



PUEBLOS ORIGINARIOS Y DISCAPACIDAD

Producto 1: PEWENCHE DEL ALTO BÍO-BÍO

**Unidad de Estudios
FONADIS**

-Septiembre 2008 -

A la memoria de don Segundo Pavián

ÍNDICE

PRIMERA PARTE	07
1. INTRODUCCION	07
2. ANTECEDENTES	11
2.1. Sobre el marco de comprensión de la discapacidad	11
Modelo operativo de la CIF	13
2.2. Acerca de este estudio	14
2.3. Sobre el modelo de salud pewenche	15
2.4. Acerca de los pewenche	18
2.5. Caracterización del área de estudio actual	20
2.5.1. Características de la comunidad de Callaqui	21
2.5.2. Características de la comunidad de Cauñicu	22
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	23
3.1. Objetivos de la investigación	23
3.2. Recolección de datos y antecedentes	24
3.3. Mapa conceptual, analítico y de referencia	27

SEGUNDA PARTE

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	33
1. DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES	34
1.1. Orígenes	34
1.1.1. Origen “dado”	34
1.1.2. Origen “agenciado”	38
1.1.3. Origen <i>winka</i>	40
1.1.4. Origen “natural”	42
1.2. Sobre el estado ideal de la persona: el concepto de “salud” entre los Pewenche	45
1.3. Acerca del actual concepto pewenche de enfermedad	49
1.4. ¿Existe un concepto propiamente pewenche referido a la discapacidad?	51
1.5. Enfermedad y sociabilidad: una aproximación general a las actitudes sociales pewenche	54
2. ETIOLOGÍA	60
2.1. Causas naturales	61
2.1.1. Enfermedades “genéticas” o “hereditarias”	62
2.1.2. Enfermedades “naturales”	64
2.2. Enfermedades culturales	67
2.2.1. Enfermedades por quiebre de las distancias sociales extrahumanas	69
2.2.2. Enfermedades por quiebres entre los hombres	77

3. PRÁCTICAS DE SANACIÓN O TERAPIA DE SALUD	83
3.1. Modelo occidental alópata	84
3.2. Modelo médico mapuche-pewenche	86
3.3. Modelo médico mapuche-pewenche y discapacidad	91
Distinción y especialización de roles	92
Métodos de diagnóstico	99
3.4 Otras creencias religiosas	101
4. LA INTEGRACIÓN Y LA INVERSIÓN DE LO COLONIAL O WINKA	104
4.1. La inversión de lo colonial en la discapacidad	104
4.2. Mecanismos de Integración de las personas que presentan déficit físico y o mentales	110
4.3 Voluntad personal a la integración	113
4.4 Auto-percepción de estatus (enfermedad o limitación)	117
4.5 Autonomía relativa de los sujetos	120
5. LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LOS PEWENCHE	124
5.1 Actitud de inclusión de la comunidad y la familia	127
5.2 La apertura de roles en la familia y la comunidad	132
Rol de la familia y la comunidad	132
La escuela y la iglesia	135
5.3 La ayuda o colaboración directa al discapacitado	137
5.4.1 La ayuda o colaboración desde lo <i>winka</i> o extra comunitario	140

6. PRESENCIA CHILENA Y CAMBIOS EN LA DIETA ALIMENTARIA DE LA POBLACIÓN PEWENCHE	144
6.1 La dieta y sus transformaciones	145
6.1.2 Las nuevas enfermedades y los sistemas de salud	147
6.1. 3 Las pérdidas: recursos biológicos y la espiritualidad	149
7. CONCLUSIONES	157
BIBLIOGRAFÍA	164
ANEXOS	167
APARTADO: “SALUD INTERCULTURAL: REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS DEL SERVICIO DE SALUD DE BIO BIO”	177

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

En Chile no hay un conocimiento sistematizado sobre la situación en que se encuentran las comunidades indígenas respecto de las personas que presentan discapacidades y el cómo estas discapacidades se constituyen, dentro de ciertos contextos sociales y físicos, en factores excluyentes para el desarrollo integral de la población indígena que la presenta.

El documento que a continuación se presenta, sintetiza la información recolectada en la investigación etnográfica “Pueblos y discapacidad. Pewenche de Alto Bío-Bío”, ejecutada como parte del acuerdo de colaboración celebrado entre el Fondo Nacional de la Discapacidad y el Programa Orígenes, y está en plena sintonía con los propósitos de operacionalizar la política indígena del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. Se trata de generar conocimientos que contribuyan a una mayor conciencia social acerca del tema indígena, pero sobre todo se trata de “superar la visión tradicional sobre la que se ha asentado la política indígena, solo en la relación de los pueblos indígenas con el Estado, para actuar sobre la mirada que nuestra sociedad tiene de si misma y de este modo reconocer el aporte, la diversidad y el valor de las culturas indígenas”¹. Esta perspectiva debe ayudar a que la institucionalidad pública y privada asuma en su normativa y actividad permanente las políticas de nuevo trato hacia los pueblos originarios.

Se estableció territorio de Alto Bío-Bío como el lugar más apropiado para llevar a cabo esta investigación debido al importante grado de desarrollo por parte del Servicio de Salud Bío-Bío de un modelo de salud intercultural. Este modelo apunta no sólo a contar con intervenciones que posean pertinencia cultural, sino que logren grados crecientes de complementariedad de los sistemas médicos, con un reconocimiento explícito de la validez terapéutica de las prácticas de salud ancestrales. Este reconocimiento ha llevado a la integración de estas prácticas a las redes formales de salud en la zona. De otra parte, se han desarrollado importantes investigaciones y sistematizaciones en este territorio en materias de

¹ Instructivo Presidencial que implementa iniciativas de Re-conocer: Pacto Social por la Multiculturalidad. 25 de junio del 2008.

salud indígena, lo que otorga un cuerpo conceptual y empírico suficientes como para adelantar una nueva investigación y nuevas hipótesis, en este caso respecto de un tema que no había sido abordado aún; el modelo de salud y las prácticas ancestrales en el tratamiento de la discapacidad, objeto de este estudio. Uno de los estudios más relevantes en materias de salud intercultural en el Alto Bío-Bío es el “Estudio de sistematización en terreno de las experiencias de salud intercultural en el área de Desarrollo Indígena de Alto Bío-Bío”, bajo la dirección del sistematizador Ziley Mora Penron.

