según menciona el grupo, y donde siempre se tiene la información de donde pueden ser ubicados y visitados: *“las matronas, las parteras, las... las que curaban el susto, el mal del ojo”, “por el camino de Las Vegas ahí... mi tío vive como en el kilómetro 16, 17”*.

Se menciona la existencia de un componedor de huesos, señalando que los dedicados a ese tipo de sanación, ya son escasos: *“aquí había una que componía, sí”, “es que ya son pocas las personas que son componedores”*.

En cuanto al sistema de salud mapuche, señalan haber tenido buenas experiencias, pudiendo reestablecer la salud luego de ser atendidos por médicas: *“le dije a mi tío, me dijo “oye, porque mejor no te sacas el yeso y yo te veo tu pie” porque mi tío es componedor de hueso, entonces dije “ya” y ahí yo nunca más sentí dolores de pie, él me arregló, igual yo un día igual estaba jugando me caí de la escalera y me saqué esta parte y él igual hace unos tirones igual... así me arregló (no se entiende), yo por eso le digo, yo cuando tengo algún dolor de lo que sea de hueso, yo nunca al hospital, él no más”, “me dijo “¿y tú que tienes?”, “no puedo respirar” le decía yo, estaba... no podía respirar tenía un dolor muy grande a la espalda, entonces me dijo ya, trae ajo, azufre, orina, no sé que más y me hizo una friega y con paqui y no sé que más, al otro día ¡oh! saltaba”, “una señora que era un poco así partera, la fueron a buscar, ella se subió arriba de la cama, llegó me miró y dijo, “la guagua está atravesada, cómo va a salir”, dijo, se subió así con los pies en la cama, una señora tremenda de grande, se subió, me tomó así como de aquí, me levantó así un poco y me pegó como así unos golpecitos... unos golpecitos con las rodillas juntas así (no se entiende) mover la pansa y ella fue a su casa y ahí estaba que me quedaba dormida, no había dormido cuantos días ya, al ratito... fuera la guagua”*.

En relación al sistema de salud occidental, el grupo señala los problemas de acceso que existe en él, teniendo que esperar largo tiempo por horas médicas, o tener que levantarse muy temprano para adquirir un número de atención, etc: *“mira en éste momento hay pocos médicos, pocos doctores porque yo anduve dos semanas buscando hora para mi hijo en la posta y nada, yo para lo que es matrona tuve que estar llamando igual por teléfono, pero igual dos semanas no tal día, tal hora, tal cosa y una de éstas me dieron de una semana para la otra, de ahí me dijo “ya, no, está bien aquí llévese los exámenes y ahora tengo para pedir hora otra vez me va a costar otro... otro triunfo, porque tiene que ser mi matrona que me corresponde al sector”, “sale como a las cinco de la mañana la gente para que puedan tener hora como a las ocho de la mañana”*.

En cuanto a la medicación, se aprecia que suelen utilizar ambos tipos de medicina, señalando que lo que no se puede tratar con la medicina científica, lo puede curar las hierbas: *“tomo harta yerba, yo tomo mate en la mañana una vez al día, pero tomo más yerbas medicinales que yerba mate en mi mate”, “más por mi marido que tiene hartas complicaciones, más... más bien riñones, así que manzanilla, menta, hasta ¿cuánto se llama?, limpia plata, cola de caballo como le llaman algunos, de esa igual”, “por ejemplo quedar corto de vista, no se cura con yerbas, tienen que ser la medicina occidental”, “si duele una muela, tiene que estar un doctor”, “Porque de repente que tenga en el estomago un tumor canceroso las hierbas no se si se logrará”*

Por tal motivo es que señalan que ambas medicinas se deben complementar: *“entonces tiene que ser compartido tanto natural como de los doctores igual”, “y también hay cosa que uno puede curarla con una yerba”, “sí po son compatibles”.*

### **5.3 Taxonomías**

En el usuario mapuche que se atiende en el programa de salud mental.

#### **Taxonomía 1:**

Características del grupo étnico

#### **Taxonomía 2:**

Razones de las causas de la enfermedad.

#### **Taxonomía 3:**

Formas de manifestarse la enfermedad

#### **Taxonomía 4:**

Formas de vivir la enfermedad

#### **Taxonomía 5:**

Tipos de enfermedades del mapuche que los médicos no pueden curar.

#### **Taxonomía 6:**

Tipos de información acerca de médicas, curanderas, etc.

#### **Taxonomía 7:**

Tipos de experiencias en la medicina mapuche.

#### **Taxonomía 8:**

Formas de medicación que utilizan.

#### **Taxonomía 9:**

Razones por la cual utilizan ambos sistemas de salud.

#### 5.4 Dominios Culturales de entrevistas individuales y Focus Group \*

Término incluido	Relación semántica	Término cubierto
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ andar en la banda</li> <li>▪ así como rituales, cuando había una persona muy enferma</li> <li>▪ para taparnos eran plumas de gansos</li> <li>▪ el mate también va pasando de boca en boca y no se limpia</li> <li>▪ muday, catuto, harina tostada</li> <li>▪ No mantengo tradiciones acá</li> <li>▪ se están perdiendo de a poco</li> <li>▪ * no somos la etnia, somos el pueblo originario</li> <li>▪ * igual nosotros somos pero originarios, no etnias en sí</li> <li>▪ * formamos un grupo de mujeres para tirar nuevos proyectos</li> <li>▪ * nos organizamos acá para saber lo que es nuestras tradiciones.</li> <li>▪ * nosotros trabajábamos por nuestra gente.</li> <li>▪ * el huetripantu trae el año nuevo mapuche.</li> </ul>	<p>Son características</p>	<p>De las manifestaciones de la cultura</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tengo religión católica</li> <li>▪ soy católico y bien creyente.</li> <li>▪ No vamos a la iglesia nosotros</li> <li>▪ seguimos siendo católicos cristianos, somos catequistas con Francisco, pero nuestra religión indígena esta bien también afiatada.</li> <li>▪ * hay que dejar las cosas en Dios.</li> </ul>	<p>Son características</p>	<p>De las creencias religiosas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mis papás ninguno habla lengua</li> <li>▪ mi mamá habla</li> <li>▪ yo se medianamente</li> <li>▪ nosotros no, porque... no sé, no nos gustaba</li> <li>▪ * usted no va hablar así, tu vas a hablar ahora español o el castellano.</li> </ul>	<p>Son formas</p>	<p>Del conocimiento de la lengua</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nosotros vivimos en una población que es media conflictiva</li> <li>▪ en los hospitales hay mucha discriminación a la gente humilde.</li> <li>▪ * hasta la fecha somos discriminados.</li> <li>▪ * porque él tenía el apellido indígena.</li> <li>▪ * yo creo fue la más, la que más sufrió.</li> </ul>	<p>Son tipos</p>	<p>De discriminación</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fue por problemas no más</li> <li>▪ murió de 92 años de ahí que quedé enferma de depresión yo po.</li> <li>▪ ahora que mi esposo se fue.</li> <li>▪ él me violaba</li> <li>▪ se nos murió un hijo</li> <li>▪ falleció mi marido</li> <li>▪ pienso yo que el mapuche tal vez es muy sensible.</li> </ul>	<p>Son razones</p>	<p>De las causas de la enfermedad</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ se me olvidaban las cosas.</li> <li>▪ no tenía ganas de hacer las cosas.</li> <li>▪ me dio por comer.</li> <li>▪ me cansaba de repente.</li> <li>▪ me bajoneo.</li> <li>▪ dolor de cabeza.</li> <li>▪ de repente sola me llevo llorando.</li> <li>▪ * duele la cabeza, de ahí empiezan los ojos a fallar.</li> </ul>	<p>Son formas</p>	<p>De manifestarse la enfermedad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la llevo sola para mí es difícil.</li> <li>▪ yo estoy sola últimamente, quede sola, todavía no me repongo.</li> <li>▪ intente de matarme un día.</li> <li>▪ había intentado matarme junto a mis dos hijos.</li> <li>▪ * aprendí a empezar a comer sano.</li> </ul>	<p>Son formas</p>	<p>De vivir la enfermedad</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mi papá falleció porque el tuvo un accidente, a él lo atropellaron.</li> <li>▪ Mi papá era epileptico.</li> <li>▪ mi mamá tiene 84, ella está postrada en silla de rueda, tiene artritis severa.</li> <li>▪ Mi papá murió de diabetes y mi mamá le dio un infarto.</li> <li>▪ Mi madre murió con depresión.</li> </ul>	<p>Son tipos</p>	<p>De antecedentes familiares de enfermedad</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empacho</li> <li>▪ Susto</li> <li>▪ Males</li> <li>▪ Mal de ojo.</li> </ul>	<p>Son tipos</p>	<p>De enfermedades del mapuche</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empacho</li> <li>▪ susto</li> <li>▪ males</li> <li>▪ Mal de ojo.</li> </ul>	<p>Son tipos</p>	<p>De enfermedades que los médicos no pueden sanar</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ era médica mi abuelita de puras hierbas.</li> <li>▪ toda su vida a vendido hierbas, entonces ella sabe.</li> <li>▪ curandera ¿y qué?, de repente los dejan peor.</li> <li>▪ no tiene el dinero necesario para llegar a un naturista</li> <li>▪ * había una que componía, sí.</li> </ul>	<p>Son tipos</p>	<p>De información acerca de médicas, curanderas, etc.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ siempre tomo mis remedios con receta.</li> <li>▪ Estoy tomado que me han dado en el consultorio.</li> <li>▪ me empezaron a dar pastillas.</li> <li>▪ le tengo harta fe a los remedios de hierbas.</li> <li>▪ Yo tomo yerbas.</li> <li>▪ la milta, el boldo, el ¿cómo que le llaman? la manzanilla.</li> <li>▪ Depende de la enfermedad</li> <li>▪ ellos hacen aguas pero para mantenerse, pero no para sanar.</li> <li>▪ el cedrón que es bueno, y el paico ese es bueno.</li> </ul>	<p>Son formas</p>	<p>De medicación que utilizan</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En el consultorio me han atendido bien</li> <li>▪ me atienden bien los médicos.</li> <li>▪ me han ayudado</li> <li>▪ psicólogos me han ayudado hartito</li> <li>▪ Cuando me enfermé recurrí primero al médico.</li> <li>▪ Yo siempre voy al médico.</li> <li>▪ estoy en tratamiento y tengo que hacerle caso al médico</li> </ul>	<p>Son características</p>	<p>De las experiencias en el sistema de salud occidental</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ he tenido dificultad con la señorita que atiende en el mesón</li> <li>▪ o sea eres uno mas, eres un número.</li> <li>▪ el problema está muchas veces en la gente que da la ficha, la gente con la que uno se encuentra a primera vista en el hospital.</li> <li>▪ Tengo tramo A, me dan de todo.</li> <li>▪ * en éste momento hay pocos médicos.</li> <li>▪ * Porque de repente que tenga en el estomago un tumor canceroso las hierbas no se si se logrará.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le quebraba el empacho a mis chicos.</li> <li>▪ hacen remedio para el estómago queman el carbón.</li> <li>▪ La yerba buena, la manzanilla y una puntita de ceniza de aquí de donde quema la leña.</li> <li>▪ porque le ven la orina.</li> <li>▪ de verdad que no las pueden curar en los consultorios.</li> <li>▪ No he probado con las médicas.</li> <li>▪ *nunca más sentí dolores de pie, él me arregló.</li> </ul>	<p>Son características</p>	<p>De experiencias en la medicina mapuche</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sí debería incluirse también en el consultorio una persona o debería haber alguien, alguna parte donde se puedan atender las personas que no... que como que no tienen remedios en el consultorio.</li> <li>▪ en San Juan están luchando bastante por eso que vayan las dos juntas, al menos ahí yo he visto que se han preocupado bastante en eso.</li> <li>▪ * la medicina mapuche esta mejor que la medicina occidental para mí.</li> <li>▪ *entonces tiene que ser compartido tanto natural como de los doctores igual.</li> </ul>	<p>Son razones</p>	<p>De la necesidad de una política de salud intercultural</p>
---	--------------------	---

