

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE LAS EXPERIENCIAS DE SANAR Y ENFERMAR
EN MUJERES MAPUCHE HUILICHE
DEL SECTOR SUR DE SAN JUAN DE LA COSTA, CHILE.

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado
académico de Licenciadas en
Enfermería.

PÍA MONDACA VIVEROS- DANIELA PÉREZ RÍOS
VALDIVIA- CHILE
2009

Profesor patrocinante

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

Firma:

Profesores informantes:

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

Firma :

2. Nombre : Debbie Elena Guerra Maldonado
Profesión : Antropóloga.
Grados : Licenciada en Antropología Licenciada en Educación.
Instituto : Enfermería Materna (profesora adjunta)
Facultad : Medicina Universidad Austral de Chile.

Firma :

Fecha de examen de grado :

PRÓLOGO

Nadie lo pensó, nadie se imaginó como nosotras, que ésta experiencia sería algo tan importante que recordaríamos siempre...quizás el aventurarnos en algo desconocido nos dio la bendición de realizar esta experiencia nueva y aunque temerosas en un principio, con los cinco sentidos bien puestos fuimos absorbiendo todo lo que para nosotras significara además de conocimientos, experiencias de vida, tanto de ellas como de nosotras...

Ellas en muchos momentos no se veían como objetos de estudio sino mas bien alguien cercano, conocido e interesado en relatarnos a nosotros, unas desconocidas para su vida y su entorno, lo más importante de su historia de vida que acogimos y aun resguardamos como algo valioso que cambio nuestra forma de ver su realidad pero más aun cambio la manera de ver nuestra realidad.

Todo lo que ellas nos entregaron a creado un sentimiento importante que es el sentir y asegurar todos los días que nuestro arduo trabajo dejó algo importante para nosotras y también para quien en un futuro quiera interesarse por esta área, sabemos que no será un simple estudio para cumplir con un requisito académico, porque si bien esto partió como una inquietud personal poco a poco la experiencia de trabajar e insertarnos en comunidades y lugares que no habíamos conocido jamás y siquiera oído nombrar, le dio el toque de aventura que necesitábamos para continuar con el animo que pusimos hasta el final...

Sabemos que recordaremos siempre lo que vivimos, y que en esta tesis no se reflejará todo lo que experimentamos, las mujeres que conocimos, sus hijos, la intimidad de su hogar, los almuerzos en familia, las ceremonias de celebración hermosas a las que fuimos invitadas, los relatos de vida por los que aún lloran, los olores de la naturaleza limpia, el ambiente puro, el tiempo que transcurre más lento que en el que estamos acostumbradas a vivir, el sonido de la tranquilidad y mucho más el ambiente que solo puede vivir quien se atreva a querer conocer y disfrutar de la enorme y hermosa diversidad de culturas que posee un país, las cuales hasta el día de hoy no hemos sabido valorar....

No nos queda más que agradecer a las mujeres que hicieron que este estudio sea lo que hemos logrado, a su hospitalidad, generosidad, preocupación, sabiduría y lo mas importante permitirnos vivir lo que hemos plasmado en esta tesis desde su visión de las cosas... desde lo mas profundo de su ser mujer.

ÍNDICE

	PAGINA
1. RESUMEN	5
2. SUMMARY	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. ANÁLISIS DE LA LITERATURA	11
5. OBJETIVOS	38
6. DISEÑO METODOLÓGICO	39
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	52
8. DISCUSIÓN	86
9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	89
10. CONSIDERACIONES FINALES	92
11. REFERENCIAS	96
12. ANEXOS	103

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo comprender los principales factores socioculturales y sanitarios que motivan a las mujeres Mapuche Huilliche del sector sur de San Juan de la Costa a solucionar sus problemas de salud en la medicina occidental o en la medicina tradicional de su cultura.

Para lograr los objetivos planteados se diseñó un proyecto de investigación cualitativa de tipo etnográfica, cuya recopilación de datos fue a través de un trabajo de campo integrando técnicas de recolección adecuadas como entrevistas etnográficas y Focus Group, las cuales fueron analizadas a través del método de Spradley.

La selección de la muestra se realizó considerando personas del sexo femenino pertenecientes a tres comunidades indígenas del sector sur de San Juan de Costa, provincia de Osorno, Chile. Tomando en cuenta estos criterios se identificaron a los informantes claves mediante la técnica de *variación máxima* definida por Flick, integrando casos en donde nos percatamos que poseían visiones diferentes respecto al tema de investigación dentro de cada comunidad. Finalmente se realizó un total de siete entrevistas en profundidad y un Focus Group.

Al llevar a cabo el análisis de los resultados surgieron cuatro temas principales “Percepciones frente a la medicina mapuche”, “Percepciones frente a la medicina occidental”, “Mujer Mapuche Huilliche” y “Pertenencia cultural”, cada uno de los cuales involucró variados subtemas. Dentro de los resultados se destaca como factor principal de decisión frente al sistema de salud occidental y Mapuche Huilliche, el significado de salud y enfermedad atribuido por su cultura y las condiciones geográficas de aislamiento en las que se encuentran insertas.

La etapa de consideraciones finales se realizó teniendo como base la Teoría de Madelaine Leininger y su modelo del Sol naciente, integrando los diferentes factores observados en las comunidades que dan forma a su cultura y a sus decisiones al momento de optar por la medicina occidental o la medicina tradicional de su cultura.

SUMMARY

The current research objective is to understand the main sociocultural and sanitary factors that motivate the *Mapuche Huilliche* women of San Juan de la Costa to solve their health problems using their culture's traditional Medicine.

To achieve the stated objectives, we designed an ethnographic investigation of a qualitative character, whose data was collected in field work, using pertinent data gathering techniques such as ethnographic interviews and Focus Groups, which were then analyzed using the Spradley method.

Our sample was acquired selecting females belonging to three indigenous communities in the vicinity of San Juan de la Costa, Osorno province, Chile. Within these criteria, key informants were identified using the *maximum variable* technique as defined by Flick, integrating cases that were noticed as having divergent opinions on the subject within each community. A total of seven in-depth interviews and one focus group were done.

When analyzing the results, four main themes emerged: "Perceptions of Mapuche Medicine", "Perceptions of western medicine", "Mapuche Huilliche Women" and "Cultural Pertinence", each one of them involving several sub-themes. Within our results, some of the main factors affecting women's choices between western and traditional medicine were the meaning of healthiness and disease and their isolated geographic condition.

The final consideration phase was done using Madelaine Leininger's theories and her Rising Sun model, integrating the different factors that were observed to shape these communities culture and their decisions when they had to opt for either western medical care or their cultural tradition's own medicine.

1. INTRODUCCIÓN

A través de la siguiente investigación se abarca el ámbito de *epidemiología intercultural y salud intercultural* teniendo como objetivo el comprender los principales factores socioculturales y sanitarios que motivan a las mujeres mapuche Huilliche a solucionar problemas de salud en la medicina tradicional y/o medicina mapuche, dando respuesta a la pregunta de investigación ¿Cómo las condiciones socioculturales y sanitarias influyen en las mujeres mapuche-Huilliche motivando la solución de sus problemas de salud en la medicina tradicional occidental y en la medicina tradicional mapuche?

En concordancia con los objetivos planteados se utilizó una metodología cualitativa de trayectoria etnográfica, de tipo descriptiva y observacional. La población de estudio corresponde a tres comunidades mapuche Huilliche ubicadas en el sector sur de la Comuna de San Juan de la Costa en la Provincia de Osorno, Chile.

Como la mayoría de los países latinoamericanos, Chile es culturalmente pluriétnico, encontrándose dividido por el grupo hispano y grupos originarios como Aymaras, Atacameños, Colla, Diaguita, Quechua, Rapa Nui, Mapuche, Kawashkar y Yaganas, destacando entre ellos al pueblo mapuche o “gente de tierra” que es por excelencia el que posee el mayor número de descendientes en todo el país, teniendo como población total a 604.349 habitantes de los cuales 299.769 corresponden a mujeres. De la población total de mapuches, un 50% se concentra desde la novena hasta la décima región correspondiente a 303.634 habitantes. Entre ellos 149.316 corresponden a mujeres (INE, 2002).

Dentro del ámbito cultural que engloba a cada individuo, existe una temática ligada íntimamente a ella. Esta tiene que ver con el proceso de salud- enfermedad. Para ello se han desarrollado distintas teorías y actividades que intentan solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud (Véase Ibacache, 1997). Entendiéndose que la salud es universal pero a su vez particular para cada cultura.

Centrándonos exclusivamente en la cosmovisión del pueblo mapuche, podemos destacar que el significado de Salud es un todo conformado por la persona, el medio ambiente y un conjunto de seres y fuerzas con poder que rigen sobre los dos primeros, estableciendo un equilibrio dinámico entre ellos. Asimismo una ruptura entre estos componentes provoca consecuencias en la salud física y mental del individuo. (Marileo, 2002). Para ello el pueblo mapuche desarrolló un sistema curativo con roles definidos; dentro de éste se destaca la participación femenina como la *Machi*, quien es la encargada de la curación natural, siendo la única persona autorizada para establecer un puente directo con los espíritus creadores y protectores (*Ngen*) (Aukanaw, 2001). *Lawenche*, *meica*, *kimche* o yerbatero, quien es la persona que posee dones para conocer las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales. *Ngütamchefe*, persona conocedora de la forma, funciones y posición de los huesos y *Püñeñelchefe* quien es especialista en maternidad y problemas asociados al proceso de parto.

Como consecuencia de los procesos globalizantes, la cultura mapuche se ha visto negativamente impactada en lo que respecta a salud de la población. Esto atribuido a la modificación de costumbres ancestrales, como la forma de vivir, la alimentación, la forma de cultivos etc. En contraste, la escasez de machis en la actualidad, sumado a la menor creencia entre los mismos mapuches en la efectividad de esta forma de sanación, ha desencadenado en el hecho que hoy en día realizar un *machituke* tiene un costo para el enfermo que consiste en una gran suma de dinero, optando por acudir a postas y consultorio de salud. Además, las prácticas médicas mapuches han sido popularizadas en zonas urbanas, ampliando así su campo de acción. Pero paradójicamente, en las zonas rurales es cada vez menos frecuente la creencia en este rito (Ortiz, 2004).

Como lo hemos mencionado, existe una modificación en el uso de hierbas curativas y consultas a *meicas* y hierbateros, sin embargo, cuando el origen de la enfermedad es atribuido al orden mágico-religioso es la *machi* la persona competente para solucionar el problema.

Las prácticas ancestrales están siendo reemplazadas por los estilos de vida occidentales debiendo adaptarse a las ofertas en salud impartidas por el Ministerio de salud de Chile, es por esto, que dentro de las políticas de salud establecidas por este órgano Ministerial, está la formulación de políticas que permiten incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena, especialmente en la zona norte y sur de nuestro país (Alarcón, Vidal & Neira, 2003).

Motivaciones Intrínsecas y Extrínsecas

Como motivaciones intrínsecas tenemos el interés de investigar un área que en el ámbito de Enfermería tiene un papel fundamental ya que se trata del ámbito cultural de las personas que en definitiva nos dan las bases para entregar una atención integral con cuidados congruentes con su manera de vivir y relacionarse. Otra motivación se relaciona directamente con la curiosidad sentida por explorar áreas de comportamiento que no serían de conocimiento sino se realiza la interacción con el sujeto de estudio que en este sentido, corresponde a condiciones de vida de una cultura que esta inserta en la sociedad pero que no se conoce mayormente en términos de salud.

Se pretende obtener reconocimiento público de la investigación que se traduzca en un aporte concreto a programas y políticas relacionadas con el tema de salud intercultural.

Como motivación extrínseca se sitúa el obtener el grado de Licenciatura en Enfermería con un buen desempeño académico.

Justificación

Los estudios realizados en Chile respecto de la población mapuche, son en su mayoría, llevados a cabo con las comunidades de la IX región, sin existir mayor información de las que habitan en las regiones X y XIV de nuestro país. Es por esto que nuestra investigación pretende ser un aporte al conocimiento y comprensión de esta población, en especial la femenina adscrita a esta zona geográfica, por ser ella quien ha sido la principal víctima de los efectos de la globalización que ha provocado cambios sustanciales en la dinámica de la comunidad. De ser centro estabilizador de la familia, y generadora de cuidados en ámbitos de salud ha debido desvincularse para emigrar a la ciudad en donde debe adaptarse a la oferta laboral doméstica que se les ha delegado y en conjunto aislarse de la comunidad y de su núcleo familiar, lo que supone un cambio en el perfil epidemiológico. Los resultados de esta investigación servirán para mejorar las políticas públicas en ámbitos sanitarios en términos de equidad y calidad de atención hacia las mujeres del pueblo mapuche, entendiendo que son ellas el pilar fundamental para el progreso familiar y más aún comunal.

2. ANÁLISIS DE LA LITERATURA

2.1 CULTURA

La palabra cultura ha tenido diferentes significados y uso a través de los siglos, por lo que conoceremos y analizaremos a continuación algunos de ellos para finalmente comprender el concepto de cultura que utilizaremos en este estudio.

Cultura es una palabra antigua que deriva del latín *cultura* que significa “el cuidado de los campos o del ganado”. Posteriormente a comienzo del siglo XVI ya no es un “estado” sino una acción concreta, pasando a definirse como “cultivar la tierra”.

A raíz de ello la palabra fue introducida en el mundo intelectual refiriéndose a cultivar el talento, hablando de cultura de las artes, cultura de las letras, etc. Definiéndose como una acumulación de saberes y conocimientos, en definitiva un mayor conocimiento involucraba mayor cultura (Véase, Cuche, 2004).

Este concepto de cultura es muy conocido actualmente, pero no es el que se utilizará en este estudio, limitándose solo, a una característica individual y no un rasgo social.

Johann Herder comenzó a darle un sentido más colectivo al definirlo como “el orgullo de cada pueblo”, proponiendo la diversidad cultural, la riqueza de la humanidad. De aquí se comienza a relacionar con la nación perteneciente, donde la cultura provendría de cada pueblo, “adquirida de una vez y para siempre” (Cuche, 2004).

A partir de la creación de la sociología y de la etnología como disciplina científica se creó la primera definición etiológica de cultura, perteneciente a Edward Taylor (1987) este cita: “Todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y las otras capacidades o hábitos adquiridos por el hombre en tanto miembro de la sociedad”

También se considera a la cultura como ente unificador “Cada cultura determina cierto estilo de comportamientos comunes al conjunto de individuos que participan de la misma, allí residiría lo que hace a la unidad de una cultura y lo que la vuelve específica en relación con las demás” (Cuche, 2004).

La definición otorgada por Lèvi-Strauss (1950) se refiere a que “toda cultura puede ser considerada como un conjunto de sistemas simbólicos en los que en primer rango se sitúan la lengua, las reglas del matrimonio, las relaciones económicas, el arte, la ciencia, la religión”. Todos estos sistemas tienen como objetivo expresar ciertos aspectos de la realidad física y de la realidad social y, más aún, las relaciones que estos dos tipos de realidades mantienen entre sí y que los sistemas simbólicos mantienen unos con otros.

Tom Dillehay (1976) define que “la cultura de un pueblo la constituyen los patrones de conducta, pensamientos y sentimientos que los miembros de una sociedad aprenden por medio de la transmisión social”, haciendo referencia a que la cultura es propia de cada pueblo, y no de cada individuo como lo mencionado por otros autores.

Estas últimas definiciones nos llevan a comprender que la cultura es un aspecto social y único de cada pueblo, siendo una guía en la vida diaria de las personas definiendo sus formas de pensamiento y acción. Siguiendo este concepto la cultura orienta la forma de comprender y satisfacer sus necesidades, por ejemplo su percepción de salud y enfermedad, y por ende el sistema curativo que elaboran para cubrir esta necesidad.

Spradley (1979) define cultura como “el conocimiento adquirido que la gente usa para interpretar la experiencia y generar comportamiento social”, especificando que “La cultura no puede definirse más que a través de los hombres que la viven. El individuo y la cultura se conciben como dos realidades distintas pero indisociables, que actúan una sobre otra: no se puede comprender una más que en su relación con la otra”.

Aquí se plantea que para conocer y comprender profundamente una cultura se debe realizar directamente con las personas que la poseen. Por ello para comprender la cultura, y las formas de vida de las mujeres Mapuche-Huilliche debemos mantener una estrecha relación con ellas mismas dentro de sus comunidades, viendo la cultura a través de ellas.

A partir de la definición propuesta por Johann Herder que resalta “la cultura es adquirida de una vez y para siempre” se contraponen un fenómeno conocido con el término “aculturación” creado a partir de la relación que se establece entre diversas culturas, fenómeno que se acrecienta cada vez más por las facilidades de comunicación y transporte en el mundo global. A partir de la gran cantidad de datos existentes en relación a este proceso, se creó un comité encargado de organizar las investigaciones en relación a este fenómeno, el cual enunció en el Memorándum para el estudio de la Aculturación (1936) la definición como “El conjunto de fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos de culturas diferentes y que inducen cambios en los modelos culturales iniciales de uno o de los grupos” (Cuche, 2004).

El cambio o la aculturación significan “la disrupción o disolución de las estructuras e instituciones tradicionales y su reemplazo por las estructuras e instituciones de la sociedad global” (Dillehay, 1976).

Tal como expusimos anteriormente Chile es un país culturalmente pluriétnico, por lo que en él conviven una gran variedad de culturas que están cada vez más relacionadas. Es así como las comunidades Mapuche-Huilliche del sector sur de San Juan de la Costa interactúan día a día con la sociedad Chilena pudiendo modificar de alguna forma su cultura, y por ende su forma de vida.

2.2 SALUD

Es probable que la definición más conocida sobre lo que entendemos por Salud sea la definición que se promulgó en la constitución de la Organización Mundial de la Salud

(1946) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o incapacidad”. Además establece que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Según Nath & O’Neill esta definición se extendió por la Organización Mundial de la Salud (1988) incluyendo “la premisa de que la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino la oportunidad de crear bienestar y desarrollar el potencial humano” (Roper, Logan y Tiernet, 1993).

Estas definiciones según el modelo biomédico de atención se aplicaría por igual a todos los individuos. Pero como es sabido existen múltiples culturas en el mundo donde cada una de ellas le da diferentes significados a los procesos de salud-enfermedad y a la forma de dar satisfacción a esa necesidad, por lo que estas definiciones no serían completas.

En la actualidad el concepto de salud busca una redefinición por la Organización Mundial de la Salud y múltiples profesionales entendiendo que “la salud no es una cantidad absoluta, sino un concepto que cambia de manera continua conforme se amplía el conocimiento y las expectativas culturales” (Roper et. al, 1993).