La investigación desarrollada por FONADIS en el mes de mayo en dos comunidades de la comuna de Alto Bío-Bío, contó con el apoyo del equipo de Salud Intercultural del Departamento de Participación Ciudadana y Gestión de Calidad al Usuario del Servicio de Salud Bío-Bío. Tal colaboración consistió en apoyo para:

- Definir las localidades en las cuales desarrollar el estudio.
- Buscar y convocar los dos facilitadores y coordinadores de campo de cada una de las localidades.
- Instalar en terreno a los dos investigadores de FONADIS y brindar apoyo logístico en traslados y difusión del estudio en medio de e equipos locales de salud y facilitadores interculturales.

Tan importante como lo anterior fue iniciar conceptual y epistemológico un diálogo sobre los modelos culturales de salud y sobre la experiencia intercultural del Servicio de Salud en el Alto Bío-Bío, así como recibir un intercambio de opiniones y aportes sobre los instrumentos de recolección propios de la investigación.

El presente informe se encuentra dividido en dos secciones. En una primera sección se exponen una serie de antecedentes, tanto conceptuales referentes a la discapacidad, como bibliográficos con respecto a los pewenche y al área donde se desarrolló el estudio. Además se exponen los objetivos de esta investigación, centrados principalmente en la afinidad o desencuentro entre el modelo cultural de salud pewenche sobre la discapacidad y lo que al respecto plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS. Se exponen, además, algunos aspectos metodológicos esenciales en base a los cuales se desarrolló la investigación. Por último, en esta sección se expone el mapa cultural de la cosmovisión

pewenche, en tanto sustento de su modelo cultural de salud, y contenido esencial de las categorías que estructuran conceptual y metodológicamente este estudio; material sin el cual se dificulta la lectura de este documento.

En el primer capítulo de esta sección se realiza una exposición general sobre la mayor parte de los temas presentes en este informe, y cuyo propósito es dar una visión de conjunto al inicio de la exposición, de modo de orientar y hacer más comprensible su lectura. Se trata de una suerte de introducción a las nociones relacionadas con discapacidad entre los pewenche. En el capítulo dos se abordan en profundidad los aspectos relativos a la etiología; las causas y/u origen de las patologías, y la vinculación entre el concepto de enfermedad y el de discapacidad. El tercer capítulo se centra en las racionalidades de acción pewenche sobre las enfermedades y/o discapacidades, en su clasificación, desde un punto de vista externo, y en su lógica interna, tomando en consideración el marco cognitivo sobre el cual se estructuran.

En los capítulos cuatro y cinco se efectúa una exposición vinculada con los aspectos centrales de la CIF, en directa relación con los objetivos centrales de este estudio: se abordan los elementos que inciden en que las deficiencias que presentan todos los sujetos se vuelvan o no discapacitantes. Por un lado tenemos la capacidad y voluntad personal de *integración* de los individuos, a un nivel individual y subjetivo; y, en un nivel colectivo o social, las estructuras de inclusión o exclusión que pueden generar los contextos donde se desenvuelven las enfermedades. En el capítulo sexto se trata de un aspecto que es abordado de diferentes maneras a lo largo de todo este informe, relacionado fundamentalmente con los aspectos *winka*: es decir, la introducción de elementos no mapuche, y la reflexión que los pewenche realizan sobre esta situación. Finalmente se exponen las conclusiones provisorias a las que permite llegar esta investigación, y algunas apreciaciones que resultan pertinentes desde la experiencia desarrollada en campo.

Esta investigación contó con un equipo formado por Fernando Contreras, sociólogo y jefe del proyecto, Eladio Recabarren, terapeuta ocupacional, encargados ambos de la elaboración general del plan de investigación y del plan detallado de actividades, así como de la revisión y supervisión del Informe Final; por la profesora de Historia y Geografía, magíster en Educación Intercultural Bilingüe, Ana Ancapi, y el antropólogo Marcelo González, quienes llevaron a la investigación que aporta los antecedentes sustanciales de este documento, así

2. ANTECEDENTES

2.1. Sobre el marco de comprensión de la discapacidad

La discapacidad en Chile ha sido abordada principalmente en términos de prevalencia, tipos y grados de déficit funcional y/o estructural de las personas, sin adentrarse en los factores culturales y subjetivos que rodean y componen el tema discapacidad y, por ende, sin considerar mayormente la diversidad y particularidades que es posible encontrar al tener presente los distintos grupos existentes al interior de nuestro país. Esta distinción, desde un punto de vista cultural, implica asumir que hay diversas visiones o cosmovisiones respecto de qué entender por la tríada salud/ enfermedad/ discapacidad, lo que también puede influir en los resultados estadísticos que han medido el tema.

Se suma a lo anterior, el hecho de que las diversas fuentes de datos dan resultados distintos, tanto respecto del tema discapacidad, como en relación a la población indígena del país, pues a veces tienen modos distintos de conceptualizar y, por ende, de medir ambas realidades y sus interrelaciones. Se observan algunas diferencias significativas entre los valores entregados por los distintos instrumentos que han pretendido medir esta variable. Así, por ejemplo, el Censo de 2002 considera la existencia de un segmento de población equivalente al 2,2% del total nacional (334.377 personas) que presenta algún tipo de discapacidad, mientras que la encuesta CASEN 2006 identifica a un 6,6% de la población en la misma situación. Un salto enorme con respecto a estos datos lo constituye la encuesta aplicada por el MINSAL el año 2006, sobre calidad de vida y salud, donde un 44% de la población señala estar afectado por alguna dificultad en el desempeño de sus actividades cotidianas.

