

**Jaime Ibacache Burgos**

**Luis Morros Martel**

**Margarita Trangol Namuncura**

**Salud mental y enfoque  
socioespiritual-psico-biológico**

**Una aproximación ecológica al  
fenómeno de la salud – enfermedad  
desde los propios comuneros y  
especialistas terapéuticos mapuche de  
salud**



## **Working Paper Series 11**

### **Salud mental y enfoque socioespiritual- psico-biológico**

Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud  
– enfermedad desde los propios comuneros y  
especialistas terapéuticos mapuche de salud

#### **Jaime Ibacache Burgos**

Médico Sociocultural. Director Técnico Hospital  
Makewe. Jefe Unidad de Salud con Población  
Mapuche Servicio de Salud Araucanía Sur.

#### **Luis Morros Martel**

Psicólogo

#### **Margarita Trangol Namuncura**

Auxiliar paramédico y facilitadora intercultural  
Hospital Makewe.

**ISBN 91-89629-12-4**  
**Ñuke Mapuförlaget**

## Agradecimientos

El presente documento fue posible desarrollarlo gracias a la apertura, confianza y apoyo de diversas personas que de una u otra manera están en este, a través de sus opiniones, reflexiones y trabajo. Para ellos entonces los agradecimientos:

Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale.

Francisco Chureo Zúñiga, Director administrativo y Presidente de la Asociación Indígena a cargo de la dirección del Hospital Mapuche Makewe.

Personal que labora en el policlínico externo del Hospital Makewe.

Personal de cocina del Hospital Makewe. (las ricas sopaipillas y el buen mate)

**Longkos** de comunidades de Makewe.

Dirigentes de comunidades a cargo de las estaciones médico rural.

José Quidel, **Longko** de **Xuf Xuf**.

Especialistas de Medicina Mapuche.

Comuneros del vasto territorio **wenteche makewe**.

Personal del Hospital Makewe.

Gonzalo Bustamante, Psicólogo y profesor titular del área social comunitaria del Departamento de Psicología de la Universidad de la Frontera.

Mary Carmen de Saavedra, Psicóloga. DeD.

El equipo agradece también a los amigos y amigas con quienes hemos debatido durante largas tardes y noches comunitarias en torno al fogón. Ese lugar centrípeto del conocimiento desde donde nacen las llamas de la autonomía y la administración del propio pensamiento.

Nosotros después de esto... estamos, más sanos y más vivos.

Muchas gracias.

*Equipo de trabajo*

Makewe, Territorio Mapuche-Wenteche, Pukem 2002.

## **Introducción**

El siguiente estudio piloto da cuenta de elementos que pueden relacionarse con el concepto de Salud Mental desde los especialistas de medicina mapuche y personas con alta identidad cultural, para ser integrados en el enfoque socioespiritual-psico-biológico (Ibacache, Mc Fall y Quidel, 2001), en alusión al continuo salud – enfermedad.

Además integra la información recogida mediante la aplicación de cuestionarios a pacientes con patologías diagnosticadas desde el modelo médico oficial como Hipertensión, Diabetes, Lumbago y Problemas presentes en personas de la tercera edad (Geriatría), para conocer elementos de la cultura original que aún permanezcan en el mapa cognitivo de las personas, para explicar la causa de su enfermedad así como también detectar características de su medio social que influyen en la pérdida o mantención de la salud.

Se utilizó métodos cualitativos y formas de conversación propias de la cultura para ahondar en los temas de interés, para luego generar una discusión sobre los antecedentes recogidos y posteriormente, promover algunos lineamientos para generar propuestas de intervención basados en los factores protectores que la propia cultura posee (en términos occidentales esto alude al fenómeno de la Resiliencia) y la capacidad de autonomía (nuevamente desde el modelo occidental se relaciona con el Empoderamiento), de las personas y sus comunidades.

## Metodología

La modalidad para desarrollar el estudio, contempló realizar una *investigación participante* de tipo cualitativa.

Para esto se utilizó un Diseño exploratorio – descriptivo transversal de carácter cualitativo.

La Muestra, de casos por criterio, se conformó por 35 sujetos. Se aplicaron los cuestionarios a 30 personas consultantes del hospital y se llevó a cabo conversaciones con 3 especialistas de medicina mapuche y 2 personas con alta identidad cultural, basados en una pauta semi estructurada para tal efecto.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- 1) 8 personas consultantes del Hospital Makewe con antecedentes de lumbago.
- 2) 6 personas consultantes del Hospital Makewe con antecedentes de diabetes.
- 3) 8 personas consultantes del Hospital Makewe con antecedentes de hipertensión.
- 4) 8 personas consultantes del Hospital Makewe con problemas de tipo geriátrico.
- 5) 3 especialistas de medicina mapuche.
- 6) 2 comuneros con alta identidad cultural.

La información fue recabada a través de métodos cualitativos de investigación y de conversaciones propias de la cultura mapuche.

La utilización del *Mapuchezugun* para hacer las entrevistas se realizó solo en aquellas oportunidades en que se contó con el apoyo de la facilitadora intercultural.

Las técnicas de recolección fueron el *wewpin* o intercambio formal de opiniones entre los dialogantes, observación participante, entrevista estructurada y semiestructurada (ver criterios de inclusión y submuestras).

El instrumento utilizado incluyó la revisión de bibliografía que se consideró pertinente para el estudio en cuestión, además de la utilización de un cuestionario con respuestas abiertas, y una pauta semiestructurada para efectuar las entrevistas individuales. Se incluyó la utilización del *wewpin*.