Afirmando lo anteriormente mencionado, el modelo conceptual de Enfermería sobre las necesidades humanas de Astorquiza señala que “la salud es un proceso dinámico de adaptación del ser humano, ya que se expresa de diferentes formas de acuerdo a sus capacidades biológicas, psicológicas y socioculturales, con las cuales esta persona es capaz de funcionar en su medioambiente” (Reckmann y Rosas, 1990).

Cada cultura expresa diferentes significados en torno a la salud. Para la cultura mapuche el ámbito de la salud esta íntimamente ligado con los fenómenos de la naturaleza, estableciendo un equilibrio dinámico; cuando de alguna manera se quiebra este equilibrio, se establece la enfermedad o *Kutran*, tanto física como espiritual (Marileo, 2002).

Por otro lado el tener salud es entendido como la mantención de buenas relaciones con los demás y sentirse contento con uno mismo. Como lo menciona la Comunidad de Repocura “hay tierra, hay producción, hay alimentos, los animales están sanos, compartimos con los demás, estamos bien” (Torres, Conejeros y Jelves, 1995).

Así como la cultura mapuche le da un significado propio al proceso de salud y enfermedad, todas las culturas del mundo tendrán otros diferentes que influirán en la forma en que se dan los cuidados y se produce el proceso de sanación. Es por esta razón, tomando en cuenta la estrecha relación entre las múltiples culturas, que los profesionales de la salud deben ser capaces de comprender culturalmente a las personas a modo de lograr una atención eficaz.

2.3 CULTURA Y SALUD

Todas las culturas desarrollan distintas formas para tratar y enfrentar los problemas relacionados con la enfermedad y recuperación de la salud de las personas; posicionando a ciertos individuos calificados como agentes de salud para el desarrollo de las prácticas de sanación requeridas para cada integrante de las comunidades (Véase Citarella et al, 2000).

Salud y cultura están íntimamente ligadas. El ámbito de la salud esta determinado por cada cultura, influyendo las costumbres y modos de vivir en sus prácticas. Es así como ciertos hábitos como la alimentación, higiene personal, y actividades cotidianas, influirán en la epidemiología y salud de los individuos. Sumado a ello, la salud y enfermedad adquieren distintas definiciones y concepciones que influyen en el modo de recuperación y mantenimiento de la salud.

Tomando en cuenta que la cultura es propia de cada individuo, y que ésta condiciona la salud de las personas, se hace necesario conocer las necesidades individuales para practicar salud eficazmente. Es así como Fernández (2004) menciona que “Para que la salud intercultural sea un hecho es necesaria la participación real y no tutelada de los verdaderos actores sociales de las comunidades”.

Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. (Fernández, 2004).

Luisa Abad según su experiencia en atención de salud en las comunidades Aguarunas en la Amazonía Peruana, afirma que para aplicar la interculturalidad en estas poblaciones es necesario “estudiar a fondo la etiología de las enfermedades, las formas de terapia indígenas y su farmacoterapia, las relaciones existentes entre patologías, medio ambiente y espacio terapéutico, las variables de género en la consideración de la enfermedad y su tratamiento, las relaciones institucionales y de poder entre médicos pacientes y especialistas médicos nativos, etc.” (Fernández, 2004).

En cambio, la atención en salud se ve afectada negativamente cuando se crean historias o mitos dentro de las comunidades respecto a la atención de los centros de medicina occidental, esto es expuesto por Berry (2008) sobre los indígenas Maya y el problema de no ser atendidos en centros médicos de Sololá, Guatemala a causa de las historias de horror contadas, las cuales eran importantes en predisponer a los clientes a desconfiar del hospital y de la atención allí otorgada; cuando los pacientes se enfrentaban al personal del hospital se daban cuenta que el cuidado era muy diferente a lo relatado. Además de esto observó el autor que no había una buena calidad en la atención hospitalaria por la poca capacidad que tenían los Mayas para exigir una mejoría en la atención que recibían.

Peiris, Brown & Cass (2008) exponen que los estudios predominantemente cualitativos han demostrado que la gente indígena es sensible a las interacciones con los servicios del cuidado de la salud que está íntimamente ligado con el dominio del paradigma biomédico, contrario a esto, cuando los profesionales de salud promueven una aproximación no biomédica a través de la confianza recíproca y toma de decisiones compartidas logran entregar intervenciones más efectivas para reducir la brecha en la

entrega de cuidados en salud. Reafirmando esto último, muchos trabajos se focalizan en la falta de comunicación como una barrera de acceso, por lo que la realización de dinámicas de comunicación y compartir la información de salud podrían servir de solución.

Es necesario tomar en cuenta la relación que existe entre el proceso de aculturación y salud. Como hemos mencionados la estrecha relación que existe actualmente entre diferentes culturas provoca en muchas ocasiones un impacto de la cultura dominante sobre las demás ocasionando un cambio en sus formas de vida, afectando todos los aspectos de su cultura. Tal como expone Boccara (2004) en su estudio referente al tema de salud intercultural en comunidades Mapuche-Lafkenche, que los mapuches reconocen la existencia de una desvalorización y deslegitimaron del saber mapuche en lo que respecta a las costumbres y formas de vida, esto debido a procesos de dominación, marginación, sujeción, represión entre otras. En este mismo estudio y en lo que respecta a salud mapuche se observa que aunque en las comunidades estudiadas no se percibía la práctica del idioma y no se poseía ni la medicina ni el saber tradicional se constató la presencia de numerosos especialistas en salud Mapuche- Lafkenche tales como componedores de huesos, matrones y hierbateras (Véase Boccara, 2004).

2.4 CULTURAS INDIGENAS

2.4.1 El Término Indígena

Es necesario establecer qué entenderemos por indígenas, y en consecuencia por pueblos indígenas, a modo de reconocer las comunidades Mapuche-Huilliche y sus habitantes como parte de ellas.

A pesar de haber avanzado enormemente en los últimos años a nivel nacional e internacional en relación a la valoración y reconocimiento de los pueblos indígenas, aún no existe una definición del término “indígena” reconocido como tal. Luego de casi dos décadas de pugna, la ONU aprobó la Declaración Universal de Derechos de los pueblos indígenas, sin embargo ella no incluyó ninguna definición.

Dentro de los tratados existentes, el informe de la subcomisión jurídica de la ONU (s/f), es el que propone lo más cercano a una definición:

“Son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a las invasiones precoloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en partes de ellos. Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales”.

Según la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo se considera como indígena “por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país, o en una región geográfica a la que pertenece el país, en la época de la conquista o la colonización, y que, cualquiera que sea su situación jurídica, viven más de acuerdo con las instituciones sociales, económicas y culturales de dicha época que con las instituciones de la nación a que pertenecen”. También se hace referencia, sin necesariamente compartir esta visión, a los ciudadanos “cuyas condiciones sociales y económicas correspondan a una etapa menos avanzada que la alcanzada por los otros sectores de la colectividad nacional y que estén regidas total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial” (Véase González, 1985).

Afirmando como principal característica que los indígenas mantienen una cultura diferente al resto de la sociedad, la Organización Mundial de la Salud designa que “los pueblos indígenas son los herederos y titulares de culturas y maneras únicas de relacionarse con otros pueblos y con el medio ambiente. Los pueblos indígenas han conservado características sociales, culturales, económicas y políticas que difieren de las existentes en las sociedades dominantes en las que viven” (ONU, s/f).

Según la Real Academia Española (2001), el término indígena corresponde a “Originario del país de que se trata”, donde “originario” corresponde a “Que da origen a alguien o algo” (Real Academia Española, 2001).

Tomando los aspectos incluidos en las definiciones previas sobre pueblos indígenas la Organización Mundial de la Salud (s/f) afirma que existen en el mundo alrededor de 300 millones de personas pertenecientes a pueblos indígenas en más de 70 países.

América Latina a nivel mundial constituye uno de los continentes que mayor población indígena posee en la actualidad, tanto el Banco Interamericano de desarrollo (1997) como la división de población de la CEPAL señalan que la población indígena alcanzaría un 8% aproximadamente de la población lo que equivale a un 33 o 35 millones de personas, subdividiéndose a su vez en unos 400 grupos lingüísticos diferentes distribuidos a lo largo del continente. Cabe destacar que la importancia y reconocimiento por parte de los países de América Latina hacia sus pueblos originarios difieren en cuanto a políticas de gobierno no siendo reconocidos en algunos territorios ni otorgándoles los beneficios que les corresponden (Véase Bello, 2004).

En Chile el Estado reconoce según lo promulgado dentro de la ley indígena n° 19.253 “Los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura” (Ministerio de planificación y cooperación, 1993).

Tomaremos como término indígena el promulgado por el Estado de Chile, que no se contraponen a los términos establecidos por organizaciones internacionales mencionados anteriormente. Junto al término indígena “El Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile a la Mapuche junto a la Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, Quechuas, Collas, Diaguitas Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán” (Ministerio de planificación y cooperación, 1993).

Del mismo modo consideraremos indígenas, basados en la ley n° 19.253, a todas las personas de nacionalidad Chilena que tengan las siguientes características:

a) Los que sean hijos de padre o madre indígena, cualquiera sea la naturaleza de su

filiación, inclusive la adoptiva.

b) Los descendientes de las etnias indígenas que habitan el territorio nacional, siempre que posean a lo menos un apellido indígena.

Un apellido no indígena será considerado indígena si se acredita su procedencia indígena por tres generaciones.

c) Los que mantengan rasgos culturales de alguna etnia indígena, entendiéndose por tales la práctica de formas de vida, costumbres o religión de estas etnias de un modo habitual o cuyo cónyuge sea indígena. En estos casos, **será** necesario, además, que se **auto identifiquen como indígenas** (Ministerio de planificación y cooperación, 1993).

2.4.2 Pueblos Originarios de Chile

En el norte del territorio nacional se encuentran las poblaciones Aymara y Atacameña. El pueblo Aymara se establece en el extremo norte del país, en las regiones de Tarapacá y Antofagasta. A consecuencia de las emigraciones hacia los puertos marítimos y centros mineros, gran parte de la población se mezcló con las masas inmigrantes del resto de Chile y del extranjero, aquellos que no fueron parte de este proceso se encuentran establecidos en los pueblos tradicionales de la cordillera y precordillera. La actividad socioeconómica se sustenta en la agricultura y la horticultura. Además de otras actividades como textilería, transporte y comercio hasta labores mineras y de construcción. Los Atacameños se extienden desde el río Loa hasta el extremo sur del salar de Atacama, ocupando una estrecha franja precordillerana y cordillerana (Véase Hidalgo, Schiappacasse, Niemeyer, Aldunate y Mege, 1996).

En el centro sur del país se encuentran la población Mapuche, quienes actualmente conforman la población más predominante de los pueblos indígenas del país con un total de 604.349 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2002), y a quienes describiremos detalladamente más adelante.

En Isla de Pascua encontramos al pueblo Rapanui, cuyas características físicas han moldeado la historia cultural de sus habitantes, los cuales ascienden a 4.647 habitantes (INE, 2002). Se encuentra situada en el vértice sureste del triángulo polinésico, equidistante entre la costa norte de Chile y la de Papeete, capital de Tahiti.

Actualmente los Rapanui viven en una sola aldea, Hangaroa, donde cada pequeña familia vive en una vivienda separada por unos metros de las otras (Hidalgo et al., 1996).

En la zona austral coexisten los últimos sobrevivientes Alacalufes o Kawashkar y Yamanas o Yaganes. La geografía condicionó la vida de las comunidades indígenas al hábitat marino, siendo reconocido el pueblo Alacalufe como “pueblo nómada del mar” (Emperaire, 2002), actualmente en el país la población asciende a 2.622 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2002), distribuidos por todo el país. Por su lado los Yaganes constituyen 1685 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2002), considerados como el pueblo indígena más austral no sólo de América, sino del mundo (Hidalgo et al., 1996).

En el sur de Chile habita la etnia más numerosa que sobrevive en la actualidad en el país, Mapuche o “gente de tierra”, con una población como mencionamos anteriormente que asciende a más de medio millón de habitantes. Su población ocupa un área comprendida entre el río Bío-bío y la Isla grande Chiloé, los cuales se distinguen con diferentes denominaciones dependiendo del lugar de asentamiento. Así tenemos a los Huilliche o en mapudungun “gente del sur”, que se ubican entre los ríos Toltén y Maypúe (Véase Aylwin, 2002).

San Juan de la Costa, es una de las siete comunas situadas en la Provincia de Osorno, en la X región de los Lagos, Chile. Se encuentra habitada en un 70% por población Mapuche Huilliche organizada en aproximadamente 50 comunidades que se distribuyen alrededor de los sectores norte y sur de la Comuna, divididos por la ruta U-40 (Véase Departamento de Salud, Ilustre Municipalidad de San Juan de la Costa 2007).

Durante el periodo de la conquista en el sur de Chile, las dos ciudades claves de la instauración del dominio español fueron Valdivia en 1552 y Osorno 1558. En esta época se dan cuenta de 47 comunidades que se encuentran en la costa, los llanos y la cordillera. Por ser considerada Valdivia un fuerte español de importancia, la Ciudad de Osorno fue abandonada por los españoles, siendo los Huilliche quienes recuperaron las tierras (Aylwin, 2002).

2.4.3 El establecimiento de políticas para el bienestar de la población indígena.

En Chile el proceso de reconocimiento de los pueblos originarios tuvo variadas etapas entre las cuales se destacan el acuerdo de Nueva Imperial celebrado el día 12 de octubre de 1989, la concertación de partidos por la democracia representados en ese momento por el candidato presidencial Patricio Aylwin Azocar, dio a conocer su propuesta programática estableciendo los puntos centrales de acción que en gran medida correspondían a reivindicaciones a favor de los pueblos originarios de nuestro país.

Sus principales contenidos son:

- El reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas y de sus derechos económicos, sociales y culturales fundamentales.
- La creación de una Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y de un Fondo Nacional de Etnodesarrollo, con la participación activa de los distintos pueblos indígenas del país, como entidades públicas encargadas de coordinar la política indígena del Estado.
- La creación de una Comisión Especial de Pueblos Indígenas que en un plazo no superior a cuatro años culminara con la implementación de una Ley Indígena y de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.

Además, se obtuvo la creación de la Comisión Especial de Pueblos Indígenas la cual mantenía dentro de sus funciones:

a) Asesorar al Presidente de la República en la determinación de las políticas indígenas, respecto de los grupos étnicos indígenas que integran la sociedad chilena (...) en lo concerniente a su pleno desarrollo económico y social, a la conservación, fortalecimiento y difusión de sus expresiones y valores culturales y a la debida participación y proyección de sus miembros en la comunidad nacional

b) Formular un diagnóstico de la realidad, problemas, necesidades y aspiraciones de los Pueblos Indígenas.

c) Estudiar y proponer planes y proyectos orientados a lograr el integral desarrollo y progreso económico, social y cultural de los Pueblos Indígenas

El Consejo de la CEPI estaba compuesto por 10 consejeros indígenas, representantes de los pueblos Rapa Nui, Aymaras, Mapuche de las regiones Octava, Novena, Décima y R. Metropolitana y 10 representantes del Gobierno, de distintos ministerios, servicios públicos, intendencias y gobernaciones de las regiones que contaran con presencia indígena. Dentro de su lineamiento cabe mencionar la elaboración de un anteproyecto de ley indígena y la preocupación de satisfacer las necesidades más urgentes que pudieran presentar los pueblos originarios convirtiéndose en un ente de apoyo en el desarrollo de iniciativas de índole económica, social cultural entre otras estableciendo las bases de lo que después sería la corporación nacional de desarrollo indígena (Véase Yáñez et al., 2007).

Otro organismo importante de creación fue la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, organización creada bajo el alero de la ley de desarrollo indígena, dependiente del Ministerio de Planificación y Cooperación; “es el encargado de promover, coordinar y ejecutar la acción del Estado en favor del desarrollo integral de las personas y comunidades indígenas en lo económico, social y cultural, así como de impulsar su participación en la vida nacional”, dentro de sus principales acciones se destaca la ejecución del fondo de Tierras y Aguas Indígenas, que solucionó los problemas de tierras entre personas indígenas,

comunidades indígenas y particulares, como también el subsidio a la población indígena para adquirir extensiones de terreno.

También ejecuta el fondo de desarrollo indígena que iba en directo beneficio del desarrollo productivo de las comunidades beneficiadas con la adquisición de tierras; para esto se unen otras instituciones públicas como el instituto de desarrollo agropecuario (INDAP) y Corporación nacional forestal (CONAF) para la reforestación, recuperación de bosques para a través de proyectos participativos se les otorgara a la comunidad indígena asesoría técnica y profesional referente a estos temas (Véase Yáñez et al., 2007).

2.4.4 Ley Indígena nº 19.253

Esta ley creada en 1993 tiene dentro de sus principales logros:

- Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica de los pueblos indígenas
- Reconocimiento jurídico de las comunidades
- Fomento a la participación
- Discriminación positiva
- Protección y ampliación de las tierras indígenas (fondo de tierras y aguas indígenas)
- Focalización de recursos del estado para el desarrollo
- Desarrollo y fortalecimiento de las áreas de desarrollo indígena (ADI)
- Conciliación o arbitraje entre conflictos de tierras de individuos de una misma etnia.
- Reconocimiento, respeto y protección de las culturas indígenas.
- Educación intercultural bilingüe.
- Mecanismo de autoidentificación de indígenas urbanos y migrantes.
- Reconocimiento a particularidades de los pueblos indígenas.

Además se obtuvieron beneficios para los pueblos indígenas respecto a la restitución de tierras, becas estudiantiles, y la creación de “diálogos comunales” en donde se firma el “pacto por el derecho ciudadano” (Véase Yáñez et al., 2007).

Bajo el gobierno de Ricardo Lagos, se reconoce que “hay una cosmovisión del mundo indígena que es desconocida por muchos sectores, situación que se debe superar para adoptar cualquier acuerdo relativo al tema indígena”, en si podría decirse que el propósito era el fortalecimiento de la identidad de cada etnia de nuestro país (Véase Yáñez et al., 2007).

La “política indígena de nuevo trato” se caracterizó por el reconocimiento de las culturas diversas de nuestro país intensificando los lazos entre los pueblos indígenas, la sociedad chilena y el gobierno de Chile, el tema de derechos del pueblo indígena y fortalecimiento de su identidad cultural ha retomado la importancia necesaria para la creación de instancias de desarrollo intercultural, ya sea en ámbitos de educación intercultural como en ámbitos de salud intercultural, obteniendo del estado el fomento de la pertinencia cultural de cada pueblo.