En directa relación con la gran diferencia que se observa entre este último dato y los antes mencionados, encontramos el nuevo paradigma elaborado por la Organización Mundial de la Salud sobre la Discapacidad, y que ha sido sistematizado bajo la denominación de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Esta clasificación pretende “reflejar la situación real del funcionamiento humano en la que el funcionamiento y la discapacidad son vistos como consecuencia de la interacción entre la condición de salud de la persona y su entorno físico y social”³.

La nueva conceptualización de la CIF asume la discapacidad como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

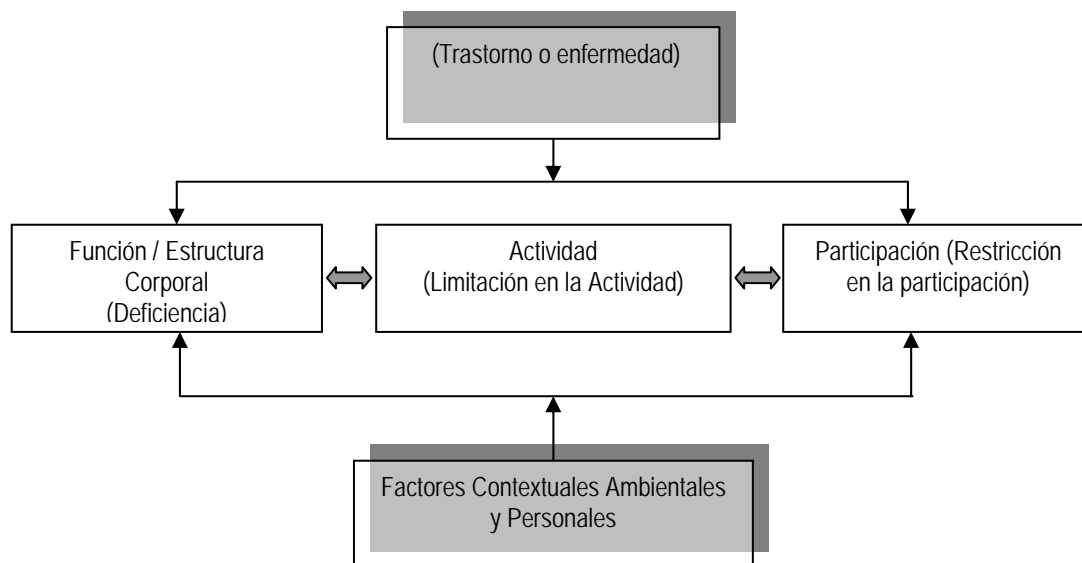
- a) “Deficiencias de función y deficiencias de estructura”, antes simplemente deficiencias.
- b) “Limitaciones en las actividades”, antes discapacidades
- c) “Restricciones a la participación”, antes minusvalía

En esta nueva conceptualización, el concepto de *funcionamiento* se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación. Por ende, hablar de Discapacidad obliga a considerar el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

El paradigma utilizado en la CIF considera, por tanto, la discapacidad como el resultado negativo de la interacción de las personas de un determinado estado o “condición de salud”, con su entorno físico y su contexto social y actitudinal. De acuerdo con esta definición, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de Salud y los Factores Contextuales (Factores Ambientales y Personales).

Ver Modelo Operativo de la CIF en el diagrama siguiente.

³ Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. ENDISC – CIF. Chile 2004.



El nuevo paradigma presenta un enorme desafío para las políticas públicas: abre la posibilidad de generar una suerte de “reforma” tanto a nivel social como individual, poniendo en evidencia la amplia diversidad que constituye a Chile como nación.

La CIF, al distinguir entre Funcionamiento y discapacidad, de una parte, y Factores contextuales, de otra, hace hincapié en el hecho fundamental de que la discapacidad no se encuentra en las deficiencias estructurales o funcionales que puedan presentar los individuos, sino que en los factores de contexto (creencias y prácticas sociales) que son los que, en definitiva, discapacitan a los individuos con cierto estado de salud (déficit estructural y/o funcional), al limitar su actividad y restringir su participación en cierto dominios vitales de vida: laboral, educacional, cultura y recreación, ciudadanía, acceso a la información, desplazamientos y acceso a espacios físicos, etc.- Así, al situar la determinación final de la limitante o discapacidad, no en las personas sino que en el contexto social y físico, lo que hace la CIF es absolver al sujeto y trasladar a la sociedad la responsabilidad por incluir o discriminar a los individuos diferentes.⁴

⁴ Lo que podría generarse a partir de CIF es, idealmente y en palabras de Neruda, que tengamos conciencia de que efectivamente “cabemos todos en la tierra mía”.

El contexto social se ve determinado culturalmente, al entorpecer o facilitar la inclusión de los sujetos que, según sea el caso, desean y procuran o no integrarse. En tal sentido, el medio social, o factores contextuales según la nomenclatura CIF, no es pasivo; opera como un sistema dinámico dotado de voluntad propia (esquemas colectivos de observación e interpretación y racionalidades comunes de acción) que tanto pueden acoger como discriminar a los individuos diferentes.

Luego, se hace relevante escudriñar los factores que determinan o influyen la configuración cultural del medio social en donde están y se (des)envuelven los individuos que presentan discapacidad. De lo que se trata aquí, es iniciar la exploración de discursos, nociones y cogniciones derivadas de alguna raíz cultural específica, en este caso, pewenche, de configuración socio-cultural del medio, o contexto que discapacita o incorpora a su dinámica a las personas con déficit. En suma, comprender lo que piensa o cree la gente, para actuar de modo culturalmente pertinente.

2.2. Acerca de este estudio

La orientación general de este estudio es la exploración de los aspectos culturales de los pueblos indígenas de Chile, para describir el mundo ideacional y práctico que ellos poseen con respecto a la discapacidad (en el entendido que esta orientación no se agota en un solo estudio, ni en el estudio de un solo pueblo, pewenche, en este caso).

Uno de los asuntos centrales que origina esta orientación es sopesar hasta qué punto el modelo CIF cumple su pretensión de ser aplicable universalmente y, en segundo lugar, intentar aplicar este modelo para comprender y comparar lo que podría ser una postura desde la “objetividad” (CIF) sobre la situación de la discapacidad entre los pueblos indígenas, y las concepciones que tienen ellos del problema, a partir de sus propios y específicos marcos culturales.