El plan de análisis incluyó como criterios la experiencia y conocimientos considerados pertinentes desde la propia cultura y de aquellos agentes que sin pertenecer a la cultura mapuche, tiene un conocimiento que les permite identificar criterios para hacer un análisis de los contenidos. Se utilizó como criterios los conocimientos desde la medicina, preferentemente la epidemiología para generar un cuadro descriptivo que diera cuenta de los

elementos más importantes de la información obtenida, además de la reunión de modelos de salud basados en la integración de ambas culturas (*enfoque socioespiritual-psico-biológico*), junto al enfoque ecológico para interpretar los distintos niveles socioculturales.

La recolección de información se llevó a efecto a través de:

- 1) Contacto con pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y que quisieran participar en la muestra, para con posterioridad aplicar los cuestionarios a utilizar.
- 2) Conversaciones formales propias de la cultura mapuche para conocer opiniones y representaciones que poseen respecto del tema de investigación, los especialistas de medicina mapuche y comuneros con alta identidad cultural.

Por último, se debe señalar que se dio una breve reseña respecto de lo que la investigación buscaba conocer; los objetivos que perseguía y las ventajas que traería asociados para mejorar la calidad de la atención del hospital.

## Contextualización

El concepto de **Salud Mental**, trasciende el marco utilizado en la sociedad no mapuche, pues de lo que se trata aquí es de poder integrar tanto los elementos físicos y/o biológicos, con el ámbito psicológico. Esto implica aprehender la conceptualización de salud de la cultura mapuche junto a los elementos aportados desde la visión occidental, para de este modo generar conocimientos coronados en un nuevo paradigma que permita entender la integridad del ser mapuche: *el enfoque socioespiritual-psico-biológico*.

Desde esta perspectiva, el enfoque recién aludido se explica integrándolo en el *Modelo de Armonía – Desarmonía*, el cual concibe la mantención de la salud como una interdependencia entre elementos que apuntan directamente al concepto de persona en la cultura mapuche, y el contexto familiar y territorial primigenios de la persona. (Ibacache, Mc Fall y Quidel, 2001).

Es decir, lo que se pretende es poder conocer qué elementos permiten hablar de una salud adecuada, identificando aquellos elementos que ayudan o perjudican en la mantención del equilibrio del individuo. Con esta postura, se pretende superar el *Enfoque Psicosocial*, centrado fundamentalmente en el individuo y en realizar cambios en él, hacia un *Enfoque Comunitario*, que demanda la comprensión de los problemas cuya causa sería atribuida a las condiciones del contexto de la persona individual.

A continuación, se presenta las opiniones expresadas por especialistas de medicina de la cultura mapuche y algunas personas que presentan una alta identidad cultural, referente a ciertos estados mentales (emocionales y de pensamiento), identificados desde la cultura de origen (mapuche) para ver su relación con los diversos niveles en que interactúan las personas y su relación con la pérdida del equilibrio de los individuos.

Posteriormente, se hace una síntesis de los elementos manifestados por las personas a quienes se les aplicó los cuestionarios de la psicoterapia positiva para luego presentar una interpretación desde el **Modelo Ecológico** de Bronfenbrenner (1979) que permite un acercamiento a la comprensión de los fenómenos que caracterizan la situación actual de quienes padecen algún tipo de enfermedad, a partir del contexto en que se encuentran.

En forma complementaria, se utilizan algunos elementos del **Modelo de Armonía – Desarmonía** (Ibacache, Mc Fall y Quidel, 2001) para explicar los factores asociados a la pérdida de la salud.

La utilización de los cuestionarios de la Psicoterapia Positiva se debe a la pertinencia de su fundamento teórico, ya que se plantea desde el punto de vista de lo transcultural, es

decir, la persona pertenece a una cultura determinada, pero se mueve, interactúa y se relaciona en una cultura que no es la propia. Además, se la define como una técnica multidisciplinaria; el ser humano puede enfermar por aspectos económicos, sociales, étnicos y del medio ambiente. Esto implica trabajar atendiendo a estos cuatro aspectos, en estrecha relación y asesoramiento con personeros de estos ámbitos.

En el contexto original para el cual fueron creados, estos cuestionarios deben utilizarse en una situación particular, es decir atendiendo a la enfermedad por la cual se acude a consulta clínica. Una vez seleccionado el cuestionario, la información obtenida serviría para ayudar en la elaboración de un diagnóstico para dicha desarmonía y posteriormente identificar las áreas en que se debe hacer hincapié en la terapia (en nuestro contexto, las áreas en que debe llevarse a cabo una intervención comunitaria).

A través de las investigaciones transculturales, se debe elaborar un modelo de los factores que no pongan a la enfermedad en el centro de la observación, sino que la salud, es decir, todo aquello que no está desintegrado y enfermo. (Peseschkian, N., 1993).



## Resultados y comentarios

*Entrevista Especialistas de Medicina Mapuche y Personas con Alta Identidad Cultural*

N. Ñ., hombre de 70 años, *Gütamchefe* territorio *Wenteche*.

Relaciona la epilepsia con *konün* (aliento de un muerto).

Otro tipo de enfermedad es el *trafentü* ("viento malo"), en este caso, la persona presenta mareos y dolores de cabeza.

Para este especialista mapuche, cuando a las personas les hacen un mal, enferman entre otras cosas de la cabeza ("maldiciones"). Los dolores de cabeza son producto de exposición al sol y también por la debilidad al no comer.

Frente a otro tipo de enfermedades producidas como por *witrannahüe o ponono y ñakin*, se está ante la presencia de seres (espíritus de muertos, seres que viven en los pantanos), que la provocan, y donde es necesaria la intervención de un *Machi*. Además, reconoce la importancia de orar (pedir a *Genechen* o Dios) para que la persona que está expuesta a estos sucesos no enferme.