## 6. CONCLUSIÓN

A través de la indagación en relación a estudios de salud intercultural, vemos que la información sobre el tema es escasa en relación al mapuche que reside en la urbanización, pese a la alta densidad mapuche huilliche que existe específicamente en la ciudad de Osorno. Así se observa que la mayoría de los estudios se han realizado en la novena región, como el estudio de pertinencia cultural de Alarcón y otros (2004), y el estudio de salud mental de Ibacache y otros (2002), que tienen gran relevancia en relación a nuestro estudio.

Al contactar a las personas del área de depresión y explicarles el tema a investigar, no fue difícil que accedieran a ser entrevistadas, por el contrario, fueron muy acogedores y dispuestos a conversar libremente, logrando con todos los entrevistados la confianza suficiente como para que se genere el rapport. Sin embargo, no se pudo establecer contacto con las personas de los programas de Violencia y Alcoholismo, dado que se negaron en su mayoría e incluso se encontró que una de las personas del programa de alcoholismo se encontraba ebria al momento del contacto. Esto nos genera gran preocupación, ya que de acuerdo a las estadísticas descritas como fuente de información, obtenidas del Ministerio de Salud (2004) y (2005), encontramos que la violencia y el alcoholismo tienen una alta prevalencia que va en aumento en nuestro país, y por tanto el que no se haya podido llegar hasta ellos, deja una gran interrogante y a la vez motivación por insistir en investigar la visión que ellos tienen sobre la salud mental.

De acuerdo a lo analizado, durante la investigación surgieron características de la cultura mapuche huilliche, desde sus orígenes hasta la actualidad, asentados en la urbanización, lo que permite comprender de mejor forma el proceso de salud y enfermedad, relacionado con la salud mental de la población. Así mismo Alarcón (2003) también señala que mediante el análisis de las características de la cultura entre usuarios y proveedores, sería posible reconocer lo que ambas partes esperan en el proceso de salud y enfermedad, representados en la relación médico-paciente, evaluación de calidad y resultado terapéutico, y las conductas que se presentan frente a la enfermedad.

Es así como se puede apreciar que el mapuche que ha sido apartado de su lugar de origen, ya que la mayoría de los sujetos residían en el campo, y que actualmente vive en la zona urbana, aún se autodefine como mapuche, movilizándose incluso con personas de su misma etnia, ya que la mayoría de los entrevistados pertenecen o pertenecieron alguna vez a una organización relacionada a su etnia. Sin embargo, este arraigo también pudiera ser cuestionado, dado que la mayor motivación para movilizarse en torno a asociaciones, son los

beneficios que pueden percibir, por lo que quizás su mayor interés no es realizar una reivindicación del pueblo huilliche.

Son muy escasas las costumbres originarias de su cultura que aún mantiene el mapuche que vive en la urbanidad, en donde se observa que el principal motivo de esta pérdida es el haber partido tempranamente de sus lugares de origen, las que tuvieron distintas razones, como estudios en internados, trabajo, etc. Sin embargo también existen hechos históricos que marcaron este alejamiento, como fue la usurpación de tierras, ganado y mujeres por parte de los españoles, la posterior recuperación gracias a la reforma agraria, y la nueva pérdida a causa de la dictadura militar, etc. (Aylwin, 2002), y que si bien esto se remonta hace décadas atrás, aún es posible ver las consecuencias, sobretudo en esta pérdida de las costumbres originarias.

Es posible apreciar la pérdida de las tradiciones mapuche en algunos factores sociales y culturales tales como la religiosidad, que actualmente es vista de una manera distinta, ya que si bien los sujetos declaran ser creyentes en Dios y simpatizar por una religión (mayoritariamente católica), no es tan marcada como la del huilliche, cuya espiritualidad tenía directa relación con el sistema curativo, y que según Foerster (1985) la persona, familia y comunidad podían existir debido a que eran sostenidas, creadas y apoyadas por las divinidades. En cuanto a la lengua de origen sólo se conocen algunos términos aislados, e incluso en algunos casos nunca llegaron a conocerla. Sus abuelos habrían tenido un mayor conocimiento de ella, sin embargo se fue traspasando muy débilmente a través de las generaciones, llegando a que los padres la conocieran medianamente y que finalmente no se les transmitiera a ellos. Sobre el concepto de familia, se observa que la unión entre sus integrantes no se ve afianzada a partir de la existencia de enfermedad, ya que se observa que no poseen el apoyo de ella durante el proceso. Se pudo evidenciar también los tipos de discriminación que vivieron y aún vive el mapuche, que tiene más bien relación con su estatus socioeconómico que el origen étnico, hechos que se evidenciaron en relación a malas experiencias con otros servicios públicos, y no con la atención en salud. Aún así, ellos se empeñan por conservar algo de sus tradiciones, específicamente en relación a la dieta, consumiendo aún alimentos asociados a su cultura de origen.

Todas esas características en relación a su cultura, han sido parte de la construcción del proceso de salud y enfermedad, y han hecho que el concepto que mantenía el mapuche haya cambiado a causa de haber sido apartado de su lugar de origen, ya que según Mujica y otros (2004), la enfermedad surgiría de las transgresiones a las leyes de la naturaleza y a la ruptura del equilibrio. Este cambio se observa sobre todo en la nueva forma de ver la enfermedad mental, la que mayoritariamente es considerada como un proceso biopsicosocial, en donde las causas que la ocasionaron y sus manifestaciones, están claramente definidas por los sujetos. Es así como las principales causas de esta enfermedad se asocian a hechos de vida que los marcaron profundamente, como la pérdida de seres queridos, separaciones matrimoniales, violencia intrafamiliar, el ser diagnosticado con una enfermedad, etc., como también en

algunos casos sería hereditario, y si bien se hace mención a que existen males, no fue relacionada con las causas de su enfermedad mental.

En cuanto a los sistemas de salud mapuche y occidental, para el principal problema de salud que ellos padecen, es decir la depresión, recurren al sistema de salud occidental, debido a que la medicina popular o las llamadas médicas, no tendrían la cura indicada para este tipo de enfermedad. Así mismo vemos que el Ministerio de salud de Chile (s/f b) ha creado un plan de salud mental en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población y en el se señalan, en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los chilenos. Además, la cultura apropiada que ellos adoptaron al llegar a la urbanización, les entrega un sistema de salud que es gratuito, lo que también sería importante a la hora de la elección de su sistema de salud, ya que se señala que las médicas piden un alto costo por sus servicios, tanto por las consultas como por sus medicinas.

Ellos se encontrarían conformes con la atención entregada por el programa de salud mental, en donde señalan haber encontrado la ayuda y apoyo necesario por parte de los profesionales para recuperar la salud, considerando fundamental el tratamiento farmacológico proporcionado. En relación al sistema público de salud en general, refieren que el principal problema es el acceso, es decir, el poder conseguir un cupo para su atención, lo que no sería por causas discriminatorias, si no que por la alta demanda y pocos recursos que existen para todos los usuarios del país. Sin embargo, al momento de recibir la atención esta sería buena y apropiada, señalando que lo único que empañaría el proceso, sería la deficitaria atención recibida por parte del personal administrativo de los servicios, quienes serían poco acogedores durante el primer acercamiento hacia la solicitud de horas médicas.