Este propósito es particularmente válido, pues según el CENSO 2002 sólo un 3% de la población indígena aparece como “discapacitada”, cifra que dista mucho de la registrada por el MINSAL durante el año 2002, en donde el 21,7% de la población señala estar afectado por alguna deficiencia restrictiva para sus actividades cotidianas, obviando en esa ocasión distinciones étnicas no realizadas de manera explícita por la encuesta.

Además, hay que considerar la creciente preocupación gubernamental por incorporar a los pueblos indígenas dentro de políticas sociales de mayor amplitud, lo que requiere que todos los aspectos de la vida, y de la calidad de ésta, sean considerados.

Como ya se ha mencionado, la relevancia de este estudio y su carácter exploratorio, se deben a que el grupo investigador no encontró dentro de la profusa literatura existente, trabajos que abordaran la discapacidad desde las concepciones culturales de ningún grupo étnico dentro de nuestro país. Esto ha redundado en que las políticas sociales que se desarrollan con respecto a la discapacidad sean a veces aplicadas de modo uniforme, sin considerar de modo suficiente las diferencias que presenta la realidad nacional, y, en consecuencia, resulten inadecuadas al medio sociocultural sobre el cual intentan operar.

2.3. Sobre el modelo de salud pewenche

La cultura pewenche⁵ comparte y posee muchos elementos de lo que se conoce genéricamente como cultura mapuche, pero que también presenta distinciones. Por ejemplo, asume que la persona, el individuo, está inserta en un cosmos compuesto por distintos planos, cada uno de los cuales es habitado por diferentes clases de seres; si el hombre desea una existencia normal, redimida de lo extraordinario, debe lograr mantener una coexistencia equilibrada y pacífica con los distintos seres que habitan los diversos niveles del mundo pewenche. Sin embargo, ésta no es una tarea sencilla, pues es posible que determinadas acciones provoquen una situación de inestabilidad en los vínculos entre los seres, generando, por ejemplo, alteraciones en el estado ideal de salud de la persona.

De acuerdo a Carbonell (2002)⁶, hay cierto tipo de enfermedades derivadas del desequilibrio provocado, que pueden ser catalogadas como “endógenas”, en tanto encuentran su origen dentro del mismo sujeto. En términos sencillos, se trata del asentamiento de una energía o

⁵ A lo largo de este informe se emplearán los términos pewenche y mapuche indistintamente para referirse a las poblaciones entre las cuales se realizó, y que participaron en, este estudio. Esto se hace con la venia de los informantes de esta investigación, quienes se consideran a sí mismos mapuche, y sólo parecen emplear el término pewenche para diferenciarse contextualmente del resto de la población mapuche que habita en la Araucanía.

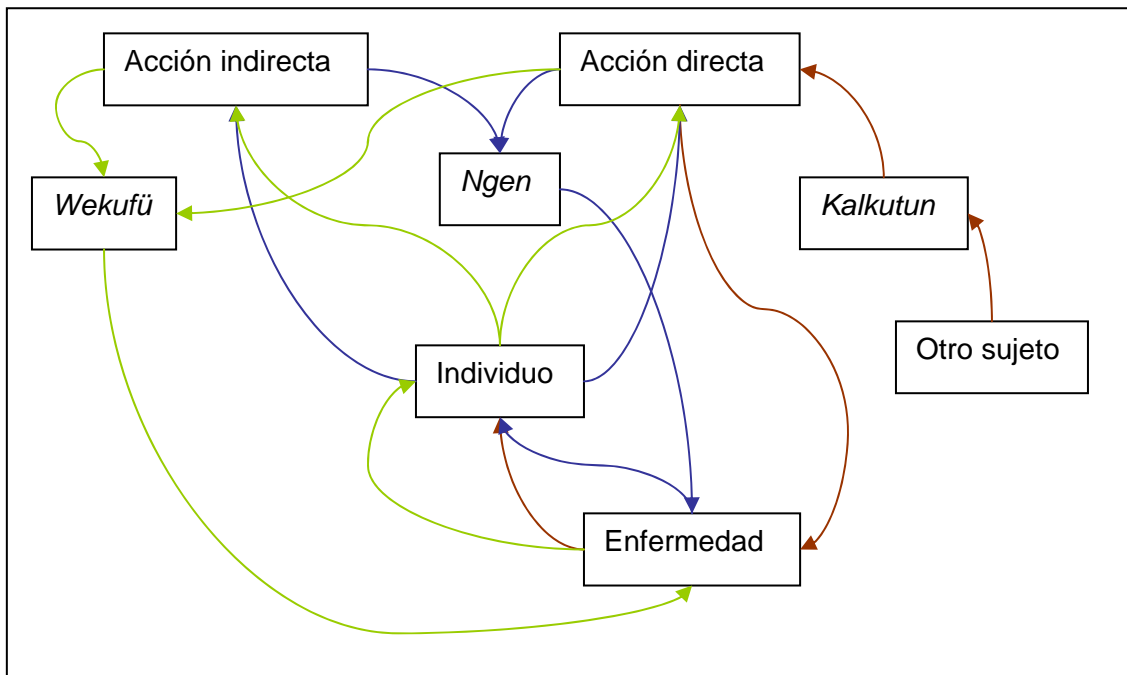
⁶ Ver Beatriz Carbonell: “Chamanismo Mapuche, Medicina y Poder, sus formas de vínculo social”. Universidad Fasta- Patagonia. Argentina. 2002.

espíritu negativo (*weküfü*) en el sujeto que quebrantó la estabilidad de las relaciones con sus propias acciones.

Asimismo, es posible distinguir otro tipo de enfermedades: las relacionadas con acciones exteriores al sujeto, que tienen que ver con ejecuciones de terceros que afectan a un individuo determinado. Entre estas están las enfermedades generadas por la brujería (*kalkutun*), o por punición (castigo) divina o desatada por los dueños de los elementos de la naturaleza (*ngen*). En el contexto de esta investigación, a este tipo de enfermedad se les denominará como lo “agenciado”, en tanto depende de las acciones de los sujetos; estas acciones pueden provenir de los mismos individuos que resultarán enfermos, o de terceros (personas o entidades sobrenaturales) que ocasionan enfermedades o disrupciones en el equilibrio de otro.