Se puede apreciar claramente la incorporación de elementos de la religión judeo-cristiana (sincretismo) en la cultura mapuche para comprender los fenómenos de enfermedad. Las figuras de Dios y los ángeles por poner un ejemplo, son incorporadas a los esquemas que explican las enfermedades junto a elementos propios de la cultura como los espíritus (que habitan en la naturaleza y en otros planos) y transgresiones.

Con relación a ciertos fenómenos asociados con estados de ánimo, comportamiento y emocionalidad (personalidad), para esta persona, el hablar de *ñam azün* no guarda relación con ninguna alteración y/o enfermedad que él conozca; señala que no se conoce en el sector donde él vive (Cerro Loncoche, sector Makewe). Sin embargo, reconoce la existencia de *püllug ñewelay* como el estado en que una persona pierde el espíritu, debido a que algún brujo (*kalkü*) hace un "trabajo" que le es encargado por otro sujeto para hacer un mal. Añade que esto demanda bastante desgaste para el brujo. Podemos relacionar entonces, este fenómeno con el *ñam azün*.

Por otro lado, reconoce el *welu zuam* como una enfermedad que puede producirse por un mal o también puede aparecer desde el nacimiento, aunque destaca que la mayoría de las

veces es por un mal. Las personas que sufren de esto, ven cosas y dicen que les hablan (pudiese homologarse a las ideas delirantes y alucinaciones). En su opinión, esto no se transmite por herencia, postura que no es similar a la de otras personas con alta identidad cultural, como es el caso del *Longko* de *Xuf Xuf* para quien este estado puede producirse por herencia, golpes o daño.

Respecto del pensamiento, cree que una persona puede enfermarse por pensar cosas que lo entristecen, y si además es una persona que está débil entonces puede llegar a enfermarse con mayor razón (síntomas de depresión). Además, cuando uno se enfurece con otra persona se produce *wez wez*. La persona está enrabada y puede agredir. Esto es así, porque la persona tiene debilidad y no controla sus emociones; debido a esto le entra un mal.

Sobre el tema de *weñagkün*, relata que cuando a alguien le pasa algo y piensa en una situación que le provoca pena y preocupación, se produce este estado. Cita como ejemplo, la muerte de un ser querido, la lejanía de un hijo o la pobreza (semejanza con depresión).

Para enfrentar todas estas anomalías, los remedios deben basarse en *lawen* y en trabajo de *Machi*.

Añade que la gente enferma más que antes porque los alimentos son artificiales. Debido a esto las personas están más débiles, comparado con los ancianos que antiguamente comían cosas naturales y vivían más.

Ante la interrogante de cómo puede enfermarse una persona, señala que es muy difícil volver al nivel de salud de antaño; cree que la salud va en un creciente deterioro. Esto porque el ritmo de vida de las personas es más acelerado lo que además va asociado a un aumento en la debilidad de las mismas, pues todo se hace sin saber esperar.

Como única solución para revertir esta situación, se debe pedir a Dios antes de que salga el sol y además no se debe pasar rabias. Plantea esto como una posibilidad para recuperar en alguna forma la calidad de vida. Por último, señala que este fenómeno de disminución o declive de la humanidad está escrito en la Biblia, todo lo cual refuerza la noción del impacto que ha tenido la introducción de la religión cristiana en la cultura mapuche.

**J. L., mujer de 64 años, con alta identidad cultural territorio *Wenteche*.**

Para esta persona *wichache* es una persona que hace maldades y no respeta a terceros. Son personas que pueden nacer así o a quienes les hacen un mal.

Además se refiere a *ñam azlū* como una persona sin carácter, característica que encontramos en el *ñam azün*.

Respecto de *wez wez*, plantea que es el estado en que las personas pueden hacer cosas que agreden o dañan a otros. Las personas que son calificadas de esta forma, son quienes no piensan en que sus conductas pueden hacer mal a otros, debido fundamentalmente a una falta de reflexión (empatía). Es un modo de comportarse que no es considerado normal sino alterado.

El *weñagkün* es un estado en que la persona está apenada, muy triste, por eventos que le han ocurrido; esto puede llevar a que la persona enferme.

**L. L., mujer de 64 años, *Machi* territorio *Wenteche*.**

Para este especialista mapuche, en la actualidad la gente es más transgresora de las normas (*wez wez*), tanto hombres como mujeres. Sobre una posible causa para esta situación, indica desconocerla, atribuyéndole a Dios que esto suceda, en términos de que solo él sabe por que las cosas son de una determinada manera.

Agrega que durante su infancia soñaba sobre cómo se iban a comportar las personas en la actualidad (*pelotün* o clarividencia), lo cual la estimula a trabajar con mucha fuerza en su rol de *Machi*. En su tratamiento utiliza el entregar consejos, preparación de hierbas, masajes y oración. Además integra en su rogativa la fe del paciente, es decir, aquello en lo que la persona cree.

En relación al pensamiento, indica que la gente puede enfermar por el tipo de pensamiento que tiene (preocupaciones, temores, etc.), pero también a través del pensamiento recuperar su salud. En su rol de sanador, ella debe aconsejar a la persona para que mejore. Relaciona esto con el *weñagkün*, frente a lo cual apoya con remedios y consejos.

**J. M., hombre de 47 años, con alta identidad cultural territorio *Wenteche*.**

Para esta persona el *weñagkün* sucede porque el individuo está mal o ha tenido problemas con algún miembro de su familia (peleas, enfermedad, distancia) o por preocupaciones que lo acongojan.