No obstante, mediante los discursos pudo evidenciarse otra falencia durante el proceso de atención: que los pacientes no estarían recibiendo una educación adecuada en relación a la medicación, ya que se muestran inseguros en relación a la duración del tratamiento, efectos adversos, dependencia, etc., lo que es muy preocupante dadas las características de los fármacos que estos pacientes utilizan, ya que un mal uso de ellos pudiera ocasionar un gran daño para la salud de los pacientes.

Sin embargo, y en general la concordancia que existiría entre la atención entregada y las necesidades del grupo de estudio, estaría acorde con los requerimientos de este grupo étnico, ya que los antecedentes que obtuvimos en relación a la cultura de los sujetos, permite establecer que no existen barreras que pudieran entorpecer la relación médico – cliente, como el aún mantener la lengua de origen que dificultaría la comunicación entre los actores, creencias religiosas relacionadas al sistema curativo, discriminación en los sistemas de salud, etc., para recibir atención a partir de las políticas ya existentes. Además, como señalamos



anteriormente, ellos se encuentran insertos en este sistema, recibiendo lo pertinente en relación a sus problemas de salud, por lo que se encuentran satisfechos.

Pese a que las políticas de salud occidental les entrega una atención de la cual parecen estar conformes, aún mantienen las creencias sobre enfermedades que los médicos no podrían entender y por tanto curar, por lo que refieren necesario recurrir a la medicina popular para algunos tipos de dolencias. A los agentes encargados de este tipo de medicina les otorgan diferentes grados de credibilidad, ya que señalan que existen algunos que no serían del todo confiables y que intentarían lucrar más que ayudar con los servicios que prestan, teniendo identificados a quienes son reconocidos dentro de la comunidad como confiables y asertivos. Es así como vemos que aún recurren a la medicación tradicional o popular, utilizando distintos tipos de plantas medicinales según las dolencias, atribuyéndoles a estas un gran poder curativo y confiando plenamente en ellas, como también en los remedios preparados que proporcionan las médicas.

Alarcón (2003) señala que los grupos humanos desarrollan de acuerdo a la sociedad y a sus hechos biológicos, estrategias para el mantenimiento de la salud, a través de un sistema médico que da las líneas a seguir para procurar el bienestar de los individuos y dar explicación al fenómeno de la enfermedad. De acuerdo a la antropología sociocultural, un sistema médico se concibe como un conjunto organizado de agentes terapéutico, modelos explicativos de salud y enfermedad y tecnologías al servicio de la salud de los individuos. El cómo estos otorguen sus servicios y su pertinencia depende del modelo sociocultural en el que se desarrolle, de modo que la medicina se construye a partir de las manifestaciones culturales y de acuerdo a las necesidades del mismo entorno cultural. En este caso, si bien vemos que existe pertinencia en la atención en algunos ámbitos, de todas maneras los individuos ven la necesidad de recurrir a otro tipo de atención de salud, que es el de la medicina popular.

Así mismo Leininger (1995), citado por Leininger (1997) señala que la Enfermería transcultural está enfocada en las prácticas, significados y valores del cuidado, dentro de contextos culturales determinados, para descubrir y dar explicación a las formas en que un cuidado culturalmente pertinente contribuye al bienestar y a la salud de las personas, con el fin de ayudar a las personas a enfrentar la muerte y las discapacidades. Por lo tanto, de acuerdo al modelo del sol naciente propuesto por Leininger (2002), se puede establecer cómo es la estructura social y cultural de estos sujetos, y todos los factores que influyen en él. Es así como vemos factores tales como los religiosos y sus prácticas, los tecnológicos, sociales, políticos, económicos y educacionales. Por tanto conocemos características tales como el escaso conocimiento de la lengua de origen, la escolaridad que en la mayoría de los participantes era enseñanza básica incompleta, creencias religiosas de tipo occidental, las escasas redes sociales con las que cuentan y viven el proceso de enfermedad, valores culturales en relación a su etnia de origen que ya son escasas, y a través del trabajo de campo conocer el ambiente en el que se sitúan y donde los recursos son escasos.

Cada una de las características de estos sujetos, otorgan ya los suficientes lineamientos para prestarles una atención adecuada, pudiendo establecer los factores de riesgo a los que están expuestos y que son importantes a la hora de brindar una atención oportuna, la baja cohesión y adaptabilidad de las familias, etc., y que si bien la atención que reciben es acorde, se puede fortalecer aún más, considerando aquellos ámbitos que según relatan no pueden ser abarcados por la medicina occidental. De esta forma también favorecemos a que no se pierdan las características de la cultura de origen a través de la urbanización, en donde actualmente se entrega una atención en salud igualitaria sin considerar las características culturales de los sujetos.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, se puede evidenciar que si bien el programa de salud mental no requeriría de un enfoque intercultural, ya que los participantes de este estudio se encuentran coherentemente insertos en el sistema de salud actual, de todas formas la necesidad de una política de atención intercultural existe, ya que de acuerdo a lo señalado anteriormente aún permanece en el conciencia colectivo, las creencias de enfermedades que sólo la medicina mapuche o popular podría sanar, y por tanto se puede establecer que ambas medicinas deben complementarse. Además, esto permitiría que las problemáticas de salud del mapuche puedan ser comprendidas y atendidas por los agentes especialistas en ellas, sin que tengan que invertir mayores recursos en ello.

Puede considerarse que esta investigación es el comienzo para poder estudiar más a fondo al mapuche que se encuentra en la ciudad, ya que la mayoría de las investigaciones se realizan en las zonas rurales, no considerando la alta densidad de población mapuche que se encuentra en la ciudad de Osorno, y por tanto en Rahue. Además, cada una de las características de la cultura analizada, permite abrir nuevas dudas en relación a cómo estas influyen en la vida del mapuche huilliche que se encuentra en la urbanización, lo que abre muchas más áreas para la investigación. De acuerdo a lo anterior, se puede señalar que algunos de los tópicos aquí analizados, serán vistos desde otro punto de vista, y en algunos casos en mayor profundidad, a través del enfoque antropológico de esta investigación.

Los factores facilitadores de esta investigación fueron sin duda el contar con los recursos necesarios para poder financiar los gastos del estudio, el que fue obtenido gracias al concurso que impartió el Servicio de Salud de Osorno en el área de Salud Intercultural, dado que la residencia de las investigadoras no coincide con el lugar donde se realizó esta investigación. Además, siendo hermanas y compartir el domicilio, facilitó el trabajar sin conflicto de horarios no similares.

La buena disposición por parte de la organización Ruka Mapu, también fue un factor facilitador, ya que ellos fueron los responsables de administrar los fondos para la realización del proyecto, a través de ellos fue posible conseguir contactos con personas pertenecientes al programa de salud mental, y además accedieron gustosas a ser parte del Focus Group.

Cabe destacar, que el contar con un profesor patrocinante que esté interesado en apoyar a los estudiantes en lo que algunas veces parecen riesgos, acompañar en el proceso hacia la culminación del estudio, y aportar con conocimientos sobre metodología investigativa, es fundamental. Aquella ayuda fue para mí personalmente indispensable para poder superar los obstáculos y continuar con las motivaciones para la realización de este proyecto.

En algunas ocasiones, los relatos de los entrevistados tenían un alto contenido emocional, provocando que los sentimientos se involucraran muy fuertemente en las vivencias de lo sujetos, por lo que debió evitar generar una predisposición en las respuestas de los entrevistados. Esto si bien permitió el lograr la suficiente confianza con los sujetos, de todas formas fue un factor obstaculizador el tratar de mantener siempre los márgenes entre el entrevistador y el informante.

El ser las autoras de esta investigación de diferentes carreras y por tanto contar con una preparación académica y enfoques distintos para trabajar, muchas veces hizo que las diferencias no llegaran a consenso, imposibilitando el poder llegar a acuerdos, lo que fue uno de los factores obstaculizadores durante la realización del estudio.

Pero sin duda el factor obstaculizador más importante que tuvimos que superar luego de mucho tiempo de espera, fue la falta de coordinación de parte del Servicio de Salud de Osorno en relación a establecer acuerdos para facilitar el pronto desarrollo de la investigación, lo que significó tanto perdida de tiempo valioso para realizar el trabajo, como una gran desilusión sobre como es el funcionamiento de los estamentos del Servicio de Salud de Osorno.

No obstante, si bien existieron tanto factores facilitadores como obstaculizadores en la realización de este estudio, la experiencia de haber realizado un trabajo en terreno, involucrándose con uno de los pueblos originarios de nuestro país, y el tener que viajar y recorrer una gran parte del sector de Rahue para poder llegar a nuestros informantes, ha sido una experiencia enriquecedora como estudiantes, por cada uno de los relatos que nos fueron entregados y la confianza que establecimos con este grupo de personas. Además puede considerarse que esta investigación es un aporte para este grupo de estudio, pudiendo elaborar una propuesta de trabajo para mejorar la situación de salud del mapuche huilliche.

## 7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación, pueden ser contrastados con los datos teóricos, sin embargo, han aparecido datos que no son observados en la bibliografía revisada, punto en que radica la importancia de esta investigación.

De acuerdo a Leininger (2002), un cuidado basado en la cultura es esencial para el bienestar, salud, crecimiento, supervivencia y en afrontar minusvalías o muerte. Es por ello que para poder comprender cómo se construye el proceso de salud y enfermedad del mapuche huilliche que se encuentra en la urbanización, es necesario comprender las características culturales de los sujetos, y a partir de ello poder establecer los cuidados pertinentes para este grupo de estudio.