Lo señalado se puede observar esquemáticamente en el siguiente diagrama:

Fig. 1: Diagrama base de comprensión de enfermedades “agenciadas”



De otra parte, distinguimos bajo la óptica mapuche, otro tipo distinto de enfermedades que en este estudio son catalogadas como lo “dado”. Estas enfermedades se relacionan con dolencias que están más allá de la agencia (voluntad y acción) de los individuos, y por tanto, pueden perfectamente ser catalogadas como inmutables, y frente a las cuales la actitud más obvia y recurrente es la resignación o la fatalidad. Entre estas enfermedades podrían estar las “naturales”, que en la bibliografía aparecen comúnmente como enfermedades *winka* (o *winka kutran*),⁷ y las enfermedades con las que viene el individuo al momento del alumbramiento, cuya proveniencia, posiblemente, es atribuida a la herencia o ascendencia (*küpalme*).

Bajo éstas y otras orientaciones, y en base a una revisión bibliográfica, se elaboró un marco referencial ideal sobre lo que podría ser -a nivel teórico- un modelo de salud pewenche, donde se distinguen 2 categorías amplias:

1. Modelo cultural de salud donde se incluye la cosmología.
2. Prácticas terapéuticas que derivan del modelo cultural de salud.

Dentro de la primera categoría surgen dos ejes: el primero basado en lo sagrado, e integrado por las entidades que habitan el espacio cósmico (seres); y el segundo, basado en las acciones rituales que tienen como objeto la mantención del equilibrio en la esfera de lo sagrado, y entre dicha esfera y la esfera de los humanos. Estas categorías se construyeron en torno a los modelos teóricos de Citarella (2001) y Grebe (1972), entre otros autores, quienes describen la religiosidad, creencias y acciones de las comunidades mapuche en vinculación con los aspectos mágicos-religiosos de su cultura.

Para finalizar este breve apartado de antecedentes bibliográficos⁸, resulta necesario además, considerar que en la cultura mapuche se hace una distinción entre los agentes de salud, de acuerdo a sus competencias y según el tipo general de enfermedad que presentan

⁷ Véase, por ejemplo, Díaz et al. 2004.

⁸ Ver en detalle algunos aspectos de la cosmovisión pewenche en el punto 3.3. y en Mapa conceptual, analítico y de referencia

las personas. Entre estos agentes se encuentran a la *machi*, quien cumple un papel de mediadora entre el mundo de los hombres y el de los espíritus, lo que a la vez la sitúa simbólicamente en el medio de una dualidad omnipresente en la cosmología mapuche, representada por la permanente tensión e inestable equilibrio entre dos fuerzas: el bien y el mal. Como señala Carbonell: “la machi encarna la doble posibilidad de instalarse en el bien o en el mal, puede dar vida y también ocasionar la muerte” (2002). La *machi*, como agente, se encarga principalmente de las disrupciones patológicas relacionadas con la esfera de lo que podría ser denominada como espiritual.

Por otra parte, hay agentes que aunque no tienen la misma relación con lo espiritual, pueden de igual forma ser catalogadas dentro de la dualidad que caracteriza a la *machi*. Estos personajes no son otros que las médicas. Es necesario precisar que en Alto Bio Bío desde hace varias décadas no hay *machi*, lo que hace que las médicas o *lawentuncheve* (hierbateras/os) se sitúen como los personajes centrales de la medicina tradicional, ocupando un rol en apariencias primordial en lo referente a la sanación y el tratamiento de las enfermedades.

Es posible adelantar como primera aproximación de este estudio, dentro del carácter general de este capítulo, que el concepto de discapacidad ha sido introducido desde el modelo de salud occidental alópata, y que en el lenguaje pewenche no existe un término para hacer referencia específica a ella. Tomando esto en consideración, la discapacidad es vista como una “*kutran*” o enfermedad producida por factores dentro y fuera del sujeto (equilibrio/desequilibrio). Por lo tanto, dentro de la cosmovisión mapuche-pewenche las enfermedades debieran ser producidas, tanto como efectos de acciones humanas, como por factores de agencia sobrenatural, ubicados más allá de las posibilidades de los hombres. Luego, el tratamiento de las enfermedades depende de la causa y de su caracterización (diagnóstico), que se conoce acudiendo donde el médico (o practicante) de la posta o a un agente de salud pewenche, como por ejemplo, la *lawentuncheve* o médica.

2.4. Acerca de los pewenche

En una primera etapa se consideró iniciar un estudio exploratorio en comunidades representantes del pueblo pewenche, ubicadas específicamente en la comuna de Alto Bio Bío, provincia de Bio Bío, Octava Región. Las poblaciones conocidas en la actualidad como

pewenche, que habitan las zonas cordilleranas de la Araucanía entre Alto Bio Bío y Lonquimay, provienen culturalmente del contacto prolongado con grupos mapuche del llano, y que posteriormente pasaron a la vertiente de sotavento andino en lo que se conoció como proceso de “Araucanización de las Pampas”.⁹ De hecho, “los pehuenches jugaban un papel principal en el contacto con las pampas argentinas, puesto que controlaban los pasos de una parte a otra del territorio” (Bengoa 2000:96). Tradicionalmente han tenido un sistema productivo particular, basado en una ganadería de pequeña escala y en un patrón de asentamiento estacional, el que, como parte de sus adaptaciones climáticas singulares, los diferencia en mayor medida del resto de las poblaciones mapuche del sur de Chile. Otro factor relevante en la diferenciación tiene que ver con la utilización y recolección extensiva del piñón o *pewen* de la araucaria, fruto de importancia central en la dieta pewenche, incluso en la actualidad.