El *wez wez* es una persona que en su opinión no respeta y se comporta de un modo no aceptable para los otros. Destaca que en este caso se trata solamente de conductas fuera de lo convencional, sin que se indique la presencia de un espíritu o *weküfe* dentro de la persona.

El *pirülonko*, en cambio, es una persona que no sabe lo que hace; no reconoce sus acciones. Es un sujeto muy fuerte y agresivo. En este caso, se habla de un espíritu que ha entrado en la persona.

**B. C., mujer de 30 años, con alta identidad cultural territorio *Lafkenche*.**

Esta mujer del sector del lago Budi (territorio *lafkenche*), señala respecto del *weñagkün* que además de ser un estado de pena y sufrimiento diario, y de tener su origen en preocupaciones y/o problemas con familiares, la persona debe salir del lugar donde vive y visitar a personas a las cuales desee ver. Al parecer, este deseo o necesidad de volver a estas personas, se identifica como una forma de aminorar (aunque no de modo permanente) el *weñagkün*.

## **Acerca de los cuestionarios y enfoque socioespiritual**

En relación con aquellas personas que padecen de *Hipertensión arterial*, existen elementos comunes entre estas respecto del contexto en que viven. Todas se identifican con alguna religión, y esta juega un papel fundamental en sus vidas. Si bien solo una persona indica que la religión mapuche es igual que católica (sincretismo producto del fenómeno de aculturación), hay varios elementos indicados en la enfermedad que pueden corresponder a lo que culturalmente se entiende como parte de la etiología de la misma.

De esta forma, se hace alusión al pensamiento, penas y envidias (*Rakizuam*, *Weñanken*, *Infitun*, etc.), como causantes de la hipertensión, sin obviar la herencia como causa también. Para la gran mayoría entonces, el estilo de vida que ha caracterizado su existencia es lo que ha desencadenado la enfermedad: conflictos de tierra, falta de trabajo, envidias, entre otros, son elementos que las personas mencionan y que aún cuando corresponden a sustratos socioespirituales, los individuos en su mayoría no los relacionan abiertamente (de modo explícito) con la cultura de origen (mapuche).

Esto se aprecia en que sólo una persona consulta a *Machi* como terapia complementaria, mientras que otros utilizan yerbas medicinales lo que también da cuenta del conocimiento ancestral utilizado. Hay también algunos que recurren a sus guías religiosos y leen la Biblia para buscar en la fe la tranquilidad para afrontar la enfermedad.

Por otro lado, destaca que para la mitad de los entrevistados, la enfermedad sirve para reflexionar respecto del estilo de vida que llevan y hacia donde debe apuntar a futuro.

Respecto de los consultantes por *Lumbago*, la religión también aparece jugando un papel activo ya que todos se identifican tanto con alguna religión en particular como con la existencia de un ser superior. Al igual que en la enfermedad anterior, las personas describen elementos que aluden a lo socioespiritual para explicar la causa de su enfermedad.

Aquí aparece el sufrimiento por trabajos excesivos y desde muy temprana edad, las pérdidas de personas significativas, transgresiones, etc. Se debe agregar, que también los golpes se indican como causa del problema. A pesar que aparecen elementos culturales para explicar la dolencia, para ninguno de ellos la terapia incluye recurrir a los especialistas de medicina mapuche sino solamente a yerbas medicinales en forma complementaria a la medicina oficial.

Lo que destaca en este cuadro, es que la enfermedad genera el sentimiento de inutilidad al no poder realizar las labores diarias en forma habitual (trabajar la tierra, preocuparse de los animales, etc.). El trabajo para los mapuche es parte de la cotidianidad y

tiene la importancia del reconocimiento entre los pares; de aquí se desprende la sensación de inutilidad que expresan las personas.

Por otro lado, quienes padecen *Diabetes* también se identifican en la mayoría de los casos con una religión. Nuevamente, los elementos socioespirituales aparecen junto a la herencia y hábitos alimenticios como causa de la patología. Entre los primeros, las preocupaciones inundan los pensamientos debido a la situación de vida que las personas enfrentan, lo que ha la postre repercute en su salud (equilibrio).

Otro elemento que resalta es “la inversión” que se da entre sujetos mapuche y no mapuche respecto a creencias de la cultura originaria; esto porque los segundos, quienes han tenido un acercamiento tardío a esta, manifiestan abiertamente un respeto y credibilidad tanto a lo postulado por dicha cultura como por sus especialistas médicos.

En relación a terapias utilizadas, la mayoría complementa el uso de medicamentos con yerbas medicinales.

Al igual que en aquellos que sufren de hipertensión, las personas con diabetes creen que al padecer de esta enfermedad deben preocuparse de mejorar su forma de vida y enseñar a sus familiares para que no sufran de lo mismo.

Finalmente, aquellos que conforman la tercera edad (*Geriatría*), y que padecen alguna dolencia o enfermedad en esta etapa de su vida, también se reconocen como adscritos a una religión. La mayoría participa activamente en estas y le confieren un espacio muy importante en sus vidas. Sienten que se les toma en cuenta en base a sus experiencias de vida para orientar a los más jóvenes, siendo el espacio de las comidas donde se puede hacer esto.

Es en este grupo etáreo en donde se expresa claramente el reconocimiento y valor que se confiere a las personas trabajadoras, pues como se indicó anteriormente, este es un elemento que genera respeto y aprecio al interior de la organización sociocultural. Esto se observa en que la mayoría realiza diversas actividades la mayor parte del tiempo.