En el tema de salud, en paralelo a lo programas ya existentes ofrecidos por el ministerio de salud, se reconoce que en cada cultura de los pueblos indígenas existen agentes de salud que son quienes entienden en forma completa la cosmovisión de cada pueblo originario respecto al proceso de salud enfermedad, y como se soluciona este proceso desde la mirada de cada individuo perteneciente a una comunidad indígena. Es a estos agentes de salud a los que el ministerio de salud invita a trabajar en forma conjunta con el personal de salud del sistema público en Chile, para realizar en forma conjunta planes de atención que sean los adecuados según el origen de cada individuo.

Es por esto que el Ministerio de Salud cuenta actualmente con una Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, organismo que tiene la finalidad de “formular y promover políticas, estrategias y líneas de acción en materia de salud intercultural” las cuales, según la realidad de cada zona de nuestro país con mayor número de habitantes de ascendencia indígena, deben ser adaptados teniendo en cuenta la cultura y costumbres de cada zona geográfica en particular. En términos económicos esta unidad de salud, cuenta con un presupuesto anual promedio de aproximadamente 750 millones de pesos, que se encuentran repartidos en 22 servicios de salud que, desde luego, posean mayor población indígena.

Los planes que se elaboran en materia de salud intercultural por los servicios de salud, son enviados a nivel central para la monitorización, evaluación y aprobación.

En esta línea de acción destacan los decretos dictados en la reforma de salud pública que son materia de salud intercultural:

Reglamento ministerio de salud (21.04.05) Art. 2 : en función del ministerio de salud formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el sistema y la que provee la medicina indígena, que permita a las personas- en aquellas comunas con alta concertación indígena-, obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural.

Reglamento orgánico de los servicios de salud (21.04.05) Art.8 nº 1, e): en aquellos servicios de salud con alta concertación indígena y de acude a las normas e instrucciones del ministerio de salud en la materia, el director del servicio deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorpore el modelo de atención y en los programas de Salud el enfoque intercultural en salud.

Tal como se ha expuesto, según lo mencionado por Yáñez et al. (2007), el tema de abrir espacios a las comunidades indígenas ha pasado a ser tema prioritario en las reformas educacionales y sanitarias, y es por esto mismo que se han impulsado iniciativas interculturales en educación y salud.

El primer establecimiento de salud intercultural en Chile fue realizado en la comuna de Nueva Imperial, este correspondió al primer hospital con atención intercultural, en donde su infraestructura está adecuada según la cosmovisión mapuche, puertas y ventanas orientadas al sol.

Dentro de los mismos proyectos de validación de modelos de atención en salud intercultural, fueron beneficiadas al menos 5 experiencias interculturales de atención y promoción de salud, estas pertenecieron a las culturas Mapuche, Aymara y Atacameñas para realizar gestión de salud intercultural y desarrollar modelos de atención a cada uno de los pueblos originarios. Los modelos que actualmente están siendo realizados en nuestro país son variados entre los cuales destacamos el realizado en la Décima Región

correspondiente al Servicio Salud Osorno: Experiencia territorial Misiones de San Juan, Quilacahuin y Cuinco (Véase Ministerio de Hacienda, 2006).

2.5 COMUNA DE SAN JUAN DE LA COSTA

Enmarcándonos en lo que será el lugar geográfico de investigación, podemos destacar que la comuna de San Juan de la Costa se ubica en la Provincia de Osorno, en la Región de Los Lagos. Su capital comunal es el centro urbano de Puaucho, situada a 34 km de Osorno. La comuna limita al Norte con La Unión, al Este con San Pablo y Osorno, al Oeste con el Océano Pacífico y al Sur con Río Negro. Sus principales centros urbanos son Bahía Mansa (puerto), Puaucho, Pucatrihue y Maicolpue.

La zona fue habitada primeramente por el pueblo Huilliche. El congreso nacional la declaró comuna el 26 de octubre de 1979, transformándose en la séptima comuna de la provincia de Osorno. Igualmente es conocida por ser una de las zonas principales donde actualmente vive el pueblo Huilliche. Tiene una superficie de 1.517 km² y una población de 8.435 habitantes.

La población de la comuna asciende a la cantidad 10.102 habitantes, de los cuales el 100% es rural, esto equivalente al 4.44% de la población de la Provincia de Osorno y al 0.99% de la población regional; de esta población aproximadamente el 70% corresponde al pueblo Mapuche - Huilliche, dedicándose estos, la mayoría a la pequeña agricultura y crianza de animales de corral además de la explotación de madera y la reforestación. Mirado desde el punto de económico este correspondería a economía de subsistencia, además esta población no posee previsión social y en cuanto a previsión de salud se identifica con FONASA tipo A o en categoría de indigentes.

El promedio de ingresos económicos de los grupos familiares asciende a \$40.000.- mensual, siendo la tasa de actividad económica equivalente al 51% en referencia a población mayor de 15 años considerada como fuerza de trabajo (Véase Subsecretaría Desarrollo Regional y Administrativo, 2007).

En términos de desarrollo en ámbitos de salud, dentro de las organizaciones pertenecientes al municipio de Puacho se encuentra el Departamento de Salud que además de contar con su base en la posta de la capital Puaucho, también atiende en terreno a las postas de Puaucho y Purrehuin y las Estaciones Médico Rural de Lúcura, Loma de la Piedra, Carrico, Popoén y Quemeumo.

Además de eso en el mismo sector de San Juan de la costa el equipo de Salud Bahía Mansa atiende Consultorio de Bahía Mansa, Estación Médico Rural de Pucatrihue y Pucomo, en ambas instancias desarrollan los siguientes Programas, del Niño, del Adolescente, de la Mujer, del Adulto y Senescente, Odontológico, Ampliado de Inmunización, y programa Nacional de Alimentación complementaria, además de una serie de actividades complementarias (Véase Departamento de Salud, Ilustre Municipalidad de San Juan de la Costa, 2007).

2.6 HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL PUEBLO MAPUCHE

La realidad sociocultural pluriétnica chilena, está formada por componentes europeos y componentes nativos, entre los cuales se destaca el pueblo mapuche por ser el que posee el mayor número de habitantes en Chile, además de relacionarse en mayor medida con la sociedad occidental.

Para conformar el pueblo que es hoy en día, se tuvo que escribir la historia de una vida de mucho dolor, sacrificios y aculturación principalmente marcada por el proceso de colonización en el que se vio envuelto nuestro país en el siglo XIX.

Durante el periodo prehispánico la sociedad mapuche estaba organizada en base a grupos de parentescos modelo patrilineal autónomo, su sistema de sobrevivencia estaba basado principalmente en la caza, recolección y actividades agrícolas y hortícolas. En relación a su sistema jerárquico el máximo poder era ejercido por el *longko*, quién pertenecía al miembro con más antigüedad dentro de la familia; el administraba las tierras, resolvía conflictos, regulaba la vida de la comunidad etc. Otro componente de poder,

aunque en menor grado era la o el *machi*, encargado del respeto de las leyes sociales, velaba por la seguridad de la comunidad además de relacionarlos con el mundo sobrenatural (Véase Citarella, 2000).

La época de la llegada de los españoles significó un quiebre en la dinámica de la sociedad mapuche, primordialmente en el tema de condiciones de vida y relaciones entre los integrantes de la comunidad (Véase Citarella, 2000).

“Como consecuencia de las batallas (hambruna, epidemias, etc.) se produjo un decrecimiento considerable en la población, lo que a su vez significó el descenso de la economía y un considerable debilitamiento de la cohesión social” (Stuchlik, 1974).

Citarella (2000) expone “como consecuencia directa de la etapa inicial de conquista, los mapuches perdieron entre el 60% y el 70 % de su población en dos generaciones. Esto se debió, tanto a las guerras como a la difusión ente los grupos indígenas de enfermedades traídas por los conquistadores hispanos”. Sumado a esto se produjo la reducción de terrenos; de poseer terrenos extensos para la siembra y recolección, además de la práctica de ganadería, pasaron a centrarse en el terreno que se asignó, el cual no sobrepasaba las 6 hectáreas, extensión de terreno que no satisfacía las necesidades de la comunidad o de cada familia en particular. Otra consecuencia fue la pérdida de poder del *longko*, por dos razones: “su inhabilidad para distribuir y reglamentar el uso de las tierras y la subordinación del ámbito de sus funciones a las leyes del estado chileno”

Es así como “la seguridad del individuo, el respeto para su persona y sus bienes, dejaron de ser garantizados por el grupo y su jefe, y empezaron a depender de las leyes chilenas” (Stuchlik, 1974).

Actualmente la población Mapuche que no ha sufrido el proceso de emigración hacia las zonas urbanas, se encuentran agrupados en comunidades, principalmente en la IX región de la Araucanía, XIV región de los Ríos y X región de los Lagos.

Su organización basadas en parentescos y jefaturas, ya a fines del siglo XX, no existían. Sólo en algunos lugares aún persisten asociaciones derivadas de las reducciones.

En la actualidad, su organización social es similar a los demás ciudadanos chilenos, formadas por familias nucleares, cuyo trabajo corre por cuenta propia o en alguna empresa u organizaciones. Aún así existen autoridades consideradas como “tradicionales”, el *lonko*, la *machi*, el *huerken*, el *kimche*, en otros. Además de otras autoridades que pueden considerarse “no tradicionales” como los dirigentes de organizaciones indígenas (Saavedra, 2006). Este cambio en su estilo de vida es un indicador de que el proceso de *aculturación* es una realidad en nuestro país y dentro de la cultura mapuche.

2.6.1 Sistema curativo mapuche

Para la cultura mapuche el ámbito de la salud esta íntimamente ligado con los fenómenos de la naturaleza, estableciendo un equilibrio dinámico. Cuando de alguna manera se quiebra este equilibrio, se establece la enfermedad o *Kutran*, tanto física como espiritual (Marileo, 2002).

Les asignan causas naturales y sobrenaturales al estado de enfermedad. Y realizan una diferencia entre las enfermedades conocidas y aquellas traídas con la llegada de los españoles (Torres, Conejeros y Jelves, 1995).

El tener salud, para la cultura mapuche, es entendido como la mantención de buenas relaciones con los demás y sentirse contento con uno mismo, con lo que hace y de lo que se tiene. Como lo menciona la Comunidad de Repocura “hay tierra, hay producción, hay alimentos, los animales están sanos, compartimos con los demás, estamos bien” (Torres, Conejeros y Jelves 1995).

Sobre la base de estas concepciones sobre la salud y enfermedad, conforman un sistema curativo que estableció individuos con ciertas capacidades curativas para reestablecer el equilibrio y mantener la salud. Entre ellos se identifican a la *Machi*, agente principal de cosmología y vida religiosa, encargada de curar enfermedades comunes, y

dotada para sanar enfermedades espirituales (Saavedra, 2006). Ella es la encargada de la curación natural a través del contacto con espíritus creadores y los *Ngen* (espíritus protectores) (Véase Aukanaw, 2001).

Dentro de la cultura mapuche, toda enfermedad que sea atribuida a causas sobrenaturales o espirituales, solo puede ser tratada por la Machi. Al contrario de aquellas causadas por otros factores que pueden ser tratadas y recuperadas por *Meica* o *Yerbatero* (Bacigalupo, 1995).

La Machi puede ser hombre o mujer, pero desde el siglo XIX es principalmente de género femenino. El o La Machi lleva a cabo el ritual terapéutico conocido como *Machitun* o *Machituke*, que corresponde a la ceremonia que tiene como finalidad única sanar la enfermedad de una persona (Véase Ortiz, 2004).

Bacigalupo estima que en la actualidad más del 80% de los machis son mujeres, al contrario del periodo antes de la pacificación donde eran predominantemente hombres (Saavedra, 2006).

Las machis trabajan paralelamente o combinando otros sistemas médicos, como un intento de hacer frente a los cambios de la globalización sin perder sus costumbres ancestrales. Sin embargo, muchos jóvenes mapuches ya no creen en estas costumbres, lo que se atribuye a la cercanía con los servicios médicos occidentales (Véase Saavedra, 2006).

Como se ha mencionado el sistema médico mapuche incluye a otros actores como el *Lawentuchefe*, *meica* o *yerbatero*, persona que posee el don del conocimiento de las propiedades de las plantas medicinales que se utilizan en el sistema curativo mapuche. El *Ngütamchefe* se le atribuye el conocimiento sobre los huesos y la capacidad de restablecerlos cuando han sufrido algún daño. Y además *Püñeñelchefe* persona con conocimientos sobre maternidad, parto y sus problemas asociados; además del manejo y cuidados del recién nacido (Véase Aukanaw, 2001).

2.6.2 Condiciones de vida en general, mujer mapuche y su cultura.

En un sentido estricto el sexo debe entenderse como el conjunto de atributos fisiológicos y morfológicos distintivos. En tanto el género debe entenderse como una construcción que interpreta y define tales atributos, dentro de un marco social y económico (Scott, 1986).

Cada cultura asigna diferentes definiciones y concepción en relación al género, es decir lo que se referirá a hombre y mujer. Además de proponer la forma en que se producirán las relaciones entre ambos; la que podrá ser de igualdad, complementariedad o desigualdad.

En la cultura mapuche, desde el tiempo de la conquista, la población mapuche en especial las mujeres, eran vistas como “botín de guerra o parte de la población conquistada”, ocupando el lugar de servidumbre del servicio personal de las casas y haciendas de los españoles (Montecino, 1997). Fenómeno que se da hasta los días de hoy, donde la mujer mapuche ha tenido que emigrar hacia las ciudades fuera de sus comunidades y familia para poder llevar el sustento económico, y así mejorar su calidad de vida.

Montecino (1997) según el análisis de historias de mujeres de distintas edades concluye que este tema “es un horizonte incorporado en la memoria cultural y que, en muchos casos, aparece como un rito de pasaje a la vida adulta: constituirse en una persona independiente, conocer el mundo y poseer otras experiencias”. Además de que esto les “significa la salida del mundo rural al urbano, de la tutela del linaje a la auto responsabilidad, de la cultura mapuche a la Winca”.

Además de las causas económicas antes mencionadas, el proceso de migración se produce también a causa de problemas de índole familiar o personal, siendo este proceso una puerta de escape de los problemas y una entrada a nuevas experiencia lejos del campo.

A través de las entrevistas realizadas a distintas mujeres mapuche con labores domésticas se estableció que para ellas la posibilidad de trabajo “significa un ascenso social”.

Se puede destacar, que el proceso de emigración de las mujeres mapuche, se da en su etapa de mayor fertilidad, por lo que un gran porcentaje que regresa a sus comunidades lo hacen con sus hijos. Al volver, se establecen y dedican a transmitir todas las experiencias adquiridas en las zonas urbanas, donde por lo general participan en actividades de organización y gestión comunitaria, realizándose un recambio de liderazgos.

2.7 ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

La disciplina de Enfermería apoya y es un aporte fundamental al tema de salud intercultural e interculturalidad en salud a través de sus concepciones sobre el cuidado y su relación con la cultura.

En relación a ello, una de las máximas exponentes sobre el tema es Madeleine Leininger, enfermera y antropóloga, creadora de la teoría de los cuidados culturales: teoría de la diversidad y universalidad, quien afirma que “para que la Enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en Enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces” (Marriner y Raile, 2007).

Sumado a lo anteriormente mencionado, Leininger describe que el cuidado ha sido la esencia de la Enfermería teniendo un significado dentro de cada contexto cultural y que además las enfermeras necesitan tener un conocimiento profundo de la cultura con una visión antropológica para entregar un cuidado culturalmente congruente, además se sitúa el “cuidado y cultura como los pilares básicos en Enfermería” (Wikberg, 2008).

La teoría elaborada por Leininger tiene como punto central el descubrir y explicar el cuidado universal y diverso que este basado en la cultura, y los factores que influyen en ella como salud, enfermedad, bienestar o la muerte de personas o grupos de ellas (Leininger, 2002).

Dentro de la teoría, Leininger realiza una diferencia entre Enfermería transcultural e intercultural. La primera referida a los profesionales de Enfermería comprometidos en adquirir conocimientos y métodos prácticos de actuación dentro de la Enfermería transcultural. Mientras que el segundo utiliza los conceptos antropológicos-médicos o aplicados sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación.

Marriner (2007) describe que para la comprensión de los cuidados de Enfermería en relación a la cultura, Leininger desarrolló definiciones de los principales conceptos involucrados, entre los que destacamos:

Cuidados, que se refiere “a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación, dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida”.

Cultura, definido como “el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendido, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones, según modos de acción predeterminados”.

Los cuidados culturales “son todos los valores, creencias y modo de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte”.

Enfermería “es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud) de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliarles a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte”.

Tomando en cuenta que “La visión de un paciente sobre su propia cultura es más importante que la suposición de la enfermera sobre eso” (Wikberg, 2008).

A su vez define que Salud “es un término que indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente, y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas, en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente” (Marriner, 2007).

En este tipo de estudios la Enfermería se encuentra ligada a la etnografía y en común objetivo se busca comprender la visión interna comprendida dentro del individuo para dar respuesta a sus necesidades coherentemente.

Es así como explica Leininger que “Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émicas (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas éticas (visiones externa del investigador) (Marriner, 2007),

Esto constituye el objetivo central de la investigación transcultural en Enfermería, definido desde otro punto de vista sería “entrar en el mundo cultural y aprender directamente de la gente lo que es relevante, significativo y útil sobre los cuidados de salud y modos de vida de cada cultura” (Leininger, 1997).

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajuste de modos razonables a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes. Ya que se ha observado que la prestación de una asistencia coherente con la cultura se traduce en los pacientes en un sentimiento de estar recibiendo una <buena atención> lo que se erige en una fuerza curativa de notable importancia. Afirma además que los diagnósticos médicos y de Enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables en ocasiones con consecuencias graves (Véase Marriner, 2007).

Para clarificar lo anteriormente mencionado Leininger diseñó un modelo que describe los componentes fundamentales de la teoría, denominado “modelo del sol naciente”, el cual representa la relación inseparable entre los seres humanos, su estructura social, su cosmovisión del mundo, sus antecedentes históricos y ambientales, los cuales resultan ser elementos básicos dentro de la teoría los cuales influyen directamente en las expresiones, patrones y prácticas de los cuidados. Esta practica puede ser originada por los mismos sujetos, por parte de profesionales o por Enfermería, los cuales debes ser los responsables de tomar acciones y decisiones respecto al cuidado transcultural que se otorgue, ya sea mantenimiento de este, adaptación o negociación o reorientación o reestructuración de los cuidados culturales, de manera tal de entregar cuidados culturalmente coherentes para la salud, el bienestar o la muerte. (Véase, Marriner 2007)

El paciente necesita ser cuidado en un largo contexto, incluyendo a su familia y su comunidad. La Enfermería es cultural. Leininger enfatiza ambas similitudes y diferencias del cuidado a través de las diferentes culturas. El objetivo de los cuidados culturalmente competentes y congruentes, los cuales incluyen la preocupación, es mejorar el cuidado de Enfermería considerando el transfondo cultural del paciente, disminuyendo los conflictos y promoviendo la recuperación.

Según Campinha-Bacote, el cuidado esta incluido en el deseo cultural, el cual es una parte de la competencia cultural. El deseo cultural motiva y energiza a la enfermera a desarrollar otros componentes de la competencia cultural: la conciencia cultural,

conocimiento cultural, habilidades culturales y encuentros culturales. El cuidado viene desde el corazón, este no puede ser medido, pero un paciente puede experimentarlo. El cuidado permite al paciente sentirse dignificado. La enfermera adquiere el conocimiento cultural en forma continua, y se reafirma que la cultura influencia el cuidado (Véase Leininger, 1997).

La Enfermería transcultural provee el liderazgo activo en la promoción y el cuidado de la salud, utilizando la etnografía y otros tipos de etnométodos para descubrir el significado y las expresiones del cuidado humano y la salud de las diferentes culturas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender los principales factores socioculturales y sanitarios que motivan a las mujeres de las comunidades del sector sur de San Juan de la Costa a solucionar problemas de salud en la medicina tradicional y/o medicina Mapuche Huilliche.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el entorno sanitario, social y cultural de las comunidades en las que están insertas las mujeres Mapuche Huilliche del sector sur de San Juan de la Costa.
- Identificar los principales motivos de consulta en la medicina Mapuche-Huilliche de las mujeres de tres comunidades del sector sur de San Juan de la Costa.
- Identificar los principales motivos de consulta en la medicina tradicional occidental de las mujeres Mapuche Huilliche de tres comunidades del sector sur de San Juan de la Costa.
- Comprender las percepciones y expectativas de las mujeres Mapuche Huilliche de las comunidades respecto a la atención otorgada en centros de salud tradicional.
- Elaborar una propuesta de trabajo para la atención de salud del sector sur de San Juan de la Costa a partir de los resultados obtenidos en la realización de este estudio.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ESTRATEGIA METODOLÓGICA GENERAL

En concordancia con los objetivos planteados esta investigación es de tipo Cualitativa, puesto que pretende comprender a las personas dentro de su realidad y visualizar desde su concepción del mundo las situaciones a las que se ven expuestas. (Véase Taylor & Bogdan, 1987), sin influir en ellas nuestra propia visión sobre las situaciones a las que se enfrentan, tal como citan Taylor & Bogdan (1987) “las propias palabras habladas de las personas y las propias conductas observables desde la propia perspectiva del actor”, y no del tipo cuantitativo ya que según Leininger este tipo de investigación a menudo conduce a beneficios limitados para descubrir, interpretar y explicar los dominios importantes y predominantes del fenómeno de la Enfermería, especialmente los relacionados con el cuidado, la salud y el bienestar humano (Véase Morse, 2005).

A su vez, esta investigación es de trayectoria etnográfica, ya que se pretende obtener los datos dentro del lugar donde reside el fenómeno en estudio. “Su principal característica sería que el etnógrafo participa abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema donde se centra su investigación” (Hammersley & Atkinson, 1994).

La Investigación Etnográfica, según Spradley (1979), es un “estudio cultural que consiste en un cuerpo de conocimiento que incluye técnicas de investigación, teoría etnográfica, y cientos de descripciones culturales” el cual “busca construir un entendimiento sistemático de todas las cultura humanas desde la perspectiva de los que la han aprendido”

La etnografía se basa en el siguiente supuesto: “El conocimiento de todas las culturas es valorable” el cual debe ser cuidadosamente analizado. Tal como hemos expuesto en el marco teórico, Leininger (2002), adoptó los principios generales de la etnografía desarrollando un método de investigación llamado EtnoEnfermería con la creación de su teoría de los cuidados culturales.

Es de tipo descriptiva porque el propósito de la investigación es describir las distintas situaciones y eventos. Además de “Medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir” (Hernández, Fernández y Baptista; 2003).

Como ultimo punto, es de tipo Observacional debido a que no se pretende manipular de ninguna forma el fenómeno a estudiar, lo que se hace en este tipo de investigación es, como señalan Hernández et. al. (2003), “observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” “De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad”.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

Se trabajó con una muestra de la población femenina correspondiente a tres comunidades mapuches, cada una perteneciente a distintos lugares geográficos del sector Sur de la Comuna de San Juan de la Costa, provincia de Osorno, Chile. La selección de tres comunidades se realizó con el objetivo de abarcar la población perteneciente a distintos sectores de la comuna que permitiera comprender el fenómeno en estudio con mayor profundidad. La primera de ellas corresponde a la comunidad indígena de Callempulli, localizada en el sector de Carrico, lugar cordillerano ubicado a 7 km. aproximadamente de la ruta U-40. Las familias que allí residen obtienen el sustento económico principalmente a través de la madera.

La segunda comunidad indígena corresponde a Ñukemapu, ubicada en el sector de Liucura, sector cordillerano.

Y finalmente la comunidad indígena de Choroy-Traiguén localizada en el sector de Pucatrihue corresponde a la tercera comunidad del diseño muestral. Esta se encuentra ubicada en el sector costero de la Comuna de San Juan de la Costa a 68 km. de la ciudad de Osorno. Su principal fuente de trabajo y sustento económico la obtienen del mar a través de la pesca y la recolección de los diferentes productos que este les ofrece.

La selección de informantes para el estudio cualitativo, fue definida según Flick (2004) como selección de *variación máxima* en la muestra donde se integraron algunos casos en donde nos percatamos que poseían visiones diferentes respecto al tema de investigación, es decir mujeres más o menos relacionadas con una u otra opción de medicina, con el objetivo de revelar la amplitud de variación y la diferenciación en el campo. Cabe destacar que los informantes representativos poseían características de informantes claves (Véase Taylor & Bogdan, 1987).

La muestra se diseñó mediante la técnica de “bola de nieve” (véase Rubin & Babbie, 1993; Babbie, 2000) a través de un primer contacto realizado con una representante de las comunidades, quien es conocedora de éstas en todos sus ámbitos y respetada por ellos, y quien fue la responsable de sugerir sujetos relacionados con el tema de investigación. .

Según Taylor & Bogdan (1987) los representantes de las comunidades con quienes realizamos el primer contacto, corresponden al “portero”, quién se define como la persona que permite el ingreso a una sociedad y/o comunidad. Éste individuo, en nuestra investigación, tiene características de informante clave, pero sólo se utilizó como medio para el acceso a las comunidades, donde posteriormente se identificaron a los informantes claves como tal.

4.3 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de los datos necesarios para la realización de la investigación se realizó un trabajo de campo a través de una convivencia cercana con las comunidades en estudio, integrando técnicas de entrevista etnográfica y Focus Group.

Las entrevistas en profundidad según Taylor & Bogdan (1987) se entienden como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencia o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras”. En ellas, el investigador es el instrumento de recolección de la información, al contrario de las investigaciones cuantitativas, en donde se utilizan instrumentos como protocolos y encuestas, entre otros (Véase Taylor & Bogdan, 1987).

A su vez, realizamos un Focus Group o entrevista de grupo, el cual corresponde una técnica de obtención de datos para la investigación social basada en la discusión entre un pequeño grupo de personas, con la presencia de uno o más moderadores, focalizada en un tema que se quiere investigar en profundidad (Véase Morse, 2005).

Según Patton es una técnica de recolección de datos muy eficiente ya que permite un tipo de evaluación o control de calidad de los datos obtenidos al corroborarse o desmentir las opiniones vertidas entre los participantes. Sin embargo no hay que confundir que corresponde a un tipo de entrevista y no pretende ser un debate, Patton subraya que “la entrevista del grupo de discusión es en efecto, una entrevista. No es un debate. No es una sesión de resolución de problemas. No es un grupo de toma de decisiones. Es una entrevista” (Flick, 2004).

Se realizó una entrevista grupal con 12 mujeres indígenas pertenecientes a un comité de salud al finalizar una de sus reuniones en su lugar de encuentro mensual, la cual tuvo una duración de 50 minutos utilizando un grabador de audio para registrar los discursos obtenidos. El propósito de nuestra asistencia a la reunión era iniciar nuestro

trabajo de campo presentándonos ante ellas, pero a medida que fuimos compartiendo los temas de estudio comenzaron a relatar y comentar sus experiencias y sentimiento frente a ellos, al punto que casi no tuvimos que intervenir, solo en algunas ocasiones ser de moderador del grupo y dar la palabra.

En la entrevista etnográfica según Spradley (1979) destaca tres elementos estilísticos para su realización, el primero de ellos corresponde al **propósito explícito**, en este el entrevistador permite que el informante conozca el objetivo de la entrevista en forma clara a través de conversaciones casuales inicialmente. En segundo término se ubican las **explicaciones etnográficas**, las cuales pueden incluir información general y más tarde explicaciones más específicas; y el **cuestionamiento etnográfico**, principal elemento de la entrevista que involucra las preguntas etnográficas a realizar.

Existen tres tipos de preguntas etnográficas, encontrando en primer lugar las **descriptivas** que corresponde generalmente a preguntas abiertas o también denominadas de “gran tour”, ya que entregan una visión general de la perspectiva cultural del informante; luego encontramos las preguntas **estructurales** que entregan información cultural más específica y generalmente se hacen junto con las descriptivas, sirven para pedir explicaciones o verificar datos ya recolectados, además de enseñar cómo el informante organiza su conocimiento cultural. Y por último se encuentran las preguntas de **contraste** que permiten descubrir el significado de la información en los diversos términos que los informantes emplean para descubrir su cultura.

El trabajo de campo y la utilización de las técnicas finalizaron en el momento que la obtención de los datos fue decreciendo no logrando nuevas percepciones importantes, llegando a lo que se conoce como “punto de saturación teórica” (Taylor & Bogdan, 1987).

4.4 DISPOSITIVOS ESPECIFICOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos de registro incluyeron notas de campo donde se registraron los detalles, percepciones y opiniones de la convivencia cercana con los actores, además de cámara fotográfica digital y grabadora digital de audio para las entrevistas (Véase, Covarrubias, 1998).

4.5 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el análisis de las entrevistas etnográficas y focus group según Spradley (1979) que incluyó análisis de dominio, análisis taxonómico y análisis de temas. Esto nos permitió descubrir el significado cultural que los entrevistados dan a su mundo.

4.6 EL ANÁLISIS DE DOMINIOS

Los dominios constituyen la primera y la más importante unidad de análisis de la investigación etnográfica. Un dominio es una categoría de significados culturales que incluye otras subcategorías dentro de ella, donde todos los elementos incluidos en una categoría tendrán al menos algún rasgo de significado en común. (Spradley, 1979)

La estructura de un dominio incluye tres elementos:

El termino **cubierto** (inclusivo), o nombre que se le asigna a una categoría de significados culturales. Cada término cubierto tiene al menos dos términos **incluidos**, que se refiere a categorías menores incluidas dentro de un dominio. Y finalmente el tercer elemento característico de todo dominio es una **relación semántica** simple que vincula o une a un término cubierto (inclusivo) con todos los términos incluidos.

Spradley (1979) afirma que existe un número limitado de relaciones semánticas universales presentes en todas las culturas, así como otros particulares de cada contexto estudiado. Las relaciones semánticas más utilizadas para analizar los dominios son:

1. Inclusión Estricta	X es un tipo de Y
2. Inclusión Espacial	X es un lugar en Y X es una parte de Y
3. Causa-Efecto	X es un resultado de Y X es causa de Y
4. Razón	X es una razón para hacer Y
5. Lugar para actuar	X es un lugar para hacer Y
6. Función	X es usado para Y
7. Medio, Fin	X es una vía para hacer Y
8. Secuencia	X es un paso o etapa de Y
9. Atribución	X es una característica de Y

4.7 EL ANÁLISIS TAXONÓMICO

Una taxonomía también es un conjunto de categorías relacionadas sobre la base de una relación semántica, pero a diferencia de los dominios, muestra la relación entre todos los términos incluidos.

Algunos pasos que fueron utilizados para el análisis de datos fueron:

1. Seleccionar un dominio para el análisis taxonómico, preferentemente aquel que tenga más términos incluidos.
2. Seleccionado el dominio tenemos varios términos en el mismo nivel de taxonomía. Luego nos preguntamos ¿existen rasgos comunes que permitan unir algunos de los términos incluidos? El resultado es un reagrupamiento de los elementos de un dominio, llevando a descubrir más categorías.
3. Buscar términos incluidos adicionales. Descubrir nuevos términos identificables dentro de cada término incluido.
4. Buscar dominios más cubiertos que puedan incluir al dominio que hemos analizado.
5. Construir una taxonomía provisional. Que puede presentarse por distintos diagramas.
6. Realizar observaciones focalizadas o formular cuestiones estructurales para verificar la taxonomía. Nuevas entrevistas para apreciar elementos no contemplados.
7. Construir una taxonomía completa.

Finalmente logramos una taxonomía completa que se aproximó a los modelos culturales estudiados aceptando que está prácticamente completa. (Spradley, 1979)

4.8 ANÁLISIS DE TEMAS

Según Spradley 1979 consiste en un proceso de búsqueda de dimensiones de contraste entre los términos permitiendo construir paradigmas y la verificación de los mismos a través de las entrevistas u observación. Corresponde a dos estrategias complementarias: el descubrimiento de contraste entre los términos y la identificación sistemática de los componentes del significado para dichos términos.

El análisis de dominios y el análisis taxonómico corresponden a un grupo de términos de contraste que pueden ser utilizados para encontrar diferencias que revelen significados. Estas nos llevan a descubrir las diferencias entre ellos, por medio de la identificación de los componentes de significado. Esto es lo que llamamos, en sentido estricto, análisis de componentes (Spradley, 1979).

5. ESCENARIOS CULTURALES

El acceso a las distintas comunidades fue mediado por personas reconocidas dentro de esta como dirigentes, directivos entre otros. Cabe mencionar que las localidades de estudio fueron sugeridas por miembros del equipo de salud de San Juan de la Costa y por otros quienes participan activamente del programa de Salud Intercultural en la localidad.

La realización del trabajo de campo de nuestro proyecto de investigación, que abarcó cinco meses de duración, lo llevamos a cabo insertas en las tres comunidades en estudio, los datos obtenidos de las entrevistas en profundidad fueron recopilados en los domicilios de los informantes, previo contacto para concertar cita y firma del consentimiento informado, además debemos mencionar que en algunas situaciones los informantes no fueron avisados de nuestra visita, y a pesar de esto obtuvimos una cálida recepción.

La relación que se estableció con los informantes, en una primera instancia de contacto fue ciertamente lejana ya que éramos desconocidos que entraban en un ambiente tan íntimo como es el interior de su hogar, pero luego de unos minutos de conversación de temas informales pudimos percatarnos que se creaban ambientes de confianza estableciéndose finalmente el rapport necesario para poder obtener de ellos la información necesaria del tema en estudio.

El rapport que se estableció se pudo observar en el trato cordial y cercano que se nos dio, el poder tratar temas sensibles para cada informante que les permitió mostrar sus sentimientos y compartir sus vivencias más íntimas con las investigadoras, lográndose una retroalimentación que nos permitió obtener diversa información cumpliendo nuestros objetivos.

6. RIGOR ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el proceso de investigación se realizaron una serie de pasos y funciones que permitieron adentrarnos en el mundo de los informantes para obtener los datos necesarios. A través de ese transcurso se tuvo como base el rigor ético de la investigación que nos permitió otorgar mayor validez y confiabilidad en la presentación de los datos expuestos.

En primera instancia se formuló un proyecto de investigación con un diseño metodológico acorde a los objetivos que este estudio pretende dar respuesta, los cuales buscan ser un aporte a lograr una mejora en la calidad de la atención en salud intercultural.

Además de formular objetivos congruentes con la búsqueda de los datos es primordial que los porteros, informantes claves y toda persona que participa de este estudio conozca cuales son estos objetivos. En el caso de los porteros (Taylor & Bogdan, 1987) se les dio a conocer en forma oral la intención de llevar a cabo esta investigación, quienes posteriormente nos permitieron ingresar y nos guiaron en sus comunidades. A los informantes claves se les solicitó el acuerdo de participación a través de un consentimiento informado que con nombre y firma eran aceptados. Estos daban a conocer que su participaron es totalmente voluntaria, teniendo la opción de retirarse en cualquier momento de ella. Además es de carácter anónimo, en ningún momento se dará a conocer nombres de personas o cualquier dato que permitiera conocer su identidad. Sumado a ello fue solicitada en todas las entrevistas el permiso de grabación de audio. Todo ello verifica que los datos entregados fueron totalmente voluntarios, y que los individuos de estudio en todo momento conocieron para que y cómo serían utilizados los datos entregados.

7. RIGOR METODOLÓGICO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Se debe considerar la importancia de verificar la validez y confiabilidad de nuestra investigación que permita garantizar el rigor de nuestro trabajo científico. Para ello se utilizarán estrategias que difieren de los métodos cuantitativos de investigación, ya que tal como lo afirman algunos investigadores (Morse, 2005;) los criterios utilizados para las investigaciones cuantitativas son totalmente inapropiados para evaluar el rigor metodológico de los estudios cualitativos ya que ambos tipos de investigación poseen diferentes raíces ontológicas y epistemológicas.

Utilizando los criterios propuestos por Guba & Lincoln nos referiremos brevemente a la credibilidad, auditabilidad y transferibilidad o aplicabilidad de nuestro trabajo de investigación (Véase Castillo & Vásquez, 2003)

Respecto a la **credibilidad** podemos referir que a través de nuestro trabajo de campo se realizó una observación continua, conversaciones con variados miembros de las comunidades y entrevistas prolongadas con los informantes claves, logrando gracias al rapport alcanzado recolectar la información necesaria para descubrir los significados que le atribuyen a su mundo, sin influir nuestra visión o pensamiento dentro de ellos.

A través de los sentimientos y sensaciones plasmados en las notas de campo pudimos percatarnos que nuestra presencia, en lugares donde había alta convocatoria de personas, influía mucho más en el actuar de los individuos que en lugares más íntimos como en sus hogares. Durante las entrevistas en profundidad realizadas en las casas de los informantes podemos decir que nuestra presencia influyó poco y nada en su actuar y en sus relatos.

Por otro lado todas las entrevistas en profundidad y Focus Group fueron registradas a través de grabadores de audio para luego ser transcritas textualmente en las palabras de los informantes para luego ser analizadas.

Durante las mismas entrevistas o en sesiones posteriores se buscó nueva información de temas que hayan requerido mayor profundidad y el reconocimiento de los informantes de los hallazgos encontrados como verdades de los que ellos sienten y piensan.

En lo que se refiere a la **auditabilidad** de este estudio podemos destacar que se ha realizado un registro y documentación lo más completa posible de las decisiones e ideas en relación al estudio. A través del diseño metodológico se describe acabadamente las características de los informantes y su proceso de selección, además de los contextos sociales, interpersonales y físicos en los que se realizó el estudio, y por ende, la recolección de los datos.

La **transferibilidad o aplicabilidad** se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones en contextos similares. Para ello se describe detalladamente a lo largo de este trabajo de investigación el lugar y las características de las personas donde el estudio fue llevado a cabo.

8. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos a través de la realización de las entrevistas en profundidad y Focus Group en las comunidades en estudio. Los datos fueron analizados mediante el método de Spradley (1979) que incluye un análisis de dominios culturales, análisis taxonómico y análisis de temas, que permitió descubrir el significado cultural que los informantes dan a su mundo, previo a esto se realizó una reducción de las entrevistas que dieron origen a los dominios culturales.

8.1 DOMINIOS CULTURALES

Termino Incluido	Relación Semántica	Termino Cubierto
Del alma Enfermedades corporales Del cuerpo y del espíritu Las que hacen las personas	Es un tipo de	Enfermedad
Susto Empacho Liquido en la vesícula Hinchazón al estomago Infección Vejiga Presión Alta (se calienta la sangre). Orina demasiado Dolor de muelas (cambio de temperatura). Heridas Vejiga (próstata que le	Es un tipo de	Enfermedad tratada por medicina mapuche.

<p>llaman ahora).</p> <p>Enfermedad a los pulmones.</p> <p>Inflamación de ovarios (dolores menstruales).</p> <p>Calor al estomago</p> <p>Picazón de pies</p> <p>Dolor de oídos.</p> <p>Corrientes de aire (conjuntivitis).</p> <p>Dolor de huesos.</p> <p>Retención de sangre luego del parto.</p> <p>Limpieza estomago recién nacido.</p> <p>Penas de amor</p> <p>Dolor de estómago</p> <p>Enfermedades causadas por las personas</p>		
<p>Laurel</p> <p>Dientes de león</p> <p>Melosa</p> <p>Pincha Boqui, parrilla, toronjil, calaguala, espino.</p> <p>Ratonera</p> <p>Meli</p> <p>Salvia</p> <p>Radal</p> <p>Arrayan</p> <p>Guineo</p> <p>Llantén</p>	<p>Es un tipo de</p>	<p>Hierbas utilizada en medicina mapuche.</p>

Matico Natre Borraja Huella Romaza Aloe vera Eter Hojitas de maqui Latue Tineo Menta Linojo		
Tener fe en las hierbas. Tener fe en Dios. Poner de su parte. Hacerlos otra persona. Con fe	Es causa	Del funcionamiento del remedio
Estoy cansada La enfermedad ya no me deja. Me enferme de la espalda Termine con artritis	Es un resultado de	Trabajar en el campo
Mi hija se fue a Santiago Se van a la ciudad por trabajo Se trabaja mucho Me falta el trabajo No hay trabajo estable	Es un resultado de	Vivir en el campo

Faltan los recursos Hay que inventar que hacer		
Cultivar verduras Mi hija envía dinero de la ciudad De la pura madera Pensión de ancianos Asignación familiar Vendemos leña Haciendo leña Pensión Subsidio familiar Vender animalitos Invernadero Huertas Trabajar del mar Vender cochayuyo	Es una forma de	Sustento económico
La vida es cara No sobra ni falta Tenemos lo básico	Es una forma de	Referirse a situación económica
Más maltratada para criarlos Una lucha terrible No quiero tener más hijos No me da tiempo para nada más	es una forma de	Vivir la maternidad

<p>De primera se hace difícil criarlos</p> <p>Uno se despreocupa de a poco</p> <p>Soy bien preocupada por la salud de mi hijos</p> <p>Años de sacrificio</p> <p>Me preocupo del bebé nomás</p> <p>No quería tener hijos</p> <p>Ellos quieren tener hijos</p> <p>Tuve que trabajar todo mi embarazo</p> <p>Casi perdí a mi segundo hijo por trabajar tanto</p>		
<p>Se pone difícil económicamente</p> <p>No da tiempo para trabajar</p> <p>El marido no ayuda</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>No tener más hijos</p>
<p>Casi nos morimos los dos</p> <p>Solita nadie me atendió</p> <p>Mi mamá nos tuvo así a los ocho</p> <p>No tuvo nunca un problema</p> <p>Quede súper mal</p>	<p>Es una característica de</p>	<p>Parto en casa</p>

<p>No podía nacer Mi mamá me dio hartas hierbas Sufrí dos días Mi tía sabía cuando nacería Las parteras te empiezan a apretar antes de tiempo</p>		
<p>Tenia miedo de ir al hospital Nos decían que en el hospital nos trataban mal</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Tener parto en casa</p>
<p>Las parteras de ahora no tienen mucho conocimiento Más seguro Cualquier cosa te llevan al tiro a pabellón</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Tener parto en el hospital</p>
<p>Somos sensibles Nos gusta que nos regaloneen No soportamos abusos Nunca me he echado a morir Uno se crío trabajando Somos esforzadas Trabajamos para tener nuestro dinero</p>	<p>Es una característica</p>	<p>De ser mujer</p>

Nuestro pensamiento ha cambiado De chiquitita me hice cargo de la casa y mis hermanos		
Artritis Dolor de espalda Presión alta Depresión de ahora Artritis reumatoidea	Es un tipo de	Enfermedad que sufren
Agresión psicológica No estaba nunca en la casa Casi nunca esta con uno Solo trabaja No están ni ahí con la mujer en la casa No la paso tan bien Cada uno hace su vida	Es una forma de	Vivir la relación de pareja
Es machista No le gusta que tenga plata	Es una percepción de	La pareja
No confía en pastillas Hay enfermedades que médicos no conocen El empacho y susto los médicos no saben Las hierbas son naturales Me he sanado con las hierbas	Es una razón para	Consultar en la medicina mapuche

<p>Busca la hierba especial para la enfermedad</p> <p>Las pastillas no me hicieron efecto</p> <p>Coinciden con lo que uno sabe</p> <p>Los doctores no vienen seguido</p> <p>Cuando las mamás no encuentran que hacer</p> <p>Las pastillas son drogas</p> <p>El susto el médico no lo conoce</p> <p>Cuando son enfermedades como susto o empacho</p> <p>Donde vivo no hay esta medicina</p> <p>En la posta no me encontraron nada</p> <p>Las hierbas me sanaron</p> <p>La curandera me sanó</p> <p>Me siento bien gracias a las hierbas</p> <p>Cuando los huesos se desconcertan</p>		
<p>Las he aprendido de años</p> <p>Dios me ha regalado esto</p> <p>Una bendición</p> <p>Se hereda</p> <p>Nacen con algo interior</p>	<p>Es una razón para ser</p>	<p>Cultores de la medicina mapuche</p>

<p>Lo practican Es un don Ganas a aprender Le guste sanar a la gente</p>		
<p>Reuniones de kimche Enseñar a otras personas Reuniones en la lengua de antepasados Mi mamá me enseñaba la lengua Aprendí recetas de mi mamá Conversando con vecinas ellas van enseñando Preguntando a señoras de más edad Solo se pasan de generación en generación No tener vergüenza de decir: yo soy mapuche Hacen cosas sólo si hay proyectos Hacemos el esco Entre nosotros nos enseñamos Hay que inculcarlo Mi suegra me enseñó sobre hierbas Mi mamá trabaja en el rescate de la medicina mapuche</p>	<p>Es una forma de</p>	<p>Mantener las tradiciones</p>

<p>Tenemos una banda mapuche A mi hijo le enseñó algunas palabras mapuches</p>		
<p>Ya no la practicamos Nos estamos quedando winkas todos Estamos quedando perdidos Falta valorarnos Comprar todo es más rápido Los profesores no aportan a la educación mapuche Hoy en día ya no se cree Antes eran más unidos La medicina mapuche se ah perdido un poco Yo no se porque mis papas no saben A algunos les da vergüenza ser mapuche Se esta confundiendo el mapudungun con el Chesungun</p>	<p>Es una forma de</p>	<p>Percibir el cambio cultural</p>
<p>Hay enfermedades que las médicos de hierbas no conocen Les tengo fe a los doctores</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Consultar medicina occidental</p>

<p>Los doctores vienen a nosotros</p> <p>Confío harto</p> <p>Cuando no le pasa con las hierbas</p> <p>Los doctores dicen la verdad altiro</p> <p>Los médicos vienen gratis</p> <p>No hay médicas cerca</p> <p>El bebé no puede dejar sus vacunas</p> <p>Los kimche viven lejos</p> <p>El machi es harto lejos</p> <p>La gente se acostumbro</p> <p>Por comodidad</p> <p>Vienen y ahí quedan</p> <p>Se confía más en las pastillas</p> <p>Supieron lo que tenía</p> <p>Enfermedades corporales no cura la médica</p> <p>El kimche vive lejos</p> <p>Nunca está dicha la última palabra</p> <p>Por seguir las reglas</p> <p>El sistema es así</p> <p>Hay enfermedades en que confiar en ellos</p> <p>La apendicitis y piedras en el estómago las hierbas no lo curan</p>		
--	--	--

<p>Cuando la médica no puede curar</p> <p>Por la leche iba a los controles</p>		
<p>La teletón lo ayudo mucho</p> <p>Los doctores me sanaron</p> <p>Es lenta</p> <p>El doctor arreglo el hueso de mi hijo</p> <p>Mandan ambulancia al tiro</p> <p>Si no tienes dinero le van dando calmantes nomás</p> <p>El remedio no es acorde a la enfermedad</p> <p>Nos dan a todos lo mismo</p> <p>Dan puras pastillas</p> <p>Fui dos veces y no me dieron nada</p> <p>Tanta pastilla en vez de sanarte te enferman de otra cosa</p> <p>Me dan puras pastillas</p> <p>Yo tenia frío y me dieron pastillas</p> <p>La inyección de la doctora no me hizo nada</p> <p>La anestesia me paralizó una pierna</p> <p>Tiene que estar muriendo para que lo atiendan bien</p>	<p>Es una forma de</p>	<p>Referirse a la atención otorgada por la medicina occidental</p>

<p>Cuando voy me dicen que no tengo nada</p> <p>Les dan puros calmantes</p> <p>Los médicos no dicen lo que uno tiene de verdad</p>		
<p>Nos benefician con proyectos de salud.</p> <p>Llegan beneficios para hacer remedios</p> <p>Nos financio para nuestro proyecto</p> <p>Durante el régimen militar nos castigaban por decir “mari mari”</p>	Es una forma de	Percibir la relación con el Estado chileno
<p>Sacar proyectos</p> <p>Tener subsidios habitacionales para los jóvenes</p> <p>Sacar proyectos de riego</p>	Es un motivo para	Ser parte de una comunidad o asociación indígena
<p>Nos están tomando en cuenta</p> <p>Compartirla con otros</p> <p>Estamos luchando</p> <p>No desvalorizar lo antiguo</p> <p>Confío en ambas medicinas</p> <p>Cuando la componedora no puede lo envía a la posta</p>	Es una manera de	Ver la interculturalidad
<p>Hasta quinto básico</p> <p>No habían posibilidades como hoy</p>	es un motivo para	Recibir poca educación

<p>Quede huérfana</p> <p>Tuve que cuidar a mis hermanos</p> <p>No había liceos en este tiempo</p>		
<p>Mis papas no me dieron más educación</p> <p>No estudia el que no quiere</p> <p>Lo mejor que uno les deja</p>	<p>es una razón para</p>	<p>Dar educación a sus hijos</p>
<p>No quiso</p> <p>No quiso hacernos gastar dinero</p> <p>Dijo que sería la misma</p> <p>Le gusta el trabajo de campo</p> <p>Por los amigos en la ciudad repitió</p> <p>No hay colegios enseñanza media cerca</p> <p>Falta dinero para enviarlos a la ciudad</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Hijos no continuar estudios</p>
<p>Difícil acceso para salir</p> <p>Tranco no da y dinero escaso</p> <p>Tiene que salir como pueda</p> <p>No hay caminos para ambulancia</p> <p>Sufríamos con mi papa asmático para llegar</p> <p>El kimche vive lejos</p>	<p>Es una forma de</p>	<p>Percibir el aislamiento</p>

<p>No hay colegios de enseñanza media</p> <p>No alcanzo a llegar y falleció</p> <p>Los autos llegan hasta cierta altura</p> <p>La ambulancia no llega a tiempo</p> <p>En la noche no hay paso para vehículos</p> <p>[En] una emergencia debemos pasar en bote</p> <p>De aquí a que llegue al hospital puedo llegar muerta</p> <p>Le dio un ataque, no alcanzo a cruzar el río y falleció</p>		
--	--	--

8.2. TAXONOMÍAS

Taxonomía 1.

Tipos de enfermedades tratadas por la medicina mapuche

Taxonomía 2.

Tipos de hierbas utilizadas en la medicina mapuche

Taxonomía 3.

Características necesarias para que funcione el remedio mapuche

Taxonomía 4.

Consecuencias de vivir en el campo

Taxonomía 5.

Formas de vivir la maternidad

Taxonomía 6.

Percepciones frente a su rol de mujer

Taxonomía 7.

Tipos de enfermedades que padecen

Taxonomía 8.

Sentimiento frente a la relación de pareja

Taxonomía 9.

Razones para consultar en la medicina mapuche

Taxonomía 10.

Condiciones para ser cultor de la medicina mapuche

Taxonomía 11.

Percepciones sobre la medicina mapuche

Taxonomía 12.

Formas de mantener las tradiciones

Taxonomía 13.

Reacciones frente a la interculturalidad

Taxonomía 14.

Percepciones sobre la medicina occidental

Taxonomía 15.

Consecuencias de vivir en aislamiento

8.3 ANÁLISIS DE TEMAS

8.3.1 Tema: Percepciones frente a la medicina mapuche

Según lo evidenciado a través de las siete entrevistas en profundidad realizadas en tres comunidades Mapuche Huilliche, su cultura ha mantenido un sistema propio para abordar el ámbito de la salud y la enfermedad reconocido en todas ellas, pero practicado y mantenido más fuertemente sólo en algunas.

A través de los discursos podemos encontrar que el universo cultural le atribuye significados propios a las enfermedades que rigen la forma de sanación y el sistema curativo que utilizan, entre ellas se reconocen... **“Las que hacen las personas”, “Enfermedades corporales”, “Del cuerpo y del espíritu”, “Si la persona también se enferma del alma”, “Hay enfermedades que los doctores no conocen”, “La médica de hierbas no puede sanar ese tipo de enfermedades”.**

El sistema curativo mapuche reconoce a los cultores de la medicina, quienes se identifican en cada comunidad y son respetados como tales debido a que ven en ellos individuos con características diferentes a los demás integrantes de la comunidad. Éste es el caso de los kimches, médica o hierbatera; de las componedoras de huesos o hueseras; y de los machis. En ellos se distingue según los discursos cierto grado de bendición y poseedores de un don para sanar a las personas... **“Una bendición, es algo que lo heredan”, “Nacen con algo interior”, “Lo practican, es un don que tienen”, “Tienen ganas a aprender”, “Le gusta sanar a la gente”,** a su vez quienes se reconocen como cultores de la medicina mapuche reafirman esta posición al decir **“Lo he aprendido de años, Dios me ha regalado esto”** y son ellos quienes más orgullosos se demuestran al ser consultados por la cultura de su pueblo.

Es importante resaltar que existe una mayor atribución del poder de uno de los cultores de medicina según el sexo que posea **“También hay kimches hombres, el hombre es más... su remedio es mejor que el de la mujer”.**

El universo cultural estudiado tiene actualmente la posibilidad de solucionar sus problemas de salud tanto en el sistema médico tradicional occidental como en el sistema propio de su cultura, por lo que existe un punto en el cual optan por uno u otro. Según lo referido por los informantes las razones por las cuales consultan en la medicina mapuche son variadas encontrando aquellas que tienen relación con el tipo de enfermedad padecida **“Hay enfermedades que los médicos no conocen”, “El empacho y susto los médicos no saben”, “El susto el médico no lo conoce”, “Cuando son enfermedades como susto o empacho”, “Cuando los huesos se desconcertan”, “Un niño puede morir de un susto y el doctor nunca lo va a conocer y la enfermera tampoco”** especificando que hay ciertas enfermedades que solo la medicina mapuche puede solucionar.

Otra de las razones corresponde a la confianza que tienen en una u otra, algunos expresan no confiar en la medicina occidental u oriental como ellos la identifican **“yo no confío en las pastillas”, “Las pastillas no me hicieron efecto”, “Las pastillas son drogas”, “En la posta no me encontraron nada”** optando por su creencia y confianza en la medicina mapuche refiriendo **“Las hierbas son naturales”, “Me he sanado con las hierbas”, “Busca la hierba especial para la enfermedad”, “Coinciden con lo que uno sabe”, “Las hierbas me sanaron”, “La curandera me sanó”, “Me siento bien gracias a las hierbas”, “Los mismos sustos se van acumulando y eso repente el corazón no da más y empiezan los problemas del stress. Y ahí está la medicina natural porque los médicos no hacen nada, yo lo digo por experiencia propia”**

Reafirmando esta posición los informantes relatan que las mujeres de mayor edad presentan la menor confianza hacia la medicina tradicional describiendo una experiencia vivida cuando llevaron a una de las señoras más ancianas de la comunidad a consultar donde la matrona **“Que voy a estar pasando yo a estas cochinas a estas alturas de mi vida nunca lo necesite”, “El doctor le dijo que se bote en la camilla para revisarla y ella le dijo a estas alturas de mi vida usted me va a estar revisando”, “Voy pasar porque me siento mal pero no confío nada en estas cochinadas”**.

Otro factor tiene directa relación con las características geográficas de aislamiento en que se encuentran **“Los doctores no vienen seguido”, “Nosotros conocemos de medicina mapuche y podemos sanarnos”, “A veces entre nosotros mismos tenemos que sanarnos porque no hay a quien mas recurrir”**. Las cultoras de la medicina mapuche expresan que las personas las visitan **“Cuando las mamás no encuentran que hacer”**.

Según los relatos de los informantes claves los cultores de la medicina más conocidos y consultados corresponden a los kimche, médica o hierbatero, quienes utilizan una gran variedad de hierbas para curar las enfermedades. Sin embargo el poder de sanación va más allá del consumo de ellas, a través de los discursos podemos resaltar el valor religioso que se le atribuye **“Las hierbas son naturales pero siempre hay que tener fe en Dios”, “Uno puede tomarse un vaso con agua pero teniendo fe que eso lo sanara está bien”, “Primero tengo que tener fe y segundo seguir todos los pasos que el me dice”, “Uno tiene que pedirlo, no es llegar y ponerme a recoger hierbas”**

Al igual que las kimche reconocen que es una condición necesaria para entregar sus conocimientos **“Cuando la señora tiene fe en eso yo siempre le doy suficiente remedio cuando vienen a buscar”**.