Históricamente, los grupos conocidos como pewenche (termino empleado inicialmente como deíctico en mapudungun), habrían sido cazadores nómades, con trayectos trashumantes bien delimitados entre ambas vertientes andinas. Por su situación geográfica, los contactos que se manifestaron entre estos grupos y los hispano-criollos durante la época colonial fueron más bien menores, aunque desarrollaron, en cambio, fructíferos vínculos con poblaciones mapuche y aónikenk.

En el año 1852 el Alto Bio Bío, como “territorio indígena”, pasa a formar parte de la, en ese entonces, recientemente creada provincia de Arauco. Este sería el primer paso, como en muchas partes de la Araucanía, para la ocupación del territorio mapuche por parte de los nuevos Estados nacionales, que después desarrollarían las campañas militares denominadas como “Pacificación de la Araucanía” en Chile, y su símil argentina, la “Conquista del desierto”. Al mismo tiempo que sucedía esto, en diversas áreas tradicionalmente ocupadas por poblaciones originarias, se desarrollaba la constitución de

⁹ No hay claridad total al respecto. Algunos sostienen que los pewenche eran grupos que fueron conquistados por los mapuche, y que posteriormente estos grupos conquistadores habrían pasado a llamarse con el nombre de los derrotados (Villalobos 1989), mientras otros sostienen que su contacto fue más bien pacífico e interétnico transcultural (Bengoa 2000, 2004). Sobre el proceso de Araucanización de las Pampas, como se conoció a la ocupación territorial con fines ganaderos del actual sur argentino, realizada por los mapuches entre el siglo XVII y el XIX, véase Bengoa 2000.

extensos latifundios a partir de compras de terrenos llevadas a cabo por distintos especuladores de tierras.

A principios del siglo XX comienza a operar en la zona de Alto Bio Bío, mucho después que en el resto de la Araucanía, la Comisión Radicadora de Indígenas, encontrando gran oposición por parte de los terratenientes que ya habitaban la zona. Los pewenche, en tanto “ante la amenaza latente de perder la totalidad de sus tierras, recurren a la comisión como un medio de asegurar una porción, aunque mínima, sobre las tierras de uso económico” (Bengoa 2004:493). Los títulos de merced en la zona se entregan de manera tardía, hasta el año 1920, y comprenden, dadas las características del terreno y la forma de producción pewenche, un promedio de tierras mucho mayor al que presenta el resto de las reducciones de la Araucanía. La tenencia comunitaria de las tierras se mantuvo en todo el Alto Bio Bío, hasta la entrada en vigencia del decreto ley N°2.568, que puso fin, a fines de la década del '70, al sistema reduccional.

2.5. Caracterización del área de estudio actual

La comuna de Alto Bio Bío, creada el año 2004, cuenta con una población estimada en 7.027 habitantes, distribuidos en Villa Ralco, centro administrativo de la comuna, y las 11 comunidades indígenas que la componen (Pitril, Cauñicú, Callaqui, El Avellano, Quepuca Ralco, Ralco Lepoy, Malla Malla, Huallalí, El Barco, Butalelbún y Trapa Trapa).

Históricamente el pueblo pewenche de Alto Bio Bío ha estado asociado a la identidad mapuche, distinguiéndose de éste, en general, por algunos patrones de adaptación al espacio físico, que hacen surgir un modo específico de producción, sin parangón en otras zonas de la Araucanía. Antes de formar parte de la comuna de Alto Bio Bío, este sector pertenecía administrativamente a la Ilustre Municipalidad de Santa Bárbara.

Las comunidades indígenas comprendidas dentro de la comuna de Alto Bio Bío se encuentran en un aislamiento geográfico relativo. El desplazamiento hacia y desde las comunidades se realiza a través de un medio de locomoción colectiva que cuenta con una salida y llegada diaria de lunes a viernes. Las comunidades se encuentran ubicadas en dos valles encajonados: el del río Queuco y el del río Bio Bío.

En este estudio fueron consideradas dos comunidades entre todas las que conforman Alto Bio Bío. La selección de las mismas fue mediada por el consejo del Servicio Salud Bio Bío, fundamentalmente debido a la accesibilidad que presentan (considerando las características del invierno en el sector), y la buena acogida que el mismo Servicio ha tenido en ambas comunidades. Éstas fueron Cauñicú, ubicada junto al río Queuco, y Callaqui, situada junto al Bio Bío, luego de su confluencia con el Queuco. La primera comunidad se encuentra ubicada a aproximadamente 30 km. al noreste de Ralco, mientras que la segunda sólo a un par de kilómetros al poniente del mismo poblado. En ambas existen agentes de salud pewenches vigentes, o con algún grado de reconocimiento por parte de los miembros de la comunidad, en función de la credibilidad con que cuentan dentro o fuera del territorio.

2.5.1. Características de la comunidad de Callaqui

Esta comunidad, ubicada en las cercanías de Ralco, cuenta con una posta y una escuela municipal. Es atravesada por la carretera que comunica a Ralco con Santa Bárbara, la que se encuentra completamente asfaltada. Fue considerada en segundo lugar para la investigación, debido a la mayor facilidad de acceso que presenta en comparación con Cauñicu. Callaqui cuenta con un *lonko*, y una organización comunitaria constituida de acuerdo a la ley N°19.253 (presidente, secretario, tesorero, etc.) aparte de éste, la que ha sufrido varios cambios en este último periodo.

En relación con la salud tradicional, aún es posible encontrar agentes como el componedor de huesos y *lawentuncheve* o médicas. Por su situación geográfica, Callaqui ha estado más tiempo relacionada con los colonos que se asentaron en la zona durante diferentes períodos, por lo que la adopción de patrones culturales externos, tanto materiales como culturales, entre ellos es más evidente que en el resto de las comunidades de Alto Bio Bío. Sin embargo, aún subsisten elementos importantes que permiten una adscripción étnica sin dobles lecturas posibles, como la fuerte predominancia de la lengua (*chedungun*), hablada principalmente por los adultos.

2.5.2. Características de la comunidad de Cauñicú

Esta comunidad, ubicada al interior del Valle del Queuco, ocupa geográficamente todos los pisos de la cuenca, desde la ribera del río hasta las altas cumbres que lo rodean. La población de Cauñicu presenta un patrón de asentamiento con alto grado de dispersión, y al momento de la realización del trabajo de campo, se sumó a la dificultad de acceso originada por las condiciones geográficas del lugar, el hecho de que muchos sujetos no se encontraban en sus hogares, debido a la extensión de la “veranada”¹⁰, dada una excepcional prolongación de la estación seca.

Culturalmente se observa en la comunidad la presencia de una serie de figuras tradicionales, al igual que en Callaqui (*lawentuncheve*, *kimche*, *lonko*, entre otros). Cabe destacar también, que existe un empleo cotidiano del *chedungun*, sobre todo entre la población adulta. Si bien se observa una fuerte presencia de instituciones religiosas occidentales (fundamentalmente protestantes y católicas), estas tienden a adaptarse a la religiosidad propia a los pewenche, constituyéndose el *nguillatun*, rito principal de su religión, en un eje aglutinante, de la misma forma en que ocurre en el resto de las comunidades de Alto Bio Bío.

Infraestructuralmente, Cauñicu cuenta con una posta rural y una escuela particular perteneciente a la fundación San José Obrero, manejada hasta hace algunos años por un grupo de religiosas. El camino que conduce a la comunidad, así como al resto de las comunidades del cajón del Queuco, sólo está enripiado, y con cierta frecuencia se ve interrumpido durante el invierno, debido a las fuertes lluvias y nevadas que afectan a la zona.

¹⁰ Los pewenche aún presentan en gran medida un patrón de asentamiento estacional, en las altas cumbres durante la estación seca, aprovechando la abundancia de pastizales que presentan estos sectores durante el verano, y en sectores más resguardados de las agrestes condiciones climáticas que presenta su hábitat durante el invierno.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Objetivos de la investigación

Como ya se ha expuesto, la presente investigación tiene como finalidad generar un acercamiento a las concepciones que tienen los Pewenche de Alto Bio Bío con respecto a la discapacidad. A fin de constatar esta realidad se construyeron dos objetivos generales:

1. Conocer hasta donde el modelo cultural de salud pewenche considera, significa y comparte los esquemas de observación e interpretación de la CIF relativos a: limitación estructural y déficit funcional; entornos físicos discapacitantes; prácticas y criterios sociales discriminantes y excluyentes.
2. Conocer hasta donde las prácticas terapéuticas pewenche consideran, significan y comparten culturalmente las propuestas de acción o racionalidades de la CIF relativas a prevención/detección, rehabilitación, sanación; autonomía/dependencia; participación, integración, inclusión social; derechos.

A objeto de pesquisar estos objetivos generales se desglosan los siguientes objetivos específicos:

- 1) Explorar y describir los sentidos comunes o conciencia colectiva pewenche respecto de un modelo cultural de salud; o, más a fondo, el cuerpo de ideas, creencias y valores compartidos respecto de armonía y desequilibrio (naturaleza-hombres-mundo extrahumano) y su vinculación natural y religiosa con el trinomio salud/enfermedad/discapacidad.
- 2) Explorar y describir los esquemas de observación e interpretación o “saberes de salud”; los consensos cognitivos de sanadores tradicionales (*machis*, médicas, componedores, etc.) y cuidadores/as de las personas que presentan discapacidad.
- 3) Indagar en las prácticas terapéuticas pewenche y describir las racionalidades típicas de acción o patrones básicos de conducta que están en la base de las experiencias individuales de atención de sanadores tradicionales y de cuidadores/as con las personas que presentan discapacidad.

- 4) Conocer y describir las representaciones de realidad, significaciones y valoraciones que las personas le otorgan a sus discapacidades a partir de la auto percepción de sus situaciones de salud.

3.2. Recolección de datos y antecedentes

Para alcanzar la consecución de estos objetivos específicos se consideraron, en la etapa de diseño de investigación, tres técnicas de recolección de datos: grupos focales (obj. esp. 1, 2 y 3), grupos de discusión (obj. esp. 1, 2 y 3) y entrevistas en profundidad (obj. esp. 4).¹¹ Al inicio se había considerado la observación directa de campo, pero se descartó en vistas a las dificultades de acceso y traslado al interior de las comunidades, a la escasez de tiempo para efectuarla de manera correcta, metodológicamente hablando, y a las características sociales de las “comunidades” pewenche, que sólo emergen como tales realmente en contextos específicos, como por ejemplo, durante la realización del *nguillatun*.

El trabajo en terreno para la recolección de la información utilizada para este documento final se desarrolló durante el mes de mayo del año 2008, considerando dos campañas, enfocadas respectivamente en las comunidades indígenas de Cauñicu y Callaqui. En ambas comunidades se planteó, a nivel proyectivo, la realización de un grupo focal con la participación de distintos agentes de salud (médicas o *lawentucheve*, parteras, componedores de huesos, santiguadoras, etc.), y la de un grupo de discusión con las autoridades etiquetadas como “culturales” y/o políticas (*lonko*, *weupin*, *werken*, presidente de comunidad, etc). Con respecto a los grupos focales, se concretó la realización efectiva solamente de uno, desarrollado en la comunidad de Callaqui. En la comunidad de Cauñicu resultó imposible por problemas de coordinación e inasistencia de los invitados. En este caso, su trunca realización se reemplazó por 2 entrevistas en profundidad a parejas emparentadas de especialistas indígenas. En el caso de los grupos de discusión, no se pudieron realizar como era esperado en ninguna de las dos comunidades, debido a la inexistencia de muchos sujetos en el estatus deseado (por ejemplo de *weupin* o *werken*), debido, además, al fallecimiento de un importante miembro de la comunidad de Cauñicu el día antes de la realización del grupo de discusión, y fundamentalmente por la inasistencia de los invitados a las reuniones fijadas. En su reemplazo se determinó, en circunstancias de campo, efectuar entrevistas en profundidad a los *lonkos* de ambas comunidades

¹¹ Ver pautas en anexos 1, 2, 3.

consideradas en el estudio. El detalle de la aplicación de estos instrumentos se desglosa en la siguiente tabla.

Tabla 1: aplicación de grupos focales y grupos de discusión.

Comun.	Inst. proyectado	Inst. aplicado	Participantes	Fecha
Cauñicu	G. focal	Entrevista prof.	- <i>Lawentucheve</i>) - <i>kimche</i>	Sábado 3 de mayo
		Entrevista prof.	-Santiguadora- partera	Lunes 5 de mayo
	G. discusión	Entrevista prof.	- Autoridad cultural local	Miércoles 14 de mayo
Callaqui	G. focal	G. focal	- <i>Lawentuncheve</i> - Partera) - <i>Santiguadora</i> - <i>Kimche</i>	Domingo 18 de mayo
	G. discusión	Entrevista prof.	- Autoridad cultural local	Sábado 17 de mayo

Además de estas actividades, desde un comienzo se planteó la realización de 3 entrevistas en profundidad por comunidad a sujetos con algún tipo de discapacidad (sensorial, física o mental respectivamente), a fin de poder discernir los discursos que articulan ellos mismos en función de su condición, los niveles de inclusión que perciben tiene la comunidad para con ellos, y la voluntad de integración que tienen como individuos. En la comunidad de Cauñicu finalmente se realizaron 4 entrevistas de este tipo, mientras en Callaqui 5, a objeto de poder contar con un mayor material discursivo, para aumentar los niveles de representatividad del universo de estudio. El desglose de las mismas se encuentra en la siguiente tabla.

Tabla 2: entrevistas en profundidad realizadas a personas con discapacidad.

Com.	Fecha	Entrevistado	Observaciones
Cauñicu	Jueves 1 de mayo	- Cuidadora (más de 80 años)	Cuidadora (esposa) de José Paine, 79 años, ciego, sordo y postrado
	Domingo 4 de mayo	- Hijos de persona sorda	Persona sorda de 67 años
	Domingo 4 de mayo	Señora de 67 años, problemas de desplazamiento	Interviene en la entrevista también su hijo
	Lunes 5 de mayo	- Cuidador	Hermano de persona de 38 años, déficit mental
Callaqui	Viernes 16 de mayo	- Cuidadora	Cuidadora (madre) de niño, 12 años, labio leporino y problemas de lenguaje
	Sábado 17 de mayo	- Personase de 88 años, ciego, sordera avanzada, problemas de movilidad	Interviene también su hija
	Sábado 17 de mayo	- Cuidadora	Cuidadora de niño de 5 años, Síndrome de Down
	Domingo 18 de mayo	- Cuidadores	Madre y hermano de joven de 28 años, déficit mental
	Domingo 18 de mayo	- Malformación congénita	<i>Lawentuncheve</i>

Las entrevistas y reuniones fueron coordinadas por don Pedro Aguilera, para la comunidad de Cauñicu, y doña Nicsia Alegría en la comunidad de Callaqui. Para las actividades más relevantes (tabla 1) se contó con el apoyo del terapeuta ocupacional Mario Vallejos, quien se encargó de los aspectos logísticos. Estas reuniones se desarrollaron en los hogares de alguno de los participantes, mientras que las entrevistas en profundidad (tabla 2) fueron siempre efectuadas en los hogares de los informantes.

El análisis de la información se realizó en las oficinas centrales de FONADIS, tomando en consideración el discurso y la recurrencia de los indicadores sugeridos para cada una de las variables consideradas.

3.3. Mapa conceptual, analítico y de referencia

En el capítulo anterior se expuso de modo genérico el marco conceptual en que se fundamenta este estudio, incluido una visión sucinta del modelo cultural de salud pewenche. En este punto se vuelve sobre aquel modelo de salud, pero contextualizado en el marco más general de la cultura o cosmovisión pewenche, aunque de modo esquemático y sucinto, de modo de profundizar en sus ejes principales, sobre los cuales se volverá una y otra vez durante todo el curso de este documento.

Mapa cultural de análisis

					(Mediador humano y extrahumano)		
MODELO CULTURAL DE SALUD	Normatividad	Lo Sagrado (orden-armonía-equilibrio)	<ul style="list-style-type: none"> - Ngenechen (dueño de los hombres) - Ngen (seres tutelares) - Weküfü (y sus formas) - Kupalme 		Machi (rewe)	Lo agenciado	
					Kalku (reni)	Lo dado	
	Esquema de Observación	Ritual (mantenimiento/restablecimiento del equilibrio)	Ceremonias: <ul style="list-style-type: none"> - Nguillatun - Machitun - Wetripantú - Lakutun 	Espacios Ceremoniales: <ul style="list-style-type: none"> - Rewe - Nguillatuwe - Casa machi (rewe-ruka) 			
Esquema interpretativo		<ul style="list-style-type: none"> - Katankawin-Katanpilu (nivel familiar, comunitario, comunitario ampliado). - Lillipun 					
PRACTICAS TERAPÉUTICAS	Consensos cognitivos	Lo sagrado		Sistema diagnóstico	Etiología	Terapia	Sanadores
	Racionalidad de acción	Lo ritual	Práctica especializada	<ul style="list-style-type: none"> - Augurio - Peuma (sueños) - Perimontun - Humor - Otros (animales) - Alópatas 	<ul style="list-style-type: none"> - Agenciado - Dado - Winka (kutran) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lawen - N/aplica - Alópata - Machitun - Componedor 	<ul style="list-style-type: none"> - Machi - Medicas - Lawentuncheve - Componedor - Santiguador - Partera - Peumantufe - Cuidadores?
			Práctica casera	<ul style="list-style-type: none"> - Augurio - Peuma - Perimontun 	<ul style="list-style-type: none"> - Agenciado - Dado - Winka 	<ul style="list-style-type: none"> - Lawen - N/aplica 	<ul style="list-style-type: none"> - todos? - cuidadores?

En principio se distinguen dos grandes categorías: una relativa al modelo cultural de salud pewenche, incluyendo en él la cosmología y marco cultural asociado, y en segundo término las prácticas terapéuticas que derivan de él. Con respecto a la primera categoría (modelo cultural de salud) se distinguen tres ejes analíticos superpuestos, relacionados con la vida