Existen manifestaciones culturales que definen a los grupos humanos, así es como Alvarez-Santullano (2001), detalla características de las tradiciones mapuche, como son la vestimenta, vivienda, ceremonias, etc. Luego de realizar las entrevistas, es posible ver cuanto han cambiado las tradiciones y formas de vida que mantiene actualmente el mapuche que vive en la urbanización, ya que actualmente no posee prácticamente nada de las costumbres señaladas por el autor. Es así como vemos que todas sus actividades y costumbres están relacionadas con la cultura occidental, ya que en ninguno de los casos se observó que los entrevistados utilizaran la vestimenta tradicional clásica del huilliche como kupitun en el caso de la mujer o el trarawiya en el caso del hombre. La forma de las viviendas tampoco son las mismas, lo que refleja que al vivir en la urbanización, ya no habitarán en rukas ni utilizarán fogones para cocinar sus alimentos. Lo que aún se mantiene dentro de los hogares es la alimentación, ya que se continúa consumiendo muday, mote, katuto, que como señala Jelves (s/f), estos alimentos serían parte de la dieta de la cultura mapuche.

Este estudio al compararse con el de Ibacache y otros (2002), en relación a cuánto de la cultura de origen aún se mantiene, se pudiera decir que los resultados de él con los nuestros son comparables, ya que él concluye que en general la muestra estudiada mantiene en el inconciente el patrimonio cultural, pese a que los estilos de vida han cambiado, y de acuerdo a nuestros datos, si bien el estilo de vida no permite desarrollar ninguna de las tradiciones de origen y sólo mantienen los hábitos alimentarios, el recuerdo de los días vividos insertos en las comunidades se mantiene en la mayoría de los entrevistados. Sin embargo, al analizar esta información, y pensar si los entrevistados volverían a sus vidas de antes, lo más probable es que no lo hagan, ya que se encuentran tan inmersos en la urbanización, resultando esta su nueva y definitiva forma de vida.

De acuerdo a Catrileo (2005), cuando el mapuche se encuentra en la ciudad, en un lugar donde sólo se hable español, ellos deben adaptarse a esta situación dejando de lado su lengua de origen para poder comunicarse. Sin embargo, de acuerdo a lo obtenido en este estudio, los entrevistados en general no tienen conocimiento de la lengua, solamente conocen algunos términos muy aislados, por lo tanto no tuvieron que dejarla para entrar en la urbanización.

Por otra parte, Catrileo (2005) señala además, que donde más se mantiene la lengua y la cultura es en los sectores rurales, y que en los sectores urbanos donde se continúa utilizando la lengua, es en las ciudades de Santiago, Concepción y Temuco, lo que ratificaría que en la urbanidad de Osorno, el mapuche que reside en esa ciudad no hable la lengua, y explicaría la afirmación anterior.

Además Catrileo (2005) señala, que los adultos mayores son los que aún mantienen el conocimiento de la lengua, especialmente en el sector rural. Por otra parte, señala que la mayoría de los niños que se encuentran en lugares de asentamiento mapuche, ya no aprenden la lengua autóctona en sus hogares. Ambas afirmaciones concuerdan con lo obtenido en el estudio, ya que si bien los entrevistados no hablan la lengua, sí mencionan que sus abuelos la hablaban y en regular cantidad sus padres. Respecto a los niños, se desprende del discurso que si sus padres no conocen la lengua, resultará muy difícil que la aprendan en el hogar.

Ibacache y otros (2002) por su parte, de acuerdo a los hallazgos de su estudio, señala que la profundización en la investigación hubiera sido mayor si se hubiese incorporado la lengua de origen, para así analizar en el contexto de las personas con mayor apego a la cultura lo que expresan. Sin embargo, de acuerdo a lo evidenciado en este estudio, la lengua de origen no estaba presente en ninguno de los entrevistados, asumiendo que en la urbanización, el mapuche o ha perdido el regular uso de su lengua, o simplemente no la conoce, por tanto, los datos de esta investigación no se habrían visto afectados añadiendo la variable propuesta por el autor.

En relación al estudio realizado por Alarcón y otros (2004), sobre política de salud intercultural, obtiene dentro de sus resultados, la necesidad de incorporar la lengua mapuche en el sistema de atención de salud. Sin embargo, los resultados aquí obtenidos estarían en contradicción con los de los investigadores, ya que al ver que la totalidad de los entrevistados no conoce la lengua, no existe la necesidad de incorporarlo en la atención de salud que reciben.

Según Foerster (1985), el mapuche Huilliche (específicamente el que vive en San Juan de la Costa) tiene una religiosidad marcada por figuras proféticas que han ido permaneciendo en la conciencia del pueblo, como es el abuelito Huenteano, quien es considerado como el

Cristo de los mapuches de la Costa. Así mismo Barría (1988), menciona que la dificultad en la correcta valoración de una conducta observada como alterada en el medio cultural indígena, también ocurre en el la zona rural e inclusive en el urbano, ya que el trae a la ciudad su cultura tradicional, la que incluiría creencias mágicas y una religiosidad particular. Esto se contradice con lo obtenido de los discursos, ya que si bien algunos de ellos hacen mención a algunas características de la religiosidad mapuche, a nuestro parecer es sólo como parte de un conocimiento colectivo de su patrimonio cultural, y no porque aún se mantenga esa religiosidad tan arraigada que caracteriza al huilliche, incluso, en su mayoría han sido evangelizados y conversos. Por lo mencionado anteriormente, se observa que todo lo que caracteriza a la religiosidad huilliche como son las rogativas, comunicación con lo sobrenatural, espíritus o divinidad, se ha ido perdiendo a través del tiempo y ya no se realiza, sólo se evidencia en algunos de los relatos que rememoran estas prácticas realizadas por sus padres y abuelos durante su infancia, entregando como conclusión la evidente pérdida de la religiosidad del huilliche por parte de este grupo asentado en la ciudad.

Además, cabe destacar que los entrevistados mantienen actualmente una religión, siendo la totalidad de los entrevistados de religión católica, lo que concuerda con el Censo realizado por el INE (2002), en donde se señala que en nuestro país, el 70% de la población general pertenece a religión católica, teniendo la primera mayoría.

De acuerdo al artículo 36 de la ley indígena creada en 1993, se entiende por asociación indígena a “la agrupación voluntaria y funcional integrada por al menos veinticinco indígenas que se constituyen en función de algún interés y objetivo común”, de acuerdo a ello, es posible ver en los relatos que una gran cantidad de los entrevistados pertenecen a organizaciones, realizando distintas actividades que estarían acorde con las que se establecen en el artículo 37 de la ley indígena, en donde se señala que las actividades a realizar serán de tipo educacionales y culturales, profesionales comunes a sus miembros, y económicas que beneficien a sus integrantes tales como agricultores, ganaderos, artesanos y pescadores, (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993). Es en este último punto en donde se observa que si bien algunos de los entrevistados evidencian un interés por rescatar las tradiciones, tomar mayor conocimiento de la lengua y mantener una actividad social, se puede evidenciar que el mayor interés radica en obtener beneficios materiales a través de la organización, lo que en algunos casos les permitiría salir de la pobreza en la que se encuentran.

Si bien el mapuche ha mantenido una lucha contra la pobreza, dadas las condiciones de trabajo que realiza, es de cierta forma entendible que a través de estas ayudas busquen surgir en su situación económica, ya que también se manifiesta dentro de los discursos haber sufrido una discriminación de clases, incluso más que por motivos étnicos, en donde se mencionaron hechos relacionados con la dictadura militar. Sin embargo, de acuerdo a lo señalado por Delamaza (2005), el movimiento mapuche ha mantenido una lucha de reivindicación y búsqueda de reconocimiento a través de los años, considerando que se ha llevado una lucha

definida en tres etapas, donde está la campesina ligada a la pobreza y a la falta de tierras y control de los recursos naturales; la étnica, que se traduce en las demandas por respeto y condiciones para reproducir su propia cultura; y finalmente la etno-nacional, que es la que emerge en los años 90, y que se relaciona con las demandas por autonomía en tanto a pueblo o nación. Por tanto, de acuerdo a esta lucha que se ha mantenido estos años, ¿concuera con que el mapuche urbano, más que realizar una lucha de reconocimiento, busque un beneficio más bien económico que cultural?.

Otro resultado contrario al estudio de Ibacache y otros (2002), es el papel de la familia en torno a la enfermedad de uno de sus miembros. Comencemos por analizar lo que menciona Alvarez-Santullano (2001) en relación a la familia wiyiche, quien señala que esta cumple un rol fundamental en la mantención de las costumbres. De acuerdo a esto, puede considerarse que las tradiciones en la urbanidad ya no se mantienen, y por lo mismo se deduce que la unión familiar se encuentra más disipada. Es por ello que dentro de los resultados, si bien uno de ellos manifiesta cuan importante es la familia en acompañar al paciente en el proceso de enfermedad, la mayoría de los entrevistados vive solo este proceso, lo que se contradice con el estudio de Ibacache y otros (2002), donde se obtuvo como resultado, que la familia se mostró como un apoyo fundamental durante la enfermedad del paciente.

Es preocupante que los entrevistados en general vivan solos el proceso de enfermedad, ya que de acuerdo a un estudio realizado por Oakley (2008) sobre red social y salud mental, señala que la red social puede tener un efecto protector en las personas en relación a los eventos estresantes que aparezcan. Es así como Faccincani y otros (1990) citado por Oakley (2008), señala que existe una relación inversa entre el tamaño de la red social y la tasa de utilización de la hospitalización psiquiátrica, es decir, a mayor red social tenga la persona con enfermedad mental, menos va a ser el riesgo de que recaiga en una hospitalización. Además, se señala que para la cultura en estudio, la familia sería el principal sistema de apoyo.