Para explicarse las causas de las enfermedades, las posturas son diversas; algunos la atribuyen a causas socioespirituales, como transgresiones (envidias) o males, y otros no creen en explicaciones que se desprendan desde la cultura de origen. Sin embargo, estos últimos confieren poder de sanación a terapeutas como *Machi*, cuestión que puede estar significando la contradicción a la que sus estructuras de pensamiento y forma de representación de mundo se ven enfrentadas al participar de dos culturas que tienen formas diversas de concebir el mundo, donde la religión puede ser el factor disruptor entre ambas culturas.

Como tratamiento a las enfermedades, se señala la utilización de medicamentos en la mayoría de los casos junto al consumo de yerbas en forma complementaria.

En directa relación con los elementos ya señalados, los especialistas de medicina mapuche y personas con alta identidad cultural, indican una serie de factores asociados a los estados psicológicos que causan disrupción en el equilibrio de las personas, los cuales también pueden integrarse en el enfoque socioespiritual.

Se mantiene la concepción de enfermedades propias de la cultura cuya etiología se liga a fenómenos como fuerzas que habitan en la naturaleza, o en otros planos de la realidad, en donde se requiere la intervención de *Machi* pero que además incorpora la figura de Dios y los actos de fe (oración), para recuperar o mantener el equilibrio en las personas. Además, se relaciona los cambios en la dieta con la pérdida de la salud.

Como forma de acercamiento a la compleja realidad en que se desenvuelven las personas de las diversas comunidades indígenas, el modelo ecológico resulta pertinente al considerar este que es necesario para estudiar el desarrollo de las competencias de los individuos, modelos y pautas de interacción, centrarse en los marcos naturales en los cuales se estructuran las transacciones entre individuos y entorno (Barker, 1973; Blocher, 1974).

Particularmente, el Modelo Socioecológico de Bronfenbrenner (1979), muestra al individuo y su medio como partes de un sistema de red, cuyas influencias son mutuas y circulares, lo cual demuestra cómo el individuo es afectado por cada nivel que pertenece al sistema (construcción de realidad), aunque no participe en forma directa de él.

Desde el modelo ecológico se pueden distinguir cuatro niveles, los cuales determinan los repertorios comportamentales de las personas. En el caso que nos ocupa, tanto el sistema de creencias como la forma en que se representa el mundo han sufrido cambios (redefinición – reestructuración), pues se ha incorporado la concepción de la cultura dominante, a través de las religiones occidentales, donde la figura de Dios juega un papel activo. A esto se agrega que el modelo actual de sociedad basado en la competencia, también ha repercutido en cambios violentos para la tradicional forma de organizar el intercambio económico entre los mapuche, lo que también ha llevado a la pérdida de equilibrio, pues al no poder jugar un rol dentro del modelo económico imperante, se dificulta el acceso a recursos y ganancias que permitan llevar una calidad de vida “acorde” a los tiempos. Todas estas características están contenidas en el nivel Macrosistémico.

Relacionado con el ámbito económico, cumple un importante rol el aspecto laboral, pues en la medida en que no existe estabilidad en el mismo, se produce un incremento de ansiedad en las personas lo que lleva a pensamientos mas bien pesimistas respecto de su actual situación, lo que también genera pérdida de equilibrio y por ende, la propensión aún mayor de que aparezca una enfermedad. A esto se agrega, que si no existen organismos de

contención que apoyen a las personas, la sensación de indefensión puede perpetuarse; de aquí la importancia de la organización de las personas en estructuras que permitan el acceso a fuentes de recursos y oportunidades mediante una identidad colectiva (asociaciones, grupos de apoyo, etc.). Lo anterior puede agruparse a nivel de Exosistema y mesosistema.

Por otro lado, la armonía en las relaciones familiares también cumple un rol central en la mantención de la salud de las personas, pues las tensiones entre familiares, vecinos y otros, a través de las transgresiones producto de la envidia (explicación cultural originaria) o por problemas de diversa índole van a repercutir con posterioridad en la pérdida de equilibrio y por ende en la aparición de una enfermedad. A esto hace referencia el nivel Microsistémico.

A nivel Individual, los distintos conceptos que aluden a estados mentales que reflejan insatisfacción tanto por fenómenos asociados a fuerzas sobrenaturales como a situaciones de la cotidianidad (contingencias), muestran que la dinámica psíquica incorpora estos elementos en su comprensión de la enfermedad (Dimensión Psicodinámica) y por ende en cómo se explican los distintos sucesos que llevan a la pérdida del equilibrio de las personas (Dimensión Cognitiva). De esta manera, el repertorio de comportamientos (Dimensión Conductual) introduce dicha dinámica, lo que se refleja en cómo se debe enfrentar la enfermedad en cuestión.

En términos de interacción esto se expresa en cómo la gente se comporta (Dimensión Interaccional) ante estas situaciones.

En alusión al modelo de Armonía – Desarmonía (Ibacache, Mc Fall y Quidel, 2001) los antecedentes expresados por los distintos actores que participaron de este estudio, pueden relacionarse con este para comprender en cierta medida lo que ocurre con las personas que viven ambas culturas. La *identidad* o *Az* como parte del *che* ha sufrido cambios que se expresan en el modo en que se comprende el mundo, pues desde el acercamiento a las religiones occidentales, paulatinamente se ha ido provocando una transformación en el modo de explicar la relación con lo otro y con uno mismo. Esto se aprecia claramente en el hecho de que algunas de las personas con quienes se trabajó no reconocen el valor – verdad que puede tener la cultura de origen para explicar ciertos sucesos, pero que, sin embargo, mantienen en su discurso algunos elementos que son propios de la cultura de sus ascendentes, como por ejemplo, el que *Machi* pueda apoyar en alguna enfermedad.