Otra condición necesaria para que el remedio funcione tiene relación con las capacidades de cada individuo **“Si uno no pone de su parte no funciona nada”, “También tiene que poner uno de su parte y con eso se va mejorando”, “Para que los remedios funcionen tienen que hacerlos otra persona para uno, ellos lo hacen con más fe”**.

Las kimches o hierbateras son quienes poseen mayores conocimientos en relación a las hierbas que utilizarán para ciertas enfermedades, sin embargo nos hemos podido percatar que existen mujeres que no se reconocen como kimches pero poseen conocimientos sobre medicina mapuche que han aprendido a través de generaciones. A través de los discursos de kimches y mujeres de la comunidad se ha recopilado información

referente a las principales hierbas que utilizan para la curación de una gran variedad de enfermedades, así tenemos aquellas relacionadas con el sistema digestivo mencionadas ampliamente **“Lo que más vendo yo suele ser la melosa, porque la melosa también es muy buena para el estómago”, “Este guineo es un árbol grande, es bueno para cicatrizar las heridas, las úlceras de adentro”, “La huella, esa sirve cuando uno tiene calor al estómago, cuando está estético”, “La cascarita de la huella es bueno para cuando uno le duele el estómago”, “Aquí tengo dientes de león es para el hígado, para la vesícula con mucho liquido, la bilis o hiel que se llama”, “Radal muy bueno para el hígado cuando a usted le cae mal una comida”.**

Otros son utilizados específicamente para los niños **“A los niños le dan vómitos y diarrea, como un empacho, yo cojo hojitas de maqui”, “Son cinco hierbas que se hacen para ese remedio... para el susto que casi todas las guagüitas y niños tienen”.** Y otras para los recién nacidos **“Hinojo se le da a las guagüitas cuando nacen porque tienen su estómago con restos donde se alimentan de uno, entonces para que limpie su guatita, se le saca todo ese alimento”** además mencionan la necesidad de dar agua en sus primeros minutos de vida **“Hay que darle una cucharadita de agua de la llave nomás, entonces así son claritos para conversar... yo le di a todos mis hijos”.**

Las enfermedades crónicas como la presión arterial elevada también son tratadas **“Este es el meli, este yo lo uso para hacer remedio para la presión”, “Para el corazón también el toronjil es bueno”.**

Existen problemas de salud atribuidos directamente a la mujer para los cuales existen hierbas como **“La menta es buena para el frío, por lo menos si usted tiene dolor de estómago o esos cuando le llega la regla”, “La borraja muy buena para la inflamación de ovarios”.** Alteraciones de tipo psicológica como la experiencia vivida por una de ellas **“El toronjil es bueno para el dolor emocional, yo tuve esa depresión que le llaman ahora y me sano”.** Y otras relacionadas con el proceso de parto **“Cuando las mamas recién tenían a sus hijos en el campo se le daba huella para que no tenga nada de sangre que le queda”,** y el esfuerzo realizado durante los trabajos de dueña de casa **“El**

dolor de huesos... eso viene de puro frío cuando lava tanto, se busca en la cordillera el Latue”.

Finalmente existe tratamiento para problemas del sistema urinario **“Aquí tengo la salvia, este es muy buen remedio para cuando la persona orina demasiado”, “La raíz del perejil con la ratonera ese es para la vejiga”**. Alteraciones respiratorias **“La mata de natre, es amargo como para los resfriados crónicos, la tos”, “Este es el laurel para la tos y el resfrío”**. Problemas de la piel **“Esta es la romaza que es muy buena para la picazón de los pies, es terrible salió como una plaga eso”, “El tinea también es bueno para las heridas que no cicatrizan”**. Y otros problemas de salud **“El arrayán cuando uno a veces le duele una muela”, “El Aloe vera, es un medicamento de suma urgencia cuando a los chiquititos le duelen los oídos”, “El Éter para cuando les pasa eso que se llama conjuntivitis a la vista...esas son corrientes de aire”**.

Finalmente podemos comprender que la medicina mapuche a pesar del continuo contacto de las comunidades con la sociedad chilena y la medicina occidental, aún continúa vigente y provoca mayor confianza que la medicina occidental para ciertas enfermedades para los cuales tienen un tratamiento específico. Pero existe un punto en el cual la medicina mapuche no es capaz de solucionar los problemas de la salud de su población por la cual son los mismos cultores de esta medicina quienes derivan a sus usuarios hacia un profesional de la salud del sistema médico occidental que esté más capacitado para ello.

8.3.2 Tema: Percepciones frente a la medicina occidental

El ámbito de salud para cualquier comunidad sea indígena o no, es una interacción de múltiples variables donde primordialmente están las costumbres, las creencias, la predisposición y confianza en la manera de resolver los problemas de salud, la cosmovisión de cada individuo entre otras.

Entendiéndose el término de salud para el pueblo mapuche como un conjunto de variables naturales, religiosas, sociales tiene que ver de manera íntima con su forma de

vivir y de no romper el equilibrio provocando así una alteración o quiebre en su bienestar provocando así la enfermedad tanto física como mental.

Hoy en día el pueblo mapuche tiene dos opciones para solucionar sus problemas de salud, en estas dos vías puede consultar tanto en la medicina propia de su cultura, que es la medicina natural o bien acudir a especialistas del área de la medicina occidental o asiática como ellos la conocen. El punto límite es descubrir cuándo deciden consultar en la medicina occidental y el por qué de la decisión.

Analizando los discursos de las entrevistas realizadas a las tres comunidades en estudio, es posible destacar los motivos de consulta que se realizan en la medicina occidental, si bien las mujeres de las comunidades refieren consultar en ambas medicinas, es en la medicina occidental a la que acuden con mayor frecuencia, esto se refuerza en las visitas que realizan mensualmente a la ronda médica que llega a las comunidades con especialistas de todas las áreas pertenecientes a los centros de salud del Servicio de Salud de Osorno. Para ellas resulta más cómodo asistir a estas rondas médicas por muchos motivos, unos personales y otros que se repiten en variados discursos... **“Los doctores vienen a nosotros”**, **“La gente se acostumbró”**, aquí es posible visualizar que su relación con la medicina occidental se traduce en una relación de ayuda que se ha intentado fortalecer a través de las visitas mensuales y la ayuda a las comunidades con múltiples proyectos que van directamente en beneficio del bienestar de cada uno de los integrantes de esta. A pesar de ello, esta interacción que se realiza con la medicina occidental tiene dos vértices, uno que miran con el lado positivo de las experiencias y otro contrario a este, demás está explicar que depende íntimamente de las resoluciones que la medicina occidental haya dado a los problemas de salud de las mujeres y de su núcleo familiar.

De las experiencias positivas que han experimentado las mujeres de las tres comunidades visitadas podemos destacar los motivos de consulta que realizan en la medicina occidental... **“Hay enfermedades que las médicos de hierbas no conocen”**, **“Cuando no le pasa con las hierbas”**, **“Se confía más en las pastillas”**, **“Supieron lo que tenía”**, **“Enfermedades corporales no cura la medica”**, **“Nunca está dicha la**

última palabra”, “Por seguir las reglas”, “El sistema es así”, “La apendicitis y piedras en el estomago las hierbas no lo curan”, “Cuando la médica no puede curar”. De este análisis resulta claro que las mujeres reconocen que hay ciertas patologías que la medicina tradicional de su pueblo no sana del todo, saben que las hierbas tienen potencial para aliviar ciertas molestias pero además saben que en determinadas situaciones una médica no es del todo apta para sanar sus dolencias, sobre todo en el tema que tiene que ver cuando la solución a su problema de salud es de orden quirúrgico.

La relación que se establece con los profesionales de salud a los cuales visitan está basada en la confianza que el mismo profesional otorga según sea su modo de atención, la veracidad de su diagnóstico y los tratamientos que este mismo otorgue... **“Les tengo fe a los doctores”, “Confío harto”, “Los doctores dicen la verdad altiro”, “Hay enfermedades en que confiar en ellos”...** y también hay quienes reconocen que su visita a los controles de salud más allá del sentido de credibilidad y confianza se basa en una imposición de normas que ellas entienden que el deber de asistir va más allá del querer hacerlo... **“Por seguir las reglas, porque el mayor era desnutrido y tenían que darle harto alimento”, “El sistema es así”, “El bebé no puede dejar sus vacunas”, “Por la leche iba a los controles”.**

De las entrevistas que se analizaron, algunos extractos de ellas dan cuenta que la resolutivez de la medicina occidental en ciertas experiencias, juega un rol fundamental al momento de tener una segunda visita para obtener solución a sus problemas de salud... **“La teletón lo ayudo mucho”, “Los doctores me sanaron”, “El doctor arreglo el hueso de mi hijo”, “Mandan ambulancia altiro”, “No ahora no, a uno le duele el pie y mandan una ambulancia altiro”, “Hay ambulancia, hay camioneta para ir para médico, todo. Antes no se veía nada de eso”** además se destacan las vivencias de las mujeres que han optado por vivenciar la experiencia del control del embarazo y parto en centros de medicina occidental ... **“Mis hijos los tuve en el hospital de San Juan”, “Me controlé de mis cuatro hijos, pero tres en el hospital y uno en la casita.”, “Aquí mismo en Pucatrihue en la posta de salud y me hice ecografías y todo eso”, “Más seguro tener un parto en el hospital... yo creo que más seguro”, “Si pasa cualquier cosa ahí la llevan altiro a**

pabellón, no hay peligro como acá en el campo... de aquí uno que llegue al hospital olvídense... puede llegar muerta”

Muy a pesar de esto hay quienes no ven esta práctica medicinal como la más acorde para su cosmovisión, resaltando en ello lo importante que significa para ellos que el tratamiento de cada dolencia en cada persona debe ser un tratamiento individual y no uno que sirva a más de un integrante de la comunidad... **“El remedio no es acorde a la enfermedad”, “Nos dan a todos lo mismo”, “Dan puras pastillas”, “Tanta pastilla en vez de sanarte te enferman de otra cosa”, “Me dan puras pastillas”, “Yo tenía frío y me dieron pastillas”, “La inyección de la doctora no me hizo nada”, “La anestesia me paralizó una pierna”, “Les dan puros calmantes”, “Por ejemplo si yo vengo enferma de la cabeza y la otra persona viene enferma de la espalda, las dos salimos con las mismas recetas de ibuprofeno, paracetamol... lo mismo.”**

Además se expresa la visión que genera en ellas la modalidad de atención de la medicina occidental percibiéndolo de distintas maneras... **“La atención es lenta”, “Cuando voy con mis niños a control, de tanta espera se enferman de otra cosa”, “Si no tienes dinero le van dando calmantes nomás”, “Fui dos veces y no me dieron nada”, “Tiene que estar muriendo para que lo atiendan bien”, “Cuando voy me dicen que no tengo nada”, “Los médicos no dicen lo que uno tiene de verdad”, “Entonces porque si yo voy a ser indigente y si no tengo los medios de pagar algo mejor no voy a médico porque estoy propensa a que me den algo para dejarme tranquila nomás”.**

Además de ello, hay que destacar que a pesar de las buenas o malas experiencias vividas por cada una de las mujeres de las tres comunidades, la existencia de pocos representantes de la cultura mapuche y su lejanía respecto a las localidades en que se encuentran las mujeres, demuestran que la visita de las rondas médicas mensuales resulta una ayuda innegable que se traduce en la alta convocatoria que tienen los operativos realizados.

8.3.3 Tema: mujer mapuche huilliche

La cultura y el entorno en que hemos crecido y vivido moldean todos los aspectos de nuestra vida, ya sean actitudes, pensamientos, acciones, etc. Y en el caso de las mujeres Mapuche Huilliche de San Juan de la Costa no es la excepción, a través de la observación y los discursos podemos percatarnos que los aspectos de su cultura y los factores ambientales son la causa de su forma de vida, pensamientos y experiencias. El factor ambiental más predominante tiene relación con la vida en el campo y el aislamiento en que se sienten inmersas en relación con el resto de la sociedad, provocando un sentimiento de cansancio tras una vida de esfuerzos que muchas veces no son reconocidos.

Dentro de su vida la experiencia que más resaltan es la maternidad y su labor dentro de la familia, donde en gran parte del proceso se han sentido solas, sin el apoyo de la pareja, teniendo que hacer grandes esfuerzos por sacar adelante a sus hijos.

La vida en el campo según lo que ellos mismos refieren, es muy distinta a la vida en la ciudad, ya que deben trabajar en lo que el medio ambiente les ofrezca **“Como no se tiene los recursos ni trabajo estable, hay que buscar algo”**. Así aquellos que viven en el llano expresan que el trabajo y sustento económico se basa en la madera **“Mi esposo hace su leñita y eso ya es para pagar la luz ahora”**, **“Es lejos las plantaciones de pino, plantaciones donde trabaja el”**, **“Vivimos de la leña”**, **“Antes hacíamos carbón y lo vendíamos”**, **“Si no trabaja no hace leña, no tiene un sueldo”**, **“En el verano no más se saca leña, de ahí en el invierno es escaso, nos mantenemos más con los animalitos que tenemos”**.

Otro punto que se destaca dentro del ambiente económico es la ayuda que proporciona el estado **“El chico, es el único que saca su pensión de invalidez”**, **“ivimos de una pensión puente... también sacamos un subsidio familiar, pero no hace mucho...”**, **“La pensión es la única entrada de dinero que tenemos”**, **“Estoy sacando lo que es el subsidio familiar que da el estado por los hijos”**.

Las mujeres por su parte se encargan principalmente del trabajo del hogar y del autoabastecimiento a través de animales y plantaciones que la mayoría de ellas posee dentro de sus territorios **“Nosotros trabajamos en la casa así nomás, unidos todos solos”, “Yo aquí soy dueña de casa nomás”, “Tenemos dos invernadero... ahí tengo pura huerta”, “También para vender lo hago, mi huerta con mis porotitos y mis papas”, “Antes le dábamos de comer a los chanchitos que criábamos allá todos los días... es un trabajo si largo, pero al final al chanchito uno lo mata y ahorra en carne... la economía”, “Toda una vida hemos sembrado, si la papa, así tenemos para la temporada, nosotros no vendemos la papa la dejamos para la casa”, “Tenemos huerta, animalitos... el programa puente nos ayudó con eso”**. Y dentro de ello mencionan un factor externo importante que dificulta la mantención de las siembras **“Mi cuñado viene a sembrar la papa acá con nosotros, porque arriba es muy difícil, uno son los eucaliptos que echan a perder la tierra y la lejanía”** resaltando que algunos de los integrantes de la comunidad no tienen la posibilidad de realizar siembras debido a las plantaciones de eucaliptos que han llegado a la zona de empresas privadas provocando un daño a sus tierras.

Por otro lado las mujeres y sus familias que viven en el sector costero de la comuna obtienen el sustento económico explotando el recurso que tienen más cerca, el mar. A través de los discursos podemos resaltar que tanto hombres como mujeres trabajan de él, los hombres lo realizan a través de la pesca principalmente y las mujeres de la recolección de diversos elementos que el mar les ofrece **“Él es pescador...”**, **“Y como yo trabajo del mar, vivo del mar, hasta los nueve meses todavía iba a buscar cochayuyo”**. Por otro lado gracias a la variedad de proyectos que tienen la posibilidad de beneficiarse por ser parte de las comunidades indígenas logran otras formas de sustento económico **“Gracias a dios tenemos nuestro negocio con mucho esfuerzo... el gobierno nos ayudo si harto económicamente”** donde es importante resaltar que la mayor parte de los proyectos que se crean están a cargo de las mujeres, siendo ellas las creadoras y ejecutoras de ellos.

Un aspecto que sobresale al momento de relatar el trabajo en el campo es lo desgastador física y emocionalmente ya que involucra un gran esfuerzo que los

informantes expresan a través de sus discursos **“Estoy cansada, aquí uno tiene que hacerle la comida a los perros, las gallinas, tengo gallinas encerradas ya si los chicos se fueron todos temprano así que nos dejaron ayudado”, “Las vaquitas tenemos que ir las a dejar allá, trabaja mucho uno en el campo”, “He tenido una lucha terrible, por eso de repente me encuentro como cansada”.**

Todo ese esfuerzo físico que deben realizar día a día les ha traído consecuencia en su estado de salud provocado variados problemas **“Me enfermé de la espalda acarreando leña y haciendo carbón a esta altura”, “De repente mi espalda me duele... como una fue joven y trabajo tanto”, “Terminé con artritis por una vida de esfuerzo”** los cuales les impide en algunos casos continuar con el trabajo que estaban acostumbradas a realizar **“Antes trabaja en cualquier cosita pero ya no... la enfermedad ya no me deja”,** lo cual además de traer consecuencias de tipo económico y familiar les provoca un gran vacío al no sentirse potencialmente capaces de realizar sus labores.

A pesar del gran esfuerzo que realizan para lograr una estabilidad económica que les permita vivir de buena forma muchas veces no obtienen lo necesario, es así que describen **“De repente nosotros recursos no tenemos, porque nos vemos medias feas con las cosas”, “La luz nos sale cara acá, los subsidios tampoco son buenos”, “Sacamos pero no hace mucho...”, “No nos alcanza... se hace difícil sobre todo para esta criatura”.** Sin embargo otros expresan que a pesar de las difíciles situaciones económicas que viven en muchas ocasiones siempre logran salir de ellas y mantenerse unidos **“No tenemos muchas comodidades, pero tenemos lo necesario”.**

Como se ha mencionado la vida en el campo involucra grandes esfuerzos que las familias que allí residen realizan en su día a día, pero que muchas veces no les retribuye en forma económica como ellas necesitan. Es por ello que algunos han tenido que emigrar a las ciudades en busca de nuevas oportunidades que les permite optar a una nueva forma de vida u obtener el dinero para ayudar a mejorar la situaciones económica de sus familias **“Mi hija se fue a trabajar a Santiago de nana, se las arregló, ayudó mucho ella en la casa”, “Muchos se van a la ciudad por trabajo...aquí no hay trabajo estable”.**

A través de los discursos de los informantes podemos percatarnos que la etapa que más las ha marcado como mujeres a lo largo de su vida es la relacionada con la maternidad. A lo largo de los discursos relatan su experiencia durante el proceso de embarazo, parto y crianza de los hijos, existiendo como factor común el sacrificio que han realizado para ellos crezcan de la mejor manera **“Yo tuve seis y más maltratada para criar mis hijos”, “De primera se hace difícil criarlos... después uno de despreocupa de a poco”, “Tuve una lucha terrible”, “He tenido que hacer años de sacrificio para que estén sanitos”.**

En décadas pasadas las mujeres de las comunidades del sector según relatan las informantes tenían a todos o gran parte de sus hijos en su hogares donde eran asistidas por parteras del sector que poseían los conocimientos necesarios para realizar este proceso **“Mi mama nos tuvo así en la casa a los ocho”, “Yo tuve ocho hijos en la casa, allá en la cordillera, solita no más nadie me atendió”.** Hoy en día solo algunas han tenido esa experiencia cuya razón radica en los consejos de las parteras de aquel entonces que no tenían confianza en la atención que les brindarían en los centros hospitalarios **“Mi primer hijo lo tuve en el campo... porque tenía mucho miedo de ir al hospital, porque las señoras antes eran así y te decían: para que vas a ir, las tratan mal, allá no las quieren porque son muy jóvenes”**

Pero la mayor parte de los casos se deben a la distancia en que se encuentran en ese momento de algún centro de atención hospitalaria y no por decisión propia **“Estuve acá y sentí dolores, dolores y aquí me quede nomás... mi marido y mamá me asistieron”.**

Aquellas mujeres que experimentaron algunos de sus partos en el hogar cuentan como fue este proceso, existiendo diversas opiniones de lo vivido. Así encontramos relatos que recuerdan momentos muy difíciles donde no tuvieron la asistencia que necesitaban **“Después no podía nacer el chico... casi nos morimos los dos”, “Cuando nació el yo quedé súper mal, pero me tuve que recuperar acá nomás”, “Había una señora partera pero no le dio mucho el ánimo de asistirme porque era mucho lo que había sufrido ya...”, “Con mi primer hijo estuve sufriendo dos días enteros...”.** Y otras experiencias

contrapuestas de tiempos pasados donde las mujeres no tenían ningún problema a pesar de tener a todos sus hijos en el hogar **“Mi mamá nunca tuvo ningún problema y nosotros tampoco”** lo que se debe según sus relatos a que las parteras antiguamente tenían más conocimientos sobre el tema que hoy en día.

El cambio que han experimentado en relación a la opción de tener a sus hijos en sus hogares o en algún centro de atención hospitalaria se debe principalmente a la confianza que tienen en la medicina occidental a la hora de tener algún problema de urgencia durante el proceso del parto **“Porque pasa cualquier cosa ahí la llevan al tiro a pabellón, no hay peligro como acá en el campo...”**, **“Más seguro tener un parto en el hospital... yo creo que más seguro”**. Sumado a ello hoy en día existe menor confianza en las parteras **“Las parteras de ahora no tienen mucho conocimiento”** y cada vez menos personas realizan aquella labor **“Ya no se da mucho lo de las parteras”** por lo que para muchas de ellas no existe la posibilidad de elección.

Durante el relato de sus experiencias sobre maternidad todas ellas refieren en común la decisión de no tener más hijos debido principalmente a la situación económica que no les permite solventar los gastos que todo ello involucra **“Claro que no quiero tener más hijos, con los que tengo basta, la situación después se pone más difícil”**.

Otras de las razones por la que han tomado esta decisión tiene relación con la falta de apoyo que obtienen de sus parejas durante todo el proceso de crianza de los hijos **“Yo cuando me casé el genio mío era tener hijos hasta que mi Dios diga hasta aquí, pero pensando que era el marido diferente”**, **“Tiene marido casi no está con uno, se va a trabajar y no tiene nada que ver”**, teniendo que dedicarse completamente a sus hijos y al mismo tiempo tener la necesidad de trabajar para obtener el sustento económico **“Yo trabajé hasta los últimos días de mi embarazo porque no sentía nada de dolor”**, **“Hasta los nueve meses todavía iba a buscar cochayuyo”** lo que algunas ocasiones significaba un gran riesgo **“Del embarazo de mi segundo hijo trabajé el mismo trabajo que hice en el primero, casi la perdí a los cinco meses”**.

La relación de pareja es un tema difícil en muchos ámbitos para las mujeres Mapuche Huilliche, encontrando sentimientos como **“Los hombres no están ni ahí con las mujeres en la casa”, “Ahora esta en la casa, antes no estaba nunca”, “Cada uno hace su vida y así nos hemos entendido”, “No lo paso tan bien en mi matrimonio pero no por eso voy a dejarme morir”, “Sola me agradezco yo misma porque he pasado tanta vida mala... nunca me pegó solo me agredió psicológicamente”**. A través de estos extractos podemos percatarnos de las dificultades que han tenido a lo largo de su vida entorno a la relación de pareja, y como de cierta forma se han sentido solas a la hora de mantener una familia y desprotegidas como mujeres, llegando a sufrir agresión de tipo psicológica.

En relación a la educación escolar que han recibido podemos reconocer que todas en algún momento de su vida asistieron a un centro educacional, sin embargo ninguna de ellas supera el término de la educación básica por variados motivos, entre ellos se mencionan **“Yo llegué hasta 5to básico, aquí mismo en el colegio, mis papás no me dieron más educación”, “En ese tiempo no había posibilidades como hoy en día”, “yo fui al colegio ...pero poquito porque me críe huérfana, mi papá murió cuando yo tenía como 11 años”, “Aquí en Pucatrihue no hay ningún colegio de enseñanza media, Puaucho nomás sería”, “Aunque a uno le hubiese gustado seguir estudiando más en esos años no habían ni liceos”, “Uno no pudo hacerlo nomás”**. Al analizar los discursos el factor principal de no poder continuar los estudios tiene relación con la falta de colegios en los sectores donde ellas residen, teniendo que salir de sus hogares para acceder a esa oportunidad donde en gran parte de los casos no es posible por decisión de los padres.

Al no tener ellas la oportunidad de continuar los estudios expresan querer que sus hijos tengan esa posibilidad ya que hoy en día es más accesible **“Ahora el que no quiere estudiar es porque no quiere nomá”, “Hoy en día la educación es lo mejor que uno les deja a los hijos”**. Sin embargo nos hemos podido percatar que en algunas ocasiones esto no es posible por las razones que ellas describen **“Mi hija no quiso ir a estudiar más, dijo: para que voy a estar estudiando tanto y haciéndoles gastar plata a ustedes si voy a ser la misma nomás yo”, “Con mucho sacrificio la enviamos a Osorno, pero allá por las**

malas juntas repitió". Y en otros casos aún el factor económico es un impedimento para ello ya que hoy en día aún deben salir de sus hogares **"No hay tanto dinero para poder enviarlos a la ciudad"**.

8.3.4 Tema: pertenencia cultural

Según los discursos de los diferentes informantes de cada comunidad en la cual trabajamos, el tema de pertinencia cultural toca lo más profundo de su ser como persona, y más aún integrante de una comunidad donde conviven con otros individuos con su mismas creencias y prácticas.

A pesar de esto, en las tres comunidades en estudio observamos diferentes pensamientos relativos al tema en cuestión, sobre todo en lo que trata del tema de mantención de las tradiciones y prácticas de rituales o ceremonias que son herencia de sus antepasados.

Los cultores relacionados con el tema de la salud se identifican en cada comunidad y son respetados como tales debido a que ven en ellos individuos con características diferentes a los demás integrantes de la comunidad, es el caso de los kimches o hierbatera, de las componedoras de huesos y el machi.

Referente al ámbito de sentirse mapuche y su visión del traspaso de tradiciones hacia las generaciones futuras y de esta forma mantener las costumbres como comunidad, encontramos sentimientos diversos... **"Ya no la practicamos, nos estamos quedando winkas todos"**, **"Estamos quedando perdidos, falta valorarnos"**, **"Hoy en día ya no se cree, antes eran más unidos"**, **"La medicina mapuche se ha perdido un poco"**, **"A algunos les da vergüenza ser mapuche"**, **"Yo creo que uno mismo tiene que irse renovando como persona y no tener vergüenza y decir: yo soy mapuche"**, **"Uno tiene que valorarse como toda etnia, tiene que irse valorando uno mismo, nosotros mismos y eso es lo que está faltando."**

Al analizar estos extractos de entrevistas podemos percatarnos que el sentimiento común de los entrevistados es el reconocer que las tradiciones se han perdido y que es responsabilidad de ellos mismos el continuar con el rescate, la promoción de las costumbres, creencias y prácticas del pueblo mapuche en ámbitos relativos a la salud pero también en ámbitos culturales y religiosos. A esto se suma que los niños de la comunidad no se educan bajo las tradiciones de esta, sino que deben instruirse en colegios y liceos winkas quienes no les fomentan ni motivan su origen mapuche, no les enseñan ni refuerzan su lengua de origen, no se percibe la presencia de educadores interculturales permanentes que les motiven a través de su crecimiento el orgullo de ser parte de un grupo originario... **“Los profesores no aportan a la educación mapuche”, “A uno cuando iba al colegio y decía mari mari le pegaban”, “No hay colegios de enseñanza media cerca de las comunidades”.**

Contrario a esto en ciertos discursos se identifica la importancia que dentro del sector de San Juan de la Costa exista una escuela básica que rescate las tradiciones del pueblo...”**La profesora es indígena y los niños hacen trabajos en la lengua de nuestro pueblo”, “Incluso tienen un alumno que se fue a estudiar a Temuco y ahora es machi”, “El machi si que sabe, domina la lengua mapuche, conversa en mapuche”, “ Los niños cuando se licencian de octavo lo hacen con atuendos mapuches”, “En los actos se realizan danzas mapuches”,** aún así al salir de octavo básico y entrar a un liceo sin esta mantención de tradiciones supone una conducta negativa que hace perder lentamente el interés en las costumbres como pueblo.

En ámbitos de salud, el mantener la curación de enfermedades basadas en la práctica de la medicina natural se ve perdida debido primero que nada a la lejanía geográfica de los integrantes de la comunidad respecto de los cultores de la medicina mapuche **“Tranco no da y dinero escaso”, “El kimche vive lejos, como 12 kilómetros”, “Difícil acceso para salir”, “Los autos llegan hasta cierta altura”.** Este motivo de aislamiento es el que no permite muchas veces consultar con especialistas del área según su origen cultural a diferencia de la medicina occidental que son quienes van mensualmente a las comunidades a atender de manera gratuita a los integrantes de esta.

Si se analiza en el tema del mantenimiento de las tradiciones y el traspaso de conocimientos en los integrantes de cada comunidad podemos destacar que las mujeres tienen el rol principal en este ámbito, son ellas quienes son las encargadas de referirse a este tema en su familia, con amigas o vecinas, y quienes hacen hincapié que las futuras generaciones deben sentirse pertenecientes a su cultura como lo hicieron sus antepasados...”**Enseñar a otras personas**”, **“Mi mamá me enseñaba la lengua**”, **“Aprendí recetas de mi mamá**”, **“Conversando con vecinas ellas van enseñando**”, **“ Preguntando a señoras de más edad**”, **“ Mi mamá trabaja en el rescate de la medicina mapuche**”, **“Mi suegra me enseñó sobre hierbas**”, **“A mi hijo le enseñó algunas palabras mapuches**”, **“Entre nosotros nos enseñamos**”, **“ con las kimches hacemos reuniones en la lengua de antepasados**”, **“Solo se pasan de generación en generación”**”.

Lo que es destacable es que se la preocupación por el rescate de las tradiciones del pueblo mapuche y las costumbres en ámbitos de salud están siendo cada vez más tomados en cuenta por las autoridades sanitarias y esto es percibido también por las mujeres de las comunidades del pueblo mapuche **“Entonces están haciendo como caso, están tomando en cuenta a la medicina mapuche**”, **“La Sra. Nancy dice que estamos luchando acá con que se tome el tema de la medicina, para compartirlo con otros**”, **“No desvalorizar lo que hace el hospital y no desvalorizar lo antiguo”**

Esto se ve reforzado en la ayuda otorgada por el estado a través de presupuestos concursables y proyectos dedicados al rescate y fortalecimiento de las tradiciones mapuches que tienen relación con ámbitos de desarrollo cultural como es el caso de artesanías, telares, orfebrería, salud, a través de las reuniones con integrantes del comité de salud intercultural donde participan las kimches y profesionales de la salud, educación a través de proyectos de difusión de la lengua mapuche a través de formatos digitales para ser distribuidos a los integrantes de la comunidad, trabajos viales en caminos y carreteras, siembras y forestación a través de la ayuda otorgada por la Corporación Nacional Forestal (CONAF), agua potable, forraje de animales entregados por la municipalidad, entre otros beneficios.

9. DISCUSIÓN

Los resultados que se obtuvieron de la investigación realizada en el tema de salud intercultural, pueden ser contrastados con referencias bibliográficas y publicaciones que han construido el marco teórico de esta tesis.

En primer lugar, tal como expone Citarella (2000) la cultura mapuche Huilliche posee un sistema propio de resolución en ámbitos de salud y enfermedad que está influenciado por las prácticas y tradiciones culturales lo que define su accionar frente a estos términos, para ello posee agentes de salud tales como Kimches o médicas, componedoras de huesos y el machi.

A su vez este mismo autor define que la salud y enfermedad poseen distintas definiciones y concepciones que influyen en el modo de la recuperación y mantenimiento de la salud. En nuestro estudio se ve reflejado claramente en que existen problemas de salud definidos y tratados por la cultura mapuche que no forman parte del saber occidental, tales como el empacho y el susto observados principalmente en los niños de las comunidades y que se solucionan con la medicina tradicional de su pueblo. A su vez existen otros problemas de salud que definen que la medicina mapuche no puede solucionar y que en este caso es en la medicina occidental en la que encuentran la cura.

En cuanto al impacto del proceso de aculturación en la salud de las comunidades podemos reafirmar lo citado por Boccara (2004) cuando se refiere a la existencia en el último tiempo de una desvalorización y deslegitimación respecto al saber mapuche en general, tal como observamos a través de nuestro estudio en el reconocimiento de la pérdida de las prácticas y costumbres mapuche-huilliche lo que se traduce en una pérdida de la identidad y repercutiendo así en las prácticas de la medicina tradicional del pueblo originario. Además, concordamos con el resultado del estudio de Boccara en cuanto se

refiere a que a pesar del proceso de aculturación observado, persisten cultores de la salud mapuche como es el caso de las hierbateras, parteras, componedores de huesos.

En el ámbito de la organización social de las comunidades los datos obtenidos coinciden con lo expuesto por Saavedra (2006), las familias de las comunidades están conformadas similares a los ciudadanos chilenos, es decir son familias nucleares biparentales, cuyo sustento económico es resultado del éxodo de la comunidad hacia las ciudades o integrándose a empresas de diversa índole que explotan en donde encuentran mayores oportunidades, en contraste a las prácticas de sus antepasados quienes trabajaban en y para la comunidad en la cual residían. Cabe destacar que existe un porcentaje generalmente de mujeres que explotan la tierra a través de siembras, huertas, crianza de animales entre otras. Aún así existen autoridades tradicionales dentro de la cultura mapuche como machi y hierbateras, y como además expone Saavedra (2004) autoridades no tradicionales que corresponden a dirigentes de organizaciones indígenas.

Nuestros resultados no coinciden con lo expuesto por Marileo (2002) y Torres, Conejeros y Jelves (1995) ya que el ámbito de salud para la cultura mapuche no se encuentra ligada a los fenómenos naturales, sino que se les otorga el carácter de un proceso circunstancial independiente de su entorno. Aquí la enfermedad no constituye un desequilibrio de la naturaleza que provoca la aliteración de salud. El resultado de esto implica la resolución del problema de salud a través de un remedio o fármaco específico para la dolencia y no la búsqueda del reestablecimiento armónico de su entorno; esta vía puede ser tanto en la medicina propia de la cultura como en la medicina occidental.

Según lo que observamos, la existencia de machi se reconoce como agente de salud encargado de sanar enfermedades atribuidas a causas sobrenaturales o espirituales al igual que lo definido por Saavedra (2006), Aukanaw (2001) Bacigalupo (1995), pero es la misma comunidad la que afirma que las enfermedades que ellas padecen hoy en día no son de esta índole sino más bien corporales, área de las médicas, por lo que la consulta a este cultor de la salud mapuche no se realiza como sus antepasados. Esto lo reafirma la existencia de solo un machi en el sector sur de San Juan de la Costa.

En relación a la percepción de las comunidades indígenas sobre la calidad de la atención de salud entregada por la medicina occidental los resultados se asemejan a lo expuesto por Berry (2008) en su estudio sobre la calidad de los cuidados entre los indígenas mayas en Sololá, Guatemala, donde algunos datos obtenidos de las entrevistas apuntan hacia la existencia de una predisposición negativa a concurrir a los hospitales por las historias que otros integrantes de la comunidad relatan sobre malos tratos en lo que concierne a atención del parto y hospitalización de niños. Cabe destacar que una vez que asisten a estos centros asistenciales la realidad que se les muestra es diferente a la expuesta en los relatos de terceros.

En el ámbito de la comunicación entre ambas culturas nuestros resultados concuerdan con lo expuesto por Peiris (2008), la mayoría de las veces las mujeres no se sienten a gusto con la atención recibida ni con el tratamiento otorgado debido a que según su cosmovisión el medicamento debiera ser único para cada quien y no algo común para toda la comunidad, aquí se evidencia la falta de comunicación desde la medicina occidental hacia la medicina natural que provoca desconfianza en la medicina occidental, lo cual pudiera ser solucionado a través del dialogo y de la toma de decisiones en conjunto con ambas medicinas.

10. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Finalizada nuestra investigación y de acuerdo a uno de los objetivos planteados en un comienzo, se establece la necesidad de realizar un plan de intervención que sirva de ayuda y apoyo para otorgar una mejor atención en salud bajo la mirada intercultural.

A través de los resultados obtenidos se puede percatar que existen variadas percepciones de las mujeres mapuches en relación a la atención que reciben de mano de la medicina occidental y propia de su cultura, afectando algunas de ellas negativamente en la entrega de una atención de calidad.

El primer problema tiene relación con la poca accesibilidad que los integrantes de algunas comunidades refieren tener hacia los cultores de la medicina mapuche debido a la distancia en que se encuentran, ya que en sus comunidades no existen como tal.

Y en relación a la atención otorgada por la medicina occidental el problema radica directamente en una falta de comunicación entre los profesionales de la salud y los usuarios pertenecientes a la cultura Mapuche- Huilliche, quienes sienten que el tratamiento que se les otorga se limita generalmente a una pastilla idéntica para distintas enfermedades, provocando en ellos la sensación que solo se les brindan “calmantes” para “dejarlos felices”, sin dar una real solución a sus necesidades. Si bien no todas las personas perciben este problema, quienes lo hacen refieren no sentirse satisfechos con la atención recibida y haber perdido la confianza en este sistema de salud, influyendo de alguna forma en la percepción que tienen los demás miembros de la comunidad.

Cada cultura expresa diferentes significados en torno a la salud (Marileo, 2002), por lo que es preciso conocer las necesidades y percepciones de cada una de ellas para lograr entregar cuidados de calidad. Siendo necesario promover una buena comunicación entre los profesional de la salud y el usuario, dejando de lado el modelo biomédico y

fortaleciendo una interacción a través de la confianza recíproca y la toma de decisiones compartida que permita entregar intervenciones más efectivas (Peiris, et. al.).

Para promover la interculturalidad en salud que permita entregar cuidados de mejor calidad a los usuarios, y fortalecer la confianza en la medicina occidental, nuestra propuesta de trabajo está centrada en optimizar la interacción entre ambos sistemas de salud y los usuarios a través de tres puntos importantes.

El primero de ellos tiene relación con la comunicación entre el profesional de la salud y el usuario dentro de la consulta en las postas o estaciones médico rurales del sector. De manera que el profesional dé la oportunidad al paciente de expresar su visión del problema de salud, y lograr una comunicación efectiva que permita tomar decisiones compartidas que provoquen el empoderamiento del usuario.

Dentro de la toma de decisiones compartidas el profesional de la salud debe otorgar opciones de tratamiento al usuario, de manera que tenga la oportunidad de optar por un tratamiento médico occidental o de la medicina mapuche, cuando el problema de salud pueda ser solucionado por ella.

Para que los profesionales de la salud puedan dar opciones de tratamiento con conocimiento se hace imprescindible que ellos se encuentren interiorizados en el sistema curativo mapuche y los tratamientos que otorgan a ciertas enfermedades. Por lo que nuestra segunda propuesta consiste en realizar cursos o reuniones entre los cultores de la medicina mapuche y los profesionales de la salud que entregan servicios en la comuna con el objetivo de compartir sus conocimientos, que en muchos ámbitos pueden ser complementarios.

Para que la capacidad de opción y derivación de los profesionales de la salud hacia la medicina mapuche sea efectiva, se hace necesario disminuir las barreras que los miembros de las comunidades refieren como razón de no consultar a la medicina mapuche, donde la dispersión geográfica es la principal de ellas. Las mujeres mapuches

de ciertas comunidades expresan no tener la posibilidad de visitar a los cultores de la medicina por encontrarse muy alejados de sus lugares de residencia, al contrario de los profesionales de la salud occidental, quienes vienen a un lugar central de las comunidades mensualmente en forma gratuita.

De esta forma proponemos que en aquellas comunidades donde no existan cultores de la medicina accesibles geográficamente a sus miembros, se incluyan a estos dentro de las rondas médicas, de manera que los usuarios tengan la opción de optar por el tratamiento que requieran, y las derivaciones de los profesionales de la salud sean efectivas.

11. CONSIDERACIONES FINALES

Al finalizar esta experiencia nos percatamos que los resultados que de ella se obtuvieron serán sustento para investigaciones relativas al tema de Enfermería transcultural y de la disciplina en todos sus ámbitos.

En un comienzo, este trabajo de investigación se inició bajo una inquietud personal que poco a poco fue denotando los pormenores y las aristas en que Enfermería tiene su participación activa y predominante.

Si bien la decisión de elegir en un momento determinado de la vida cuando se padece alguna alteración de salud es algo íntimo y personal que tiene su base en las experiencias previas de cada individuo, en las comunidades mapuches sucede algo particular que no se puede negar. A pesar de la intención de cada una de las mujeres entrevistadas de mantener vivas sus tradiciones y de reafirmar que el mejor tratamiento para cualquiera de sus dolencias son las hierbas, siguen consultando en la medicina occidental por ser esta quien se ha acercado en mayor medida a las comunidades a ofrecer sus servicios y beneficios mensualmente sin costo alguno, tanto a ellas como al resto de su familia y de la comunidad.

Se suma a esto que el habitar en regiones en que son lejanas las comunidades mapuches que si poseen cultores de la medicina natural los priva de la posibilidad de solucionar sus problemas de salud con la medicina tradicional de su pueblo por no poseer los medios económicos ni de transporte para poder acceder a estos beneficios, contraponiéndose a las visitas médicas que llegan a la posta de cada comunidad quedando a distancias mínimas de los habitantes de ellas.

Lo que si es positivo destacar que el interés por mantener las tradiciones de su pueblo en ámbitos de salud, cultura, medioambientales entre otros, es alto, y esto se ve

reflejado en los múltiples proyectos a los cuales postulan que benefician no solo a personas aisladas sino que a toda la comunidad en las cuales habitan. De esto se rescata también la ayuda gubernamental que se otorga a través de los distintos organismos creados para asegurar y salvaguardar el patrimonio cultural de los pueblos originarios, este reconocimiento también lo realizan las mujeres quienes se refieren a este tema en muy buenos términos.

Creemos que al estar en un país cuyas características son pluriétnicas, la Enfermería que se enseña en nuestro país debe tener sólidas bases de Enfermería transcultural para poder otorgar atención a cualquier individuo que lo solicite y que sea integrante de un pueblo originario en cualquier etapa de su ciclo vital. Asimismo nuestro estudio servirá de aporte a esta área de la Enfermería que está poco explotada a nivel mundial y más aún a nivel nacional, a pesar de existir fuentes de información extensas para realizar estudios de este tipo a fin de beneficiar a cada etnia de nuestro país. Deben existir planes de capacitación en el sector de atención primaria, secundaria y especialidades en aquellos lugares geográficos en que se concentre mayor población originaria.

Nuestros resultados según la teoría planteada pueden ser analizados mediante el modelo del sol naciente de Madelaine Leininger, ya que se observa que diferentes factores pueden intervenir en las costumbres y tradiciones que un grupo posee y su manera de relacionarse con las demás culturas. En un punto específico, nos referiremos al ámbito de cuidados de salud observados en las comunidades.

En los discursos de las mujeres de las comunidades mapuches, identificamos en su ambiente psicosocial y sanitario **factores tecnológicos** otorgados principalmente por los múltiples proyectos de los cuales se han visto beneficiados, esto tiene que ver con el acceso a agua potable, luz eléctrica y alcantarillado, la posibilidad de adquirir electrodomésticos como televisores, reproductores de DVD, equipos de música, computadores etc. A pesar de que la mantención de ellos les resulte un desembolso importante de dinero; cabe destacar si que existen familias que no tienen este poder adquisitivo tan latente y solo viven con lo indispensable. Este tema va de la mano con los **factores económicos** que se derivan de la

actividad laboral que realizan, en su mayoría ligada a la explotación de tierra o productos marinos, y de las pensiones asistenciales o de vejez que reciben del estado chileno, si bien estos dos ámbitos denotan que pueden tener un mejor acceso en ámbitos de salud, la realidad nos muestra que no son capaces de costear temas de pasajes, consultas médicas o fármacos. .

Dentro de los **factores religiosos y filosóficos** podemos encontrar la predisposición espiritual que debe existir para que el remedio que se les entregue sea funcional, este debe actuar por medio de la fe en la que entrega el remedio y en el tratamiento en si. A su vez, sienten especial adoración al abuelito Huenteo, a quien adoran y respetan todas las comunidades visitadas.

También encontramos los **factores familiares y sociales**, en el tema de salud podemos percatarnos que en la familia es donde se mantienen y se resguardan las tradiciones en este aspecto, tomando principal rol las mujeres quienes practican la medicina mapuche con sus hijos, maridos, nietos etc. A su vez se encargan de transmitir estos conocimientos con las demás integrantes de la comunidad y mantener la medicina natural.

Los **factores políticos y legales** se ven reflejados en la posibilidad de acceder a proyectos estatales que benefician su entorno laboral, medioambiental, sanitario etc. Además de los programas implementados por el gobierno partiendo del programa de salud intercultural, entregando control de niño sano, control de enfermedades crónicas cardiovascular, asistencia en salud mental entre otras, que si bien son instancias a las que los integrantes de la comunidad pueden asistir voluntariamente se destacaron ciertos discursos que establecían en estas visitas un deber más que el querer hacerlo, dando a entender la imposición de estas reglas.

En los **factores educacionales** podemos encontrar que al no existir establecimientos educacionales que refuercen la educación mapuche dentro de las comunidades, los integrantes de estas deben acceder a una educación otorgada por el sistema chileno que los

desvincula poco a poco de sus orígenes, lo que repercute en la visión de ellos al momento de solucionar sus problemas de salud en la actualidad y en el futuro.

En lo que concierne a un punto central en esta investigación que tiene que ver con los **valores culturales y modos de vida** de las mujeres integrantes de las comunidades en estudio, podemos destacar que si bien el reconocimiento está presente de que se está perdiendo en cierta medida las costumbres, las tradiciones, existe un esfuerzo de las integrantes que valoran la medicina propia de mantener y rescatar sus orígenes en temas de importancia colectiva como es la salud de la población, para ellos el gobierno ha impulsado programas de acción relacionados a proyectos que beneficien el ámbito sanitario y cultural de cada comunidad. Además de ello hay que destacar que la cercanía que poseen respecto de la medicina occidental ha aumentado en el último tiempo, debido principalmente a las visitas médicas mensuales que realizan, lo que ha provocado también un cambio de pensamiento en los integrantes de la comunidad respecto a la resolución de sus problemas de salud y decidir por cual medicina optar. Se debe destacar además la lejanía respecto de la zona urbana y sus escasas posibilidades de salir de las comunidades.

A modo de reflexión final podemos decir que los profesionales de la salud que atienden en estos sectores realizan rondas médicas a los lugares más alejados para que los habitantes de las comunidades puedan tener un mejor acceso a los servicios de salud, pero sin la infraestructura y recursos que se requieren para dar una atención óptima no es posible hacer mucho más. Un simple ejemplo ocurre en el sector de Pucatrihue donde la comunidad indígena se encuentra aislada del resto de la comuna por un río que la atraviesa, teniendo que depender de alguna persona que este dispuesta a cruzarlas en algún bote, y sin la posibilidad de una movilización vehicular que les permita en cualquier momento de urgencia tener acceso a una atención de calidad inmediata como lo requieren. Es por ello que se requiere de mayores esfuerzos por parte del gobierno en términos de viabilidad e infraestructura que disminuyan las brechas de acceso a una atención de calidad para todos.

12. REFERENCIAS

- Alarcón, A.; Vidal, A.; Neira J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, v.131: 1061-1065. Recuperado el día 20 de Julio desde el sitio http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000900014&script=sci_arttext#8
- Aukanaw (2001). *Medicina y psicología Mapuche*. Recuperado el día 19 de Julio del 2008, desde el sitio <http://www.geocities.com/aukanawel/ruka/chillka/meliad.html>
- Aylwin, J. (2002). *Informe sobre la situación de los derechos del pueblo mapuche: Programa de Derechos Indígenas*. Santiago, Chile: Ediciones Lom.
- Bacigalupo, A. (1995). *Imágenes de diversidad y consenso: la cosmovisión mapuche a través de tres machis*. Santiago, Chile: Aisthesis
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. México: International Thomson editores.
- Bello, A. (2004). *Etnicidad y ciudadanía en América latina. La acción colectiva de los pueblos indígenas*. Santiago, Chile: Libro de CEPAL
- Berry, N. (2008). Who`s Judging the quality of care? Indigenous Maya and the problem of "Not Being Attended". *Medical Anthropology*. Visitado el 08 de enero del 2009. Disponible en <http://web.ebscohost.com.webproxy.uach.cl:2048/ehost/detail?vid=3&hid=108&sid=2ca9ba4f-744c-4012-9c54-2c036c9337c7%40sessionmgr107>

- Boccara, G. (2004). Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. *Cuad. Antropol. Soc.* p.113-129 Visitado el día 12 de Enero del 2008. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2004000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1850-275X.

- Castillo, E., Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. Vol 34 n° 3.

- Citarella, L. (2000). *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago, Chile: Editorial Sudamericana.

- Covarrubias, K. (1998). Etnografía: El registro del mundo social desde la vida cotidiana (apuntes metodológicos). *Red AL y C*. pp.93.119.

- Cuche, D. (2004). *La noción de cultura en las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

- Dillehay T. (1976). *Estudios Antropológicos sobre los mapuches del Chile Sur-Central*. Temuco, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Empeaire, J. (2002). “*Los Nómades del Mar*”. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

- Fernández, G. (2004). *Salud e interculturalidad en America Latina*. España: ABYAYALA.

- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.

- Gonzalez, J. (s/f). El reconocimiento del derecho indígena en el convenio 169 de la OIT. Visitado el 10 de Octubre del 2008. disponible en <http://www.pdfdownload.org/pdf2html/pdf2html.php?url=http%3A%2F%2Finfo5.juridicas.unam.mx%2Flibros%2F1%2F91%2F8.pdf&images=yes>

- Hammersley, M., Atkinson, P. (1994). *Etnografía*. España: Paidós Ibérica.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de investigación*. México: McGraw- Hill Interamericana.

- Hidalgo, J., Schiappacasse, V., Niemeyer, H. Aldunate, C. Mege, P. (1996). *ETNOGRAFIA Sociedades Indígenas Contemporáneas y su Ideología*. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello.

- Ibacache, J. (1997). La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. Servicio. Recuperado el día 20 de Julio del 2008, desde el sitio <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>

- Instituto Nacional de Estadística (2002). Estadísticas Sociales Pueblos Indígenas en Chile Censo 2002. Recuperado el día 20 de Julio del 2008, desde http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/etnias.php

- Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing Research to transform nursing education and practice: 40 years. *Journals of Nursing Scholarship*. Volume 29, Number 4.

- Leininger, M. (1999) what is transcultural nursing and culturally copetent care. *Journal of transcultural nursing*, vol 10 disponible en <http://tcn.sagepub.com>

- Leininger, M. (2001). Founders focus: some key last challenges, *Journal of transcultural nursing* vol. 14. Disponible en <http://tcn.sagepub.com>
- Leininger, M. (2001). Current issues in using antropology in nursing education and services. *Journal of transcultural nursing*. Vol 23.
- Leininger, M. (2002) culture care theory: a major contribution to advance transcultural knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, vol. 13.
- Marileo, A. (2002). *Mundo mapuche*. Chile: Meridión Comunicaciones.
- Marriner, A. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid, España: Editorial Elsevier Mosby.
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (1993). *Ley indígena n° 19.253*. Chile. Visitado el día 17 de Octubre de 2008. Disponible en http://74.125.47.132/search?q=cache:mvBhZWNF6QIJ:www.quipu.uta.cl/masma/patri_edu/PDF/LeyIndigena.PDF+ley+indigena+19.253&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl&client=firefox-a
- Montecino, S. (1997). *Palabra dicha: escritos sobre género, identidades, mestizaje*. Universidad de Chile, Facultad de Cs. Sociales. Colección de libros electrónicos, serie: estudios. Pp. 135-140. Visitado el día 25 de septiembre desde <http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/biblioteca/docs/libros/palabra.pdf>
- Morse, J. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. España : Universidad de Alicante.
- Mujica, A., Pérez, M., González, C., Simon, J. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Revista Ciencia y Enfermería* (1): 9-16. Recuperado el día 26 de septiembre de 2008 desde

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100002&tlng=&lng=en&nrm=iso#ref14

- Municipalidad de San Juan de la Costa. (2008). Departamento de salud. Visitado el día 17 de Octubre del 2008. Disponible en www.sanjuandelacosta.cl/salud.php
- Organización De Las Naciones Unidas (s/f). Los pueblos indígenas y el sistema de las Naciones Unidas: descripción general. Visitada el día 20 de septiembre desde www.ohchr.org/Documents/Publications/GuideIPleaflet1sp.pdf
- Organización mundial de la salud. (2006). Constitución de la Organización mundial de la salud. Visitada el día 02 de Septiembre del año 2008. Disponible en http://74.125.47.132/search?q=cache:vqISkonGUJ:www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_sp.pdf+definicion+salud+OMS+constitucion+1946&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=cl&client=firefox-a
- Ortiz Contreras, V. (2004). *La etnicidad en la era de la globalización: estudio comparativo sobre la construcción de la identidad étnica en las comunidades mapuches del valle Purén- Lumaco*. Valdivia. Chile (Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado académico de Licenciado en Antropología por la Universidad Austral de Chile).
- Peiris, D., Brown, A., Cass, A. (2008). Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *Canadian Medical Association Journal* 179 (10): 985-986. Recuperada 08 enero 2009. disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2572646>
- Reckmann, A. Rosas, C. (1990). *Apuntes Modelo de necesidades humanas de Ines Astorquiza*. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile.

- Roper, N. Logan, W. Tierney, A. (1993). *Modelo de enfermería: basado en el modelo de vida*. Mexico: Interamericana.

- Rubin, A., Babbie, E. (1993). *The logic of sampling in research methods for social work*. Belmont, CA.: Wadsworth Publishing Company.

- Real academia española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Vigésima segunda edición. España: Author.

- Saavedra, A. (2002). *Los mapuches en la sociedad chilena actual*. Santiago, Chile: LOM ediciones.

- Saavedra, A. (2006). *Transformaciones de la población mapuche en el siglo XX*. Santiago, Chile: LOM ediciones.

- Scott, A. (1986). Woman and industrialisation: examining the female Marginalisation Thesis. *Juornal of development Studies*. Vol.22 n°4 80 p..

- Silva, O. (1982). *Prehistoria de America*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Estados Unidos: Holt, Rinehart and Winston.

- Stuchlik, M. (1974). *Rasgos de la sociedad mapuche contemporánea*. Chile: Editorial Universitaria.

- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. . Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.

- Torres, C., Conejeros, A.; Jelves, I. (1995). *Manual de salud para áreas rurales mapuche*. Temuco, Chile: Imprenta Austral.

- Wikberg, A. (2008). Intercultural Caring- an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 22. pp. 485-496 (12)

- Yañez, N. Aylwin, J. (2007). *El gobierno de Lagos, los pueblos indígenas y el “nuevo trato”*. Santiago, Chile: LOM ediciones.

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ He sido informada por Pía Mondaca Viveros y Daniela Pérez Ríos, tesistas de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que desarrollan un trabajo de investigación relacionado con salud intercultural y condiciones sociales de la mujer mapuche-Huilliche.

Por ello yo:

- 1.- Considero libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo de investigación, participando de la entrevista que se me realizará.
- 2.- Permito que utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que modifiquen los nombres o situaciones del texto que pudieran permitir conocer mi identidad.
3. He sido informada que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.
4. Autorizo grabar nuestra conversación para fines investigativos.

Fecha

Firma