De acuerdo a Castro (2003), para el mapuche y su cosmovisión, muchas enfermedades o *kuxan* se producen por la transgresión contra las normas del universo o *waj mapu*, otorgándole también gran importancia a la relación que establece el individuo tanto con las demás personas como con su entorno. A su vez, Marileo (2002) citado por Mujica (2004) señala que existe un cierto equilibrio y que este se rompe al surgir la enfermedad. Sin embargo, al ver los relatos de los entrevistados, el proceso de enfermedad mental surge a partir de hechos claramente definidos por ellos, que corresponden a situaciones que han marcado profundamente sus vidas, donde ha sido tal el daño emocional, que han tenido que recurrir en busca de ayuda. De acuerdo a ello, el concepto de enfermedad se contrasta con lo señalado por los autores, ya que el entrevistado no hace mención a que el inicio de su enfermedad, haya sido causado por transgresiones, ni tampoco se menciona la ruptura del equilibrio, sino que más bien lo relaciona con las circunstancias que la ha tocado vivir, y si bien se menciona dentro de los discursos que existen ciertos males, no se asocia con las causas de enfermedad actual.

Marileo (2002) citado por Mujica (2004), señala que el mapuche tiene su propio sistema curativo con el fin de reestablecer la armonía y el equilibrio. Dentro de ese sistema, uno de sus principales actores sería la machi, quien posee dones que le permiten conocer las propiedades de remedios naturales y hierbas curativas, y a quien se le otorga un papel fundamental dentro de la comunidad por poseer ese conocimiento. Es así como en este estudio, se le otorga importancia a las médicas en relación a enfermedades que los médicos no pudieran entender y por ende sanar, sin embargo no se realizan afirmaciones en relación a que estas estén asociadas a transgresiones ni a la ruptura del equilibrio. A partir de ello también es posible ver cómo el significado de la enfermedad que tenía el mapuche ha cambiado.

Sin embargo, dentro de toda la divinidad que señala Dillehay (1976) y otros autores relacionados, que relatan poseen las machis, al compararlos con los discursos de los sujetos, si bien le otorgan un valor a las médicas, en cuanto a que ellas puedan curar enfermedades incomprendidas por el sistema occidental de salud, señalan su molestia por los altos costos que ellas piden por sus servicios y remedios, deduciendo que quizás el tema relacionado con la religiosidad y el bienestar de la comunidad ya no es tan fuerte y más bien ahora ellas buscan beneficio económico, para también lograr subsistir, lo que en ningún caso es generalizable.

De acuerdo a Catrigan y otros (2007), la medicina popular se describe como un sistema médico cuyo origen estaría relacionado con la fusión o hibridación entre el sistema médico mapuche y el sistema médico europeo medieval, la que se habría producido por la colonización y dominación de los pueblos originarios en América Latina. Cada uno de ellos tiene sus agentes especialistas en enfermedades, la machi por el lado mapuche, y la médica por el lado popular. De acuerdo a ello, se aprecia que más que hacer referencia a la medicina mapuche en este estudio, lo que corresponde es hablar de medicina popular, ya que se hace mención sólo a experiencias con médicas y no con machis. Sin embargo, dado que la medicina popular proviene de la medicina mapuche, todo en este estudio se ha relacionado con los orígenes mapuche.

Es posible observar que los participantes utilizan ambos tipos de medicina, tanto la occidental como la popular, ya que cada una serviría para diferentes tipos de enfermedad y en el caso de la depresión, la medicina occidental sería la más indicada. Esto concuerda con lo que señala Barría (1988), quien indica que los profesionales de la salud deben comprender que los pacientes además de acudir a ellos, recurren paralelamente a curanderos y yerbateras, al igual que Medina (1988) quien señala que hay enfermos que recurren paralelamente a ambos sistemas, e incluso un sistema refiere al otro.

En relación específicamente a la salud mental, la OMS (2001) establece lo siguiente: “la salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto actualización del



propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental", de acuerdo a ello, es posible observar que también el mapuche tiene una forma de ver la salud mental, así mismo Lagarriga (1991) citado por Vallejo (2006), señala que la enfermedad mental estaría determinada por fenómenos de tipo mágico, agentes sobrenaturales como espíritus nocivos, muertos, brujos, etc., lo que no concordaría con lo relatado por los entrevistados, ya que en ningún caso asociaron su enfermedad hacia hechos de índole sobrenatural. El mismo Lagarriga (1991) citado por Vallejo (2006), además señala que la otra etiología de la enfermedad mental serían los fenómenos psicológicos y humanos, como lo son las relaciones estresantes y conflictivas, lo que sí concordaría con lo señalado por los entrevistados, en donde ciertos hechos de vida son reconocidos como los causantes de la enfermedad.

Estudios realizados por profesionales de otras partes del mundo, también han analizado como el mapuche ve la salud y la salud mental. Así Bekes (2000), señala que los criterios de salud mental mapuche no son empíricos, sino que más bien son globales y místicos, como por ejemplo la ruptura satánica de equilibrios. Señala además que los síntomas de la depresión y de la psicosis en distintas culturas son iguales, constatando que el psicótico del pueblo mapuche tendría características similares al alemán, y la diferencia estaría en la interpretación socio-cultural de la psicosis, el valor patológico, la vía y el tiempo que ha pasado hasta que reciben atención. Sin embargo, no se considera dentro de los discursos de los entrevistados, el origen místico que aquí se menciona, y como ya se señaló antes, las causas serían de origen biopsicosociales.

Castro (2003), establece un enfoque socioespiritual – psico – biológico, en el socioespiritual estarían las transgresiones y normas, en el psicológico estaría la angustia, depresión y psicosis, y en el biológico los síntomas y signos. Este enfoque, se basa en un concepto de persona que está conformada por las emociones, el espíritu, la mente y el cuerpo, los que estarían en constante interacción y movimiento, y que haría a la persona un ser dinámico y capaz de crecer, desarrollarse y trascender. De acuerdo a este enfoque y al estudio de los sujetos, se puede decir, que la relación con lo espiritual se ha perdido a través de lo señalado anteriormente, que los componentes de la cultura de origen se han ido perdiendo con la separación de los lugares de origen, la religiosidad ya no está asociado a la divinidad, etc., por tanto, se podría prescindir de este enfoque en el caso del mapuche que vive en la urbanización.

De acuerdo a los datos obtenidos, este estudio no concuerda con un estudio similar realizado por Ibacache y otros (2002), quien dentro de sus conclusiones estableció que las personas en estudio, aún mantenían características propias de la cultura y que se relacionan con causantes de enfermedad, como son las transgresiones, envidias, males, etc., y que si bien

uno de los entrevistados hace mención a que quizás su enfermedad pudiera haber sido causada por males, no representa el pensamiento general de la muestra de estudio. Así mismo el Minsal (2006), señala que la depresión sería una alteración patológica del estado de ánimo, con una baja del ánimo que culminaría en tristeza, síntoma que manifestaron tener todos los entrevistados producto de su estado depresivo. En relación a los antecedentes familiares de enfermedad, Minsal (s/f d) señala que la depresión en algunos casos sería hereditaria, en otros casos los problemas hacen que se origine, y también puede ser por ambas razones. En relación a los discursos, puede apreciarse que se atribuyen estas mismas características, ya que se da tanto que existan antecedentes previos de depresión en la familia, como que solamente esté asociado a situaciones de vida difíciles por parte del entrevistado.

Por su parte el plan nacional de salud mental y psiquiatría (2000) citado por el departamento de salud mental (2007), establece como propósito “contribuir a que las personas y grupos alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de lograr, el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, así como el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. Considerando el cómo se han referido los sujetos en relación a la atención en salud, específicamente del programa de salud mental, las políticas han sido efectivas en sus propósito de la recuperación de la salud, descubriendo que la mayoría de los entrevistados, manifiesta sentirse recuperado en relación a cómo ingresó al programa de atención, considerando incluso, que los profesionales a cargo de su atención son considerados sus amigos.

Así mismo vemos en el estudio de “Mejoría de la calidad de vida en personas atendidas en el programa para la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria en Chile”, que se realizó con personas que se atendían a través del programa y otras que lo habrían abandonado, se evidencia una notable mejoría en quienes continuaron el tratamiento, lo que fue concomitante con la disminución del cuadro depresivo (Antini & Alvarado, 2008).

De acuerdo a Andrade (2009) y Stefanelli (2003) citados por Pezo y otros (2004), Enfermería ha de actuar en ayuda de los pacientes con depresión, y se les debe orientar de manera clara, amplia y decodificada de acuerdo a la importancia de la adherencia al tratamiento prescrito y cuidados para evitar posibles daños derivados de la enfermedad y además a ayudar a disminuir los prejuicios existentes frente a la enfermedad mental. Es así como comparando con nuestro estudio, los pacientes no han recibido educación en relación al tratamiento que están llevando, evidenciándose que tenían muchas dudas en relación a él. Además, se hace necesario considerar que el nivel educacional de la gran mayoría de los entrevistados, no sobrepasa el 7° básico, por lo que la enfermera o profesional responsable se debe asegurar que el paciente tome conocimiento de cómo llevar su tratamiento o procurar que algún familiar esté al tanto de él.

De acuerdo al análisis, es posible afirmar que todos los entrevistados se encuentran conformes con la atención de salud brindada, y que si bien existe una dificultad de acceso a causa de la gran cantidad de personas que se atienden, al momento de llegar a recibir atención se encuentran muy conformes, dado que además la mayoría de ellos recibe atención gratuita (FONASA<sup>7</sup> A), y al padecer alguna enfermedad, a quien recurren en primera instancia es al médico. En general esta dificultad de acceso que señalan, no la asocian con la condición étnica, sino que es asociado a un problema general de los usuarios en el país. En este punto hay una contradicción en relación al estudio de Alarcón y otros (2003), ya que en él se establece que dentro de las tres principales causas para justificar una política de salud intercultural, dos de ellas no concuerdan con lo obtenido, las que serían la condición étnica y la inequidad en la atención, ya que ninguna de esas causas prevalecen en el pensamiento de los entrevistados, sólo la tercera causa que es la falta de acceso, concordaría con el estudio de los investigadores.

De acuerdo a lo obtenido en esta investigación y al revisar estudios relacionados, resulta necesario el analizar las características del mapuche urbano, es así como Iriarte y Bretho (2003) señalan que “se entiende por contexto urbano mapuche aquella situación pos-reduccional, es decir, derivado del conjunto de situaciones sociales vitales desarrolladas entre los mapuche y los diversos sectores de la sociedad nacional caracterizables como el efecto de un marco histórico de relaciones interétnicas de dominación, opresión y discriminación racial y étnico-cultural posterior al momento de la radicación en reducciones”. De acuerdo a ello, vemos que el mapuche urbano ha perdido casi por completo las costumbres y tradiciones de sus orígenes, por tanto deducimos que el se ha adaptado a la sociedad chilena, relación que también es necesaria ya que las instituciones estatales entregan los aportes necesarios para poder vivir en la ciudad. Por lo tanto, quizás el estar conformes con la atención, también puede deberse en parte a que ellos al reconocerse y autodefinirse como mapuche, están concientes de que están siendo incorporados a este sistema de asistencialismo, como un acto de sumisión tal vez, y por ende se muestran agradecidos de la atención que allí se les brinda.

Bonfil (1992) señala en su “teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos”, cuatro dimensiones que son la autónoma, enajenada, apropiada, e impuesta. De acuerdo a esto, a las definiciones de los elementos que inciden en la cultura, y además aplicándolo a la cultura mapuche huilliche de Osorno, se pueden identificar que existe 2 elementos mezclados, estos son la cultura impuesta y la apropiada. En relación a la historia del pueblo mapuche huilliche, la cultura impuesta por los españoles, disminuyó en gran parte las costumbres y tradiciones del mapuche, dichos elementos van adaptándose hasta permanecer en lo más mínimo en algunas personas que han podido llevar sus creencias aun viviendo en la ciudad. El control sobre la cultura fue de forma impuesta y a su vez es apropiada, ya que los mapuche podrían utilizar la medicina tradicional, pero prefieren la occidental como una forma de adaptación absoluta a la sociedad chilena. Las razones son la marginación en que viven, lo que su inserción en el sistema de salud sirve como medio para incluirse y en ser parte de la

---

<sup>7</sup> Fondo Nacional de Salud.

sociedad chilena. Por otra parte, el no compartir los conocimientos acerca de la medicina tradicional provoca que vaya perdiéndose la información, permaneciendo sólo en personas que la practican ocasionalmente y que viven en el sector de Rahue, Osorno, como pudo verse en el caso de los participantes.

La pertinencia cultural durante el proceso de atención, según lo manifiesta Alarcón y otros (2003), es un fenómeno que va más allá de lo étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, social y cultural de la persona, considerando un factor importante a la hora de enfrentar el proceso de salud y enfermedad. Sin embargo, de acuerdo a la investigación aquí realizada, en general los entrevistados no manifestaron sentirse incomprendidos o fuera de lugar en el sistema de atención de salud, sintiéndose conformes con la que le han proporcionado hasta ahora. Pese a ello, al manifestar que hay enfermedades que los médicos no pueden entender y por ende curar, deben recurrir a la medicina tradicional o popular, ya que se manifiesta que hay un punto en donde el sujeto no está siendo visto en su totalidad. Por su parte, los programas de Salud Intercultural aún no han integrado un enfoque en la atención brindada en la ciudad de Osorno, lo que no responde a la necesidad de incluir la medicina popular en la atención.

Leininger (2002), señala que “el propósito central de su teoría es descubrir y explicar los diversos factores de cuidados universales y culturalmente pertinentes influenciando la salud, enfermedad o muerte de individuos o grupos. El propósito y meta de la teoría es usar los descubrimientos de la investigación para proveer un significativo, seguro y culturalmente pertinente cuidado a los clientes de culturas similares o diversas. Los tres modelos para un cuidado pertinente, decisiones y acciones propuestos en la teoría están previstos para encaminar a la salud y al bienestar, o encarar la enfermedad y la muerte”. Además, de acuerdo a Leininger (2003), la Enfermería transcultural se puede enfocar a personas de diferentes culturas y en distintos contextos sociales y ambientales. De acuerdo a ello, la realización de esta investigación permite conocer características de la cultura en estudio y se puede establecer cuales son los cuidados culturalmente pertinentes que se le podría entregar al paciente con enfermedad mental, en este caso depresión.

De acuerdo a los hallazgos de Alarcón y otros (2004), si pensamos en que existen ciertas enfermedades que no son posibles ser tratadas por los médicos y además algunos de los sujetos manifiestan que sería bueno para ellos que ambas medicinas se complementaran, los resultados de esta investigación concordarían con los del autor, ya que en él los usuarios que fueron consultados directamente por la necesidad de una política de salud intercultural, manifestaron que es muy necesaria.

Es por esto, que dado estos resultados y de acuerdo al estudio de Alarcón y otros (2004), pese a que las costumbres y tradiciones mapuche se han ido perdiendo, y la concordancia que existe entre las personas de etnia mapuche y el programa de salud mental es

buena, el que aún se mantenga dentro de su patrimonio cultural la creencia de enfermedades que los médicos no pudieran entender y por ende sanar, le otorga la importancia necesaria a la idea de que se establezca un sistema con mayor pertinencia cultural.

## **8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

### **1 SALUD INTERCULTURAL**

#### **1.1 Problema**

A partir de lo anteriormente obtenido en este estudio, es posible observar un problema en relación al ámbito de Salud e Interculturalidad, el que se define a continuación:

*Necesidad de la incorporación de agentes de la medicina popular en la atención de salud.*

#### **1.2 Propósito**

El propósito de este plan de trabajo es mejorar la situación de salud de la población mapuche huilliche mediante la creación de un centro de atención de medicina popular para el sector de Rahue que permita crear un sistema de salud intercultural para esa población.

#### **1.3 Justificación**

De acuerdo a los resultados de esta investigación, se hace necesario establecer una pertinencia cultural en relación a diversos problemas de salud, que si bien no tienen relación con la salud mental, han sido reconocidos por los participantes de este estudio como de exclusividad para ser tratados por la medicina popular. Es así como en el estudio realizado por Alarcón y otros (2004), los usuarios que fueron consultados directamente por la necesidad de una política de salud intercultural, manifestaron que es muy necesaria, lo que en este estudio también se evidenció.

Además de acuerdo a lo que señala Barría (1988), los profesionales de la salud deben aceptar el hecho de que algunos pacientes, además de consultarlos, recurren paralelamente a yerbateros, curanderos, etc., como también lo relata Medina (1988), que señala que enfermos recurren paralelamente a ambos sistemas, e incluso un sistema refiere al otro.

El fin de esto, además de ser una ayuda para los agentes de medicina popular y para las personas que allí se atiendan, permite en parte que las tradiciones de los mapuche huilliche se mantengan en el tiempo y no desaparezcan.

#### **1.4 Objetivo General**

Mejorar la situación de salud del pueblo mapuche huilliche, a través de la implementación de un sistema de salud intercultural.

#### **1.5 Objetivos Específicos**

- Disminuir los riesgos de no recibir atención acorde con los requerimientos.
- Disminuir los costes asociados a la consulta particular de agente de la medicina popular.
- Mejorar la situación de los agentes de medicina popular.
- Fomentar la mantención de las tradiciones de la cultura mapuche huilliche.
- Fomentar la aceptación de la medicina popular en los profesionales de la salud.

#### **1.6 Actividades**

##### 1.6.1 Nivel estratégico:

- Recolección de información sobre personas interesadas en la realización de proyecto intercultural, ya sea profesionales o miembros de organizaciones relacionadas.
- Recolección de información sobre agentes de la medicina popular en Rahue que sean reconocidos dentro de la comunidad y por otros agentes de la medicina popular.
- Gestión para la información a todos los profesionales de la salud.
- Coordinar un equipo de trabajo, que permita evaluar la factibilidad de la realización del proyecto.

##### 1.6.2 Nivel Táctico:

- Realización de proyecto para obtener financiamiento en programas de salud intercultural.
- Construcción y abastecimiento del centro de salud.
- Creación de normativas y protocolos del establecimiento y de atención.
- Elaboración de planes de atención a pacientes.
- Capacitación del equipo sobre normas y protocolos de atención.

- Mantener una coordinación con los establecimientos de salud en caso de derivación.
- Informar a la comunidad de este nuevo sistema de salud.

#### 1.6.3 Nivel Operativo:

- Puesta en marcha de normativas y protocolos de atención
- Elaboración sistema de registro de pacientes.
- Supervisión ejecución de normas.
- Aplicación encuesta de satisfacción usuaria.

**Producto del plan:** Centro de atención de medicina popular.

**Verificador:** Infraestructura y funcionamiento del establecimiento.



## **2 SALUD MENTAL**

### **2.1 Problema**

A partir de la investigación realizada, y desde el punto de vista de Enfermería, es posible realizar una propuesta de intervención que permita aportar hacia la potenciación de los programas de Salud. En el caso del programa de Salud Mental, se ha evidenciado un problema en el cuál Enfermería cumpliría un rol fundamental.

Los pacientes que se atienden en el programa de salud mental, evidenciaron no tener claridad sobre el tratamiento que lleva, pese a que al ingresar al programa reciben charlas educativas, por lo que se estableció el siguiente diagnóstico participativo:

*Necesidad de reforzar conocimientos, en relación al tratamiento a seguir.*

### **2.2 Propósito**

El propósito de este plan de trabajo es mejorar el autocuidado de los pacientes a través de la implementación de un sistema educativo interdisciplinario en donde se incluya la atención de Enfermería.

### **2.3 Justificación**

Si bien dentro de los objetivos de esta investigación, no se estableció el realizar una propuesta para el programa de salud mental, no se puede estar ajeno a un problema que se haya evidenciado en relación a la salud de la población.

De acuerdo a Andrade (2009) y Stefanelli (2003) citados por Pezo y otros (2004), Enfermería ha de actuar en ayuda de los pacientes con depresión, y se les debe orientar de manera clara, amplia y decodificada de acuerdo a la importancia de la adherencia al tratamiento prescrito y cuidados a seguir, para evitar posibles daños derivados de la enfermedad y además a ayudar a disminuir los prejuicios existentes frente a la enfermedad mental.

Es por ello que para mejorar aún más la satisfacción de los usuarios atendidos en el programa, que ya se encuentran muy conformes con el trabajo realizado, es necesario mejorar la educación al paciente en relación al tratamiento, considerando que el tipo de medicamentos que maneja este tipo de pacientes, al llevar un mal uso de ellos, pudiera provocar un daño irreparable en su salud.

En este sentido es que Enfermería es un profesional adecuado para proporcionar a los pacientes una entrega de información clara, con evaluaciones que permitan asegurar la comprensión del paciente en cuanto a enfermedad y tratamiento. Por tanto, al equipo que ya trabaja con los pacientes, es decir médicos y psicólogos, el trabajar además con un profesional de Enfermería, implicaría una mayor potenciación del trabajo realizado con los pacientes.

De acuerdo a un estudio realizado por Oakley (2008) sobre red social y salud mental, señala que la red social puede tener un efecto protector en las personas en relación a los eventos estresantes que vive. Es así como Faccincani y otros (1990) citado por Oakley (2008), señala que existe una relación inversa entre el tamaño de la red social y la tasa de utilización de la hospitalización psiquiátrica, es decir, a mayor red social tenga la persona con enfermedad mental, menos va a ser el riesgo de que recaiga en una hospitalización. Por tales afirmaciones es que el papel de la enfermera es fundamental en la labor de identificar cual es la red familiar con la que cuenta el paciente, permitiendo que esta participe del proceso de enfermedad en beneficio del paciente.

#### **2.4 Objetivo General:**

Mejorar el autocuidado de los pacientes del programa de depresión, a través de la implementación de un plan educativo interdisciplinario.

#### **2.5 Objetivos Específicos:**

- Favorecer el autocuidado en el hogar.
- Favorecer la adherencia al tratamiento.
- Disminuir los riesgos de autolesión y mal uso del tratamiento.
- Potenciar la labor de la familia en el proceso de enfermedad del paciente.
- Incorporar los cuidados a una rutina diaria.

## 2.6 Actividades

### 2.6.1 Nivel Estratégico:

- Informar al resto del personal de la idea de crear un plan educativo.
- Gestionar la incorporación de personal de Enfermería en la atención de pacientes y cantidad de profesionales necesarios para llevar a cabo el plan (médicos, psicólogos, enfermeros).
- Coordinar equipo de trabajo multidisciplinario para la creación de plan educativo.
- Coordinar un equipo de trabajo, que permita evaluar la factibilidad del proyecto

### 2.6.2 Nivel Táctico:

- Recolección de información sobre estrategias educativas.
- Estudio de los principales aspectos a incluir en el plan.
- Elaboración de plan educativo.
- Planificación de evaluación del trabajo realizado.
- Capacitación resto del personal sobre la metodología de realización del plan.
- Elaboración de instrumento para evaluar el cumplimiento de objetivos del plan educativo y posterior validación de instrumento.
- Informar a los pacientes del programa, sobre la nueva metodología educativa.

### 2.6.3 Nivel Operativo:

- Implementación plan educativo.
- Coordinación de equipo responsable para realizar la labor educativa.
- Sistema de registro de pacientes con la respectiva programación educativa.
- Citación de pacientes para realización de sesiones.
- Visita domiciliaria.
- Aplicación de instrumento de evaluación del trabajo realizado.

**Producto del plan:** Plan educativo multidisciplinario

**Verificador:** Copia del plan educativo y su funcionamiento en el centro de atención de salud.

## 9. REFERENCIAS

- 1 Alarcón, A., Vidal, A., Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131 (9). Recuperado el 15 de Agosto del 2008, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso). ISSN 0034-9887.
- 2 Alarcón, A., Astudillo, P., Barrios, S., Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132 (9). Recuperado el 15 de Agosto del 2008, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000900013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000900013&script=sci_arttext)
- 3 Alvarez-Santullano, P., Forno, A. (2001). *Futawillimapu*. Osorno, Chile.
- 4 Amaro, M. (2006). Reflexiones éticas sobre la investigación científica en Biomedicina desde el prisma de la Universidad Médica. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 25 (1). Recuperado el 15 de Septiembre del 2008 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002006000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100010)
- 5 Antini, C. & Alvarado, R. (2008). Mejoría de la calidad de vida en personas atendidas en el “Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria”, en Chile. *Revista Psiquiatría Uruguay*, 72 (2), 142-149. Recuperado el 27 de Noviembre del 2008, de [http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/dic2008/04\\_Trabajo%20Original.pdf](http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/dic2008/04_Trabajo%20Original.pdf)
- 6 Aylwin, J. (s/f). Pueblos indígenas de Chile: Antecedentes históricos y situación actual. Recuperado el 12 de Septiembre del 2008, de <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/ay11a.html>
- 7 Aylwin, J. (2002). *Informe sobre la situación de los derechos del pueblo mapuche: Programa de Derechos Indígenas*. Santiago, Chile. Ediciones Lom.
- 8 Babarovic, I. (1987). *Campesinado mapuche y procesos socioeconómicos regionales*. Santiago, Chile.
- 9 Bachelet, M., Perez, E., Velasco, A. (2008). Mensaje de s.e. la Presidenta de la Republica con el que inicia un proyecto de ley que crea la comuna de Rahue, en la

- región de Los Lagos. Recuperado el 5 de Marzo del 2009, de [http://www.bcn.cl/actualidad\\_legislativa/proyecto-crea-nueva-comuna-de-rahue/creacion-comuna-de-rahue](http://www.bcn.cl/actualidad_legislativa/proyecto-crea-nueva-comuna-de-rahue/creacion-comuna-de-rahue).
- 10 Barría, C. (1988). La psiquiatría transcultural en Chile. *Enfoques en atención primaria*, 3 (3), 1-52.
  - 11 Bonfil, G. (1992). *Identidad y pluralismo cultural en America Latina*. Bs As., Argentina: Universidad de puerto rico/CEHASS.
  - 12 Bekes, M. (2000). Intercambio medicinal entre Alemania y los mapuches. *Revista argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 9 (2). Recuperado el 5 de Enero del 2009, de <http://www.alcmeon.com.ar/9/34/Bekes.htm>
  - 13 Bretho, M., Iriarte, R. (2003). Ser mapuche en un contexto pos-reduccional. Las mil caras de la etnicidad. *Revista Cyber Humanitatis*, 27. Recuperado el 20 de Febrero del 2009, de <http://www.cyberhumanitatis.uchile.cl/CDA/indice/0,1495,ISID%253D347,00.html>.
  - 14 Castro, M. (2003). *Salud colectiva y medio ambiente*. Temuco, Chile: Alambre de Púas.
  - 15 Catrileo, M. (2005). Revitalización de la lengua mapuche en Chile. *Documentos lingüísticos y literarios UACH*, 28. Recuperado el 23 de febrero del 2009, de [http://www.humanidades.uach.cl/documentos\\_linguisticos/document.php?id=86&format=print](http://www.humanidades.uach.cl/documentos_linguisticos/document.php?id=86&format=print)
  - 16 Catrigan, E., Rain, D., Caniuqueo, S. (2007). *Estudio Epidemiológico Sociocultural Mapuche en la Comuna de Panguipulli*. (1ª Ed). Panguipulli, Chile: Imprenta América.
  - 17 Conace (2004). Sexto estudio nacional de drogas en población general de Chile. Recuperado el 15 de Agosto del 2008, de <http://www.conacedrogas.cl/archivos/ed1b5d4e7f42acce01fef0fa35d8bba8.pdf>
  - 18 Cuche, D. (2004). *La noción de cultura en las ciencias sociales*. (1ª Ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
  - 20 Delamaza, G. (2005). *Tan lejos tan cerca*. (1ª Ed). Chile: Lom
  - 21 Del Popolo, F., Oyarce, A., Lafosse, S. (2007). La salud de los Pueblos Indígenas en América Latina, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?. Recuperado el 26 de Septiembre del 2008, de <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/FDelPopoloP.pdf>

- 22 Departamento de Salud Mental (2007). Política Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Chile 2000. Recuperado el 1 de Octubre del 2008, de [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_mental/documentos\\_relacionados/calidadsaludmental/POLITICASMYCALIDAD.ppt#312,3,Diapositiva 3](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/calidadsaludmental/POLITICASMYCALIDAD.ppt#312,3,Diapositiva 3)
- 23 Dillehay, T. (1976). *Estudios antropológicos sobre los mapuches de Chile Sur-Central*. Pontificia Universidad Católica. Temuco, Chile.
- 24 Farón, L. (1964). *Antupaiñanco, moral y ritual mapuche*. Santiago, Chile: Ediciones Mundo.
- 25 Fernandez, V. (2006). Perspectiva de la Enfermería Transcultural en el contexto mexicano. Recuperado el 10 de Septiembre del 2008, de [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3F9A541F-F9AE-4894-B220-65BDE10D2806/0/Informacion\\_Gral.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3F9A541F-F9AE-4894-B220-65BDE10D2806/0/Informacion_Gral.pdf)
- 26 Foerster, R. (1985). *Vida religiosa de los huilliches de San Juan de la Costa*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- 27 Gálvez, A. (2002). *La medicina bajo sospecha*. (1ª Ed.). España: Fundación Index.
- 28 Ibacache, J., Morros, L., Trangol, M. (2002). Salud mental y enfoque socioespiritual-psico- biológico: Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud. *Ñuke Mapuforlaget Working Paper Series*, 11. Recuperado el 10 de Octubre del 2008, de <http://www.mapuche.info/mapuint/sssmap020911.pdf>
- 29 Instituto Nacional de Estadísticas (2002). Síntesis censal. Recuperado el 10 de Julio del 2008, de <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>.
- 30 Jelves, I., Ñanco, J., Coliñir, M., Morales, F. (s/f). Manual para la promoción de alimentación tradicional mapuche. Recuperado el 10 de Febrero del 2009, de [www2.estudiosindigenas.cl/trabajados/manual%20alimentacion.pdf](http://www2.estudiosindigenas.cl/trabajados/manual%20alimentacion.pdf)
- 31 Jorge, F. (2009). Diagnóstico Sector 2 Dr. Pedro Jauregui Castro, años 1999 a 2004. En construcción.
- 32 Leininger, M. (1997). Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Journal of nursing scholarship*, 29 (4), 341-347. Recuperado el 27 de Noviembre del 2008, de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118508746/home>.
- 33 Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of transcultural nursing*

- 13 (3), 189-192. Recuperado el 27 de Noviembre, de <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/189>
- 34 Leininger, M. (2003). Founder's focus: Some key challenges. *Journal of transcultural nursing*, 14 (3), 283. Recuperado el 27 de Noviembre del 2008, de <http://tcn.sagepub.com>.
- 35 Medina, E. (1988). La medicina tradicional o popular y la medicina oficial o moderna. *Enfoques en atención primaria*, 3 (3), 1-52.
- 36 Ministerio de Planificación y Cooperación (1993). Ley Indígena N° 19.523. Recuperado el 10 de Octubre del 2008, de [http://www.quipu.uta.cl/masma/patri\\_edu/PDF/LeyIndigena.PDF](http://www.quipu.uta.cl/masma/patri_edu/PDF/LeyIndigena.PDF)
- 37 Ministerio de Salud de Chile (s/f a). Presentación Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado el 20 de Julio del 2008, de [http://www.redsalud.gov.cl/temas\\_salud/saludmental1.html](http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental1.html)
- 38 Ministerio de Salud de Chile (s/f b). Salud Mental, Presentación. Recuperado el 20 de Julio del 2008, de [http://www.redsalud.gov.cl/temas\\_salud/saludmental.html](http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental.html)
- 39 Ministerio de Salud de Chile (s/f c). Áreas prioritarias de Salud Mental en Chile, Presentación. Recuperado el 20 de Julio del 2008, de [http://www.redsalud.gov.cl/temas\\_salud/saludmenta4.html](http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmenta4.html)
- 40 Ministerio de Salud Chile (s/f d). Tríptico Depresión. Recuperado el 20 de Diciembre del 2009, de [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_mental/documentos\\_relacionados/Triptico o Depresion.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/Triptico o Depresion.pdf)
- 41 Ministerio de Salud Chile (2004). Violencia y salud mental. Recuperado el 30 de Agosto del 2008, de [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_mental/documentos\\_relacionados/Violencia/SaludMentalViolencia.pps#348](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/Violencia/SaludMentalViolencia.pps#348)
- 42 Ministerio de Salud Chile (2005). Guía clínica: Detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria. Recuperado el 1 de Septiembre del 2008, de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/GPCGes-OHyDrogas-2007-rev26junio.pdf>

- 43 Ministerio de Salud Chile (2006). Guía clínica: tratamiento de personas con Depresión. Recuperado el 1 de Septiembre del 2008, de <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/guiasges/depresion.pdf>
- 44 Mujica, A. Pérez, M., Parra, C., Simon, J. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, 10 (1). Recuperado el 15 de Julio del 2008, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000100002&script=sci_arttext)
- 45 Ojeda, S. (2004). El histórico proyecto de acuerdo en que se solicita que Rahue sea convertido en comuna. *La voz de los Rahuinos*. Recuperado el 5 de Marzo del 2009, de [http://www.bcn.cl/actualidad\\_legislativa/proyecto-crea-nueva-comuna-de-rahue/creacion-comuna-de-rahue](http://www.bcn.cl/actualidad_legislativa/proyecto-crea-nueva-comuna-de-rahue/creacion-comuna-de-rahue).
- 46 Organización Mundial de la Salud (1946). Concepto de salud. Recuperado el 15 de Agosto del 2008, de <http://www.who.int/topics/es/>.
- 47 Organización Mundial de la Salud (2001). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 15 de Agosto del 2008, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html).
- 48 Oakley, M. (2008). Usefulness of the Construct of Social Network to Explain Mental Health Service Utilization by the Maori Population in New Zealand. *Transcultural Psychiatry*, 45 (3), 439-454. Recuperado el 23 de Febrero del 2009, de [http://web.ebscohost.com.webproxy.uach.cl:2048/ehost/resultsadvanced?vid=3&hid=106&sid=85181996-b731-4c7c-bddb-6e84a640edfa%40sessionmgr104&bquery=\(SO+\(+transcultural+\)\)&bdata=JmRiPWE5aCZhbXA7bGFuZz1lcyZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl](http://web.ebscohost.com.webproxy.uach.cl:2048/ehost/resultsadvanced?vid=3&hid=106&sid=85181996-b731-4c7c-bddb-6e84a640edfa%40sessionmgr104&bquery=(SO+(+transcultural+))&bdata=JmRiPWE5aCZhbXA7bGFuZz1lcyZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl)
- 49 Osses, S., Sanchez , I. y Ibanez, F. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios pedagógicos*, 32 (1). Recuperado el 26 de Septiembre del 2008, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052006000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052006000100007&lng=es&nrm=iso). ISSN 0718-0705.
- 50 Pezo, M., Costa, M., Komura, A. (2004). En busca de solución para el sufrimiento: Vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. *Ciencia y enfermería*, X (2). Recuperado el 24 de Febrero del 2009, de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n2/art05.pdf>
- 51 Programa Orígenes (2006). Componente de Salud Intercultural. Recuperado el 15 de Julio del 2008, de <http://www.origenes.cl/salud.htm>.



- 52 Real Academia Española (2001). Definición etnia. (22ª ed.). Recuperado el 25 de Febrero del 2009, de <http://buscon.rae.es/draeI/>.
- 53 Real Academia Española (2001). Definición discriminar. (22ª ed.). Recuperado el 25 de Febrero del 2009, de <http://buscon.rae.es/draeI/>.
- 54 Sáez, M. (s/f). Salud y Pueblos Indígenas: Políticas, Programas y Planes en un proceso de negociación y acuerdos. Recuperado el 16 de Octubre del 2009, de <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/MSaezP.pdf>
- 55 Simón, M. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- 56 Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New Cork, USA: Editorial Holt, Rinehart and Winston.
- 57 Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a la investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- 58 Vallejo, A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2). Recuperado el 20 de agosto del 2008, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552006000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200005&lng=es&nrm=iso). ISSN 0123-9155.
- 59 Welch, A. (2003). Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad. En A. Marriner-Tomey (Eds). *Modelos y teorías en Enfermería*. (5ª Ed.). España. Harcourt Brace.

## **10. ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....he sido informado/a por Srta. María Paz Cárcamo Ortiz y por la Srta. María Antonieta Cárcamo Ortiz, tesistas de la carrera de Enfermería y Antropología respectivamente de la Universidad Austral de Chile, que desarrollan un trabajo de investigación, sobre evaluación de la compenetración de las políticas de salud con pertinencia sociocultural en el ámbito de la salud mental, es por ello que yo:

- 1.- He sido informado/a sobre el objetivo y metodología a utilizar durante esta investigación.
- 2.- Consiento libre y voluntariamente a colaborar en esta investigación, haciendo relato de mi experiencia en el tema a investigar.
- 3.- Permito que las Srtas. Cárcamo utilicen la información obtenida en completo anonimato, pudiendo modificar nombres o situaciones del texto según el caso, que puedan permitir conocer mi identidad.
- 4.- He podido hacer las preguntas que he estimado conveniente acerca de las características de esta investigación.
- 5.- He sido informado/a de que mi colaboración en esta investigación puede terminar en cualquier momento, sea antes o durante la entrevista.
- 6.- Mi negativa a colaborar en el estudio no tendrá ninguna influencia sobre mi persona.
- 7.- Ante cualquier duda en relación a la investigación, puedo dirigirme a las Srtas. Cárcamo.
- 8.- Autorizo a las Srtas. Cárcamo a grabar nuestra entrevista.
- 9.- Fijaré día y hora en la cual se realizará nuestra entrevista.

\_\_\_\_\_  
Firma María Paz Cárcamo

\_\_\_\_\_  
Firma María Antonieta Cárcamo

\_\_\_\_\_  
Firma entrevistado/a

Valdivia, \_\_\_\_\_ del 2008

## **ANEXO N° 2**

### **TEMAS A SER TRATADOS DURANTE LA ENTREVISTA**

#### **1. ETNIA**

- 1) Autodefinición
- 2) Lengua
- 3) Cultura
- 4) Prácticas religiosas
- 5) Discriminación

#### **2. SALUD Y ENFERMEDAD**

- 1) Concepto enfermedad
- 2) Males o enfermedades familiares
- 3) Sistemas de salud y preferencias

#### **3. MEDICINA MAPUCHE Y MEDICINA OCCIDENTAL**

- 1) Enfermedades del mapuche
- 2) Información acerca de curanderos, médicas
- 3) Medicación
- 4) Experiencias en la medicina occidental y mapuche

#### **4. CONFIABILIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD MAPUCHE Y OCCIDENTAL**

- 1) Lo bueno y lo malo de la medicina occidental
- 2) Conocimiento de enfermedades que los médicos no puedan entender
- 3) Lo bueno o malo de la medicina mapuche