Además, los mismos especialistas de medicina mapuche han incorporado en su forma de enfrentar la pérdida de equilibrio las creencias occidentales expresadas en la religión, lo que deja de manifiesto los cambios que se han producido a nivel conceptual (representaciones psicológicas).



Siguiendo el modelo de Ibacache, Mc Fall y Quidel (2001), la distancia entre los miembros de una familia también repercuten en la pérdida del equilibrio, a lo que puede añadirse la salida de una persona del territorio al cual pertenece (*tuwün*). Este es otro elemento también constitutivo del *Az*, el cual también es señalado como parte imbrica del estado de equilibrio. Esto último porque también se relaciona como una forma de aminorar los síntomas que provocan exaltación psíquica (penas, tristeza, preocupación), regresar al lugar de pertenencia, y volver a juntarse y compartir con personas con quienes existen lazos de consanguinidad, lo cual ayudaría a recuperar el sentido “de ser” (*küpan*). Todos estos elementos integran el concepto de persona (*Az*) (Quidel, 2001).

## Conclusiones y propuesta

Puede indicarse que los objetivos presentados para este estudio pudieron alcanzarse en cierta medida. Esto porque para conocer más cabalmente elementos que puedan asociarse a estados psicológicos como parte del desequilibrio requieren de una profundización que incorpore fundamentalmente el uso de la lengua de origen para poder comprender en su contexto lo que las personas con mayor apego a la cultura puedan expresar sobre los mismos. Esto no quiere decir que los resultados no aporten elementos a la salud mental, puesto que los conceptos que han sido expuestos por los especialistas de medicina mapuche y personas con alta identidad cultural explicitan que existen al interior de la cultura, categorías para referirse a estados psicológicos que tienen una expresión en el comportamiento los cuales reflejan un modo de ser que no es el habitual o que manifiesta un estado no armónico.

En segundo lugar, los enfermos a quienes se les aplicó los cuestionarios también señalan antecedentes que expresan elementos propios de la cultura que podrían estar afectando su salud; esto reconociendo la mayor preponderancia de elementos que son fácilmente reconocibles en la cultura dominante. Por lo tanto, se puede indicar que aún se mantienen sustratos propios de la cultura (transgresiones, envidias, males, etc.) para explicar los distintos elementos que afectan su salud.

De lo anterior se puede inferir que aún cuando el fenómeno de inmersión en la cultura dominante (aculturación) ha provocado cambios sustanciales en el estilo de vida y en la manera de entender el mundo, todavía las personas mantienen en sus esquemas cognitivos conocimientos que son comparables a la cultura de origen, aún cuando no sean conscientes de esto, ya que al referirse a estos elementos no lo hacen identificándolos como propios de la cultura. Lo más destacable es el hecho, de que a pesar de esta situación, pareciera ser que existe en el inconsciente colectivo dicho patrimonio cultural.

Otro de los objetivos de este estudio buscaba conocer la presencia de factores que dieran cuenta de la **identidad cultural** (resilientes) dentro de las personas que participaron en este estudio, para determinar en algún grado si se puede incorporar este concepto al interior de las comunidades. Dicho concepto incorpora los aportes que desde la cultura occidental se circunscriben en el fenómeno de la resiliencia. Este último puede servir como base para hacer una lectura de las características a las que se debe atender pensando en mejorar el nivel de atención y en fomentar el papel activo de las personas en su salud.

La Resiliencia es entendida como la capacidad de las personas de sobreponerse y superar de manera creativa circunstancias adversas o dolorosas de la vida (Rutter, 1992). Esta implica la redefinición del trabajo comunitario hacia los recursos personales, familiares y comunitarios que se pueden poner en marcha cuando se debe enfrentar situaciones de crisis aguda y prolongada.

En el contexto de las comunidades, a partir de lo expresado por las personas, resulta primordial el apoyo que prestan los familiares para enfrentar la enfermedad de uno de sus miembros. Esto quiere decir que en la medida en que la familia se hace parte de la disfuncionalidad que sufren, es más factible que los recursos desplegados permitan una recuperación más sólida y perdurable del enfermo. Esto aún cuando la recuperación íntegra (equilibrio socioespiritual-psico-biológico) no se logre cabalmente, como en el caso de enfermedades crónicas por ejemplo.

Todo esto debe comprenderse en el contexto histórico de los comuneros, quienes han debido implementar un repertorio de respuestas para hacer frente a las necesidades de sus pares, aún cuando el escenario no haya sido el más óptimo.

En este marco, cualquier programa de prevención o intervención que el Hospital Makewe pretenda implementar debe considerar esta capacidad de los grupos, atendiendo especialmente a tres ámbitos interrelacionados:

1) *Rasgos individuales*: Esto implica la búsqueda de personas que muestren una abierta confianza y credibilidad en sí mismos para enfrentar los desafíos; que sean capaces de aportar creativamente a la búsqueda de soluciones y apoyo para recuperar la desarmonía por la atraviesa uno de los miembros de su familia (Rutter, 1985). Para tal efecto, es menester que la atención del paciente involucre a su grupo nuclear para reconocer quien (es) de los miembros posee estas características, a fin de incentivar la participación de este durante todo el proceso de atención y recuperación del enfermo; es vital entonces tener una entrevista con los familiares junto al enfermo para establecer alianzas entre el hospital y estos en el enfrentamiento de la enfermedad.

2) *Recursos familiares*: Directamente relacionado con el punto anterior, se debe apostar por los recursos que hay al interior de la familia del enfermo para apoyar su tratamiento. Esto centrándose en el clima emocional que se vive en la familia (Werner, 1993; en Walsh, 1998) pues el intercambio afectivo, y apoyo emocional refuerzan positivamente la capacidad individual para hacer frente a situaciones de estrés y ansiedad.

3) *Apoyo social*: Además de la familia o en complemento a esta, los amigos, vecinos y organizaciones (Brooks, 1994), también pueden cumplir un rol activo en el apoyo a quien está

enfermo. La importancia de recurrir a redes sociales radica en que estas pueden aportar a la recuperación sobretodo si el paciente no cuenta con miembros de su familia que puedan acompañarla en el proceso de la enfermedad y en la recuperación, o también en el caso en que la familia no cuente con los recursos (emocionales o materiales). Contar con grupos de apoyo posibilita la generación de recursos positivos que ayuden al enfermo a desarrollar una mejor adaptación a la situación que enfrenta, además de evitar la percepción de aislamiento e indefensión que pueda experimentar la familia, particularmente en el caso en que no se sienta capaz de desplegar recursos para hacer frente a la enfermedad de uno de sus miembros.

De manera complementaria y siendo coherentes con la política del Hospital Makewe de generar en la población una concientización y protagonismo en la mantención de la salud, la apuesta también debe ir orientada a que los comuneros incorporen la noción de que son ellos y no terceros quienes pueden manejar los recursos y directrices para hacer frente al continuo salud-enfermedad.

Para esto, el Hospital Makewe debe continuar generando un clima que apueste a la participación y toma de decisiones compartida respecto del tema salud. Es decir, una reformulación en las relaciones de poder en comparación al tipo de intercambio promovido desde el Estado. Dicha transformación alude directamente a la **Autonomía** de los comuneros y sus organizaciones. Nuevamente, puede sernos útil apoyarnos en el concepto de Empoderamiento (Rappaport, 1984; en Martínez, 1998) de las personas y grupos sociales. Este se relaciona con cambios en las relaciones de poder en favor de aquellos que con anterioridad tenían escasa autoridad sobre sus propias vidas. Esto implica control (Batliwala, 1993) sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales, financieros y el de su propio ser), y control sobre la ideología (creencias, valores y actitudes).

Para ser sustentable, el proceso de Autonomía (empoderamiento) debe modificar tanto la autopercepción de las personas como el control sobre sus vidas y sobre sus ambientes materiales. Por ende, la labor del hospital debe orientarse a fortalecer dicho proceso generando canales de comunicación activos mediante el intercambio permanente con las comunidades; esto a través de sus dirigentes quienes serían los portavoces de las demandas y necesidades de las personas a quienes representan. Toda vez que se quiera diseminar un rol activo entre las personas para asumir con responsabilidad su salud, se debe apoyar la relativa autonomía de estos otorgándoles autoridad para elegir los modos en que desean emplear los recursos para fortalecer su bienestar.

Por ende, el hospital en conjunto con las organizaciones comunitarias tiene el deber de generar metodologías participativas que potencien la generación de espacios para que las

personas construyan confianza y autoestima que les permitan ser actores activos en la creación de programas para su salud.

Para tal efecto se proponen tres ejes de acción:

1) *Descentralización*: Apoyar el manejo de decisiones y recursos de las organizaciones de base de las comunidades en forma autónoma con un ente contralor que apoye y oriente las decisiones adoptadas. Este debe estar integrado por personas que cuenten con la credibilidad y apoyo de todos los sectores involucrados (hospital, comunidades, etc.).

2) *Participación*: Tanto el manejo de los recursos como las decisiones que las organizaciones de las comunidades promuevan, deben contemplar la participación de todos los comuneros en la formulación de estrategias y políticas de desarrollo. Esto implica que no basta con la autonomía de los dirigentes para adoptar modelos de acción, sino que debe existir un involucramiento de todos y todas quienes están siendo representados. En forma anexa a los dirigentes, debe existir un representante de las comunidades que participe en las reuniones que se celebren con las otras instancias (hospital, municipios, etc.), para velar por la legitimidad de las propuestas adoptadas.

3) *Contextualización particular*: Un elemento central que debe ser incorporado alude al fortalecimiento cultural de las comunidades. Esto quiere decir que todas las propuestas y metodologías que se utilicen, deben contemplar el uso de la experiencia y conocimientos ancestrales para desarrollar políticas de salud, pues no se trata de sólo apoyar la autonomía, ya que hay aquí un bagaje socio cultural e histórico que posee elementos de peso para enfrentar el tema de la salud-enfermedad.

De esta forma, la opinión de personas con alta identidad cultural y especialistas de medicina mapuche, debe estar incorporada en todo el proceso de modo que se perpetúe el saber originario en los espacios que sea pertinente.

Retomando los antecedentes expresados por quienes participaron de este estudio, la pertinencia de fortalecer el pensamiento mapuche de la salud ( Complementariedad), debe ser contemplado en el modelo de salud promovido por el Hospital Makewe. Las personas en su gran mayoría recurren a estas formas alternativas de terapia, independientemente de su reconocimiento y aceptación de la cultura originaria, lo que da cuenta de la permanencia de este conocimiento entre ellos.

Por tal motivo, y como medio para fortalecer la medicina y cultura mapuche, se debe hacer hincapié en incorporar en el programa de atención, la prevención y tratamiento en base a las fortalezas y propiedades de la medicina tradicional y popular en forma paralela con la

medicina occidental, con objeto de ir generando una cultura salubre entre las comunidades que reposicione el valor de esta entre las personas.

Además, contar con un programa de prevención y promoción en salud, debiese integrar el apoyo directo de los especialistas de medicina mapuche, para que las personas pudiesen conocer los modos de enfrentamiento para diversas enfermedades desde la perspectiva de estos a fin de acceder a formas alternativas y complementarias para entender la causa de la pérdida de su salud.

Otro elemento que debe contemplar un programa de prevención e intervención, es el papel protagónico que juega la religión en la vida de las comunidades, por ende, el acercamiento con autoridades religiosas (pastores, curas, etc.) para apoyar la promoción en salud también tiene que ser parte del conjunto de actores que participen en el desarrollo de comportamientos que favorezcan la mantención del equilibrio entre las personas y su medio.

Finalmente, a partir de los resultados, sería provechoso desarrollar líneas de investigación sobre como personas ajenas a la cultura mapuche (no mapuche) se introducen en esta y comienzan a utilizar medicinas (*lawen, machi*) que no son propias de la cultura de origen. Pudiese comprobarse que el fenómeno de apertura a medicinas alternativas que se está dando masivamente en la cultura de occidente, también tiene sus repercusiones en este plano.

## Bibliografía

- Barker, R. G. (1973). Wanted: An eco-behavioral science. En: E.P. Willems y L.P. Raush (dirs). *Naturalistic viewpoints in psychological research*. Holt, Rinehart & Winston. Nueva York.
- Batliwala, S. (1993). Empowerment of Women in South Asia: Concepts and Practices (second draft). Asian-South Pacific Bureau of Adult Education.
- Blocher, D. H. (1974). Toward an ecology of student development. *Personnel and Guidance Journal* 52. (360-365b).
- Bronfenbrenner, U. (1979). El modelo ecológico. En: Luque, O. y Agües. *Intervención psicosocial en servicios sociales* (1988). Editorial Llibres.
- Brooks, R.B. (1994). “Children at risk: fostering resilience and hope”. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 64, págs. 545-553.
- Ibacache, J.; M<sup>c</sup> Fall, S.; Quidel, J. (2001). RUME KAGENMEW TA AZ MAPU. Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale. Documento publicado en internet : <http://galeon.com/mapuexpress/publicaciones/ibacache.htm>
- Martínez, M. (1998). Psicología comunitaria e intervención en comunidades. En: Krause, M. y Jaramillo, A. *Intervenciones psicológico comunitarias en Santiago de Chile*. Edit. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Peseschkian, N. (1993). Psychosomatik und Positive Psychotherapie. Edit. Fischer. Frankfurt, Alemania.
- Quidel, J. (2001). Cosmovisión mapuche y etiología mapuche de la salud. En.; Ibacache, J.; Chureo: F, M<sup>c</sup> Fall, S.; Quidel, J. *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile*. Serie Salud de los Pueblos Indigenas, N°16. Division de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS-OMS, Washington D.C. Noviembre 2001.
- Rutter, M. (1985). “Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder”. *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, págs. 598-611.
- Rutter, M.(1992). “Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span”. Penguin Books. Gran Bretaña.
- Walsh, F. (1998). El concepto de Resiliencia Familiar: crisis y desafío. *Revista Sistemas Familiares*. Año 14, N°1, Marzo. Argentina.

## **Publication Working Paper Series**

Nordbø, Ingeborg (2001) The Destiny of the BiobíoRiver. Hydro Development at Any Cost  
Working Paper Series 1 Ñuke Mapuförlaget . ISBN 91-89629-00-0

Ibacache Burgos, Jaime, Sara McFall, José Quidel (2002) Rume Kagenmew Ta Az Mapu, Epidemiología de la Trásgresión en Makewe-Pelale  
Working Paper Series 2 Ñuke Mapuförlaget . ISBN 91-89629-01-9

Tamagnini, Marcela.(2002) Cartas de Frontera. Los documentos del conflicto interétnico  
Working Paper Series 3 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-02-7

Loncon Antileo Elisa El Mapudungun y Derechos Lingüísticos del Pueblo Mapuche.  
Working Paper Series 4 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-04-3

Ibacache Burgos Jaime, Margarita Trangol, Lilian Díaz, Claudia Orellana, Carlos Labraña (2002) Modelo de Atención en Salud Integral Rural Complementaria. Experiencia sectores de Colpanao y Rañintuleufu  
Working Paper Series 5 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-05-1

Ancán Jara José, Calfío Montalva Margarita (2002) Retorno al País Mapuche: Reflexiones sobre una utopía por construir.  
Working Paper Series 6 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-06-X

Unidad de Salud con Población Mapuche. Servicio de Salud Araucanía Sur. Equipo Mapuche de Cogestión en Salud (2002) Propuesta para una Política de Salud en Territorios Mapuche.  
Working Paper Series 7 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-08-6

Unidad de Salud con Población Mapuche. Servicio de Salud Araucanía Sur. Equipo Mapuche de Cogestión en Salud (2002) Relaciones Familiares en el Mundo Mapuche ¿Armonía o Desequilibrio?  
Working Paper Series 8 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-09-4

Barrenechea Vergara Paulina (2002) Usos y mecanismos literarios en el discurso mapuche: Desde los "antiguos" a la nueva poesía.  
Working Paper Series 9 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-07-8

Centro Cultural Indígena. Area Femenina (2002) Mujer Mapuche: Emigración y Discriminación.  
Working Paper Series 10 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-11-6

Ibacache Burgos Jaime, Luis Morros Martel, Margarita Trangol (2002) Salud mental y enfoque socioespiritual-psico-biológico. Una aproximación



ecológica al fenómeno de la salud – enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud.  
Working Paper Series 11 Ñuke Mapuförlaget ISBN 91-89629-12-4

### **Serie Relatos - Testimonios**

Loncon Antileo, Ricardo (2002) Rupape Maw, Que pase la lluvia.  
Serie Relatos - Testimonios 1 Ñuke Mapuförlaget . ISBN 91-89629-10-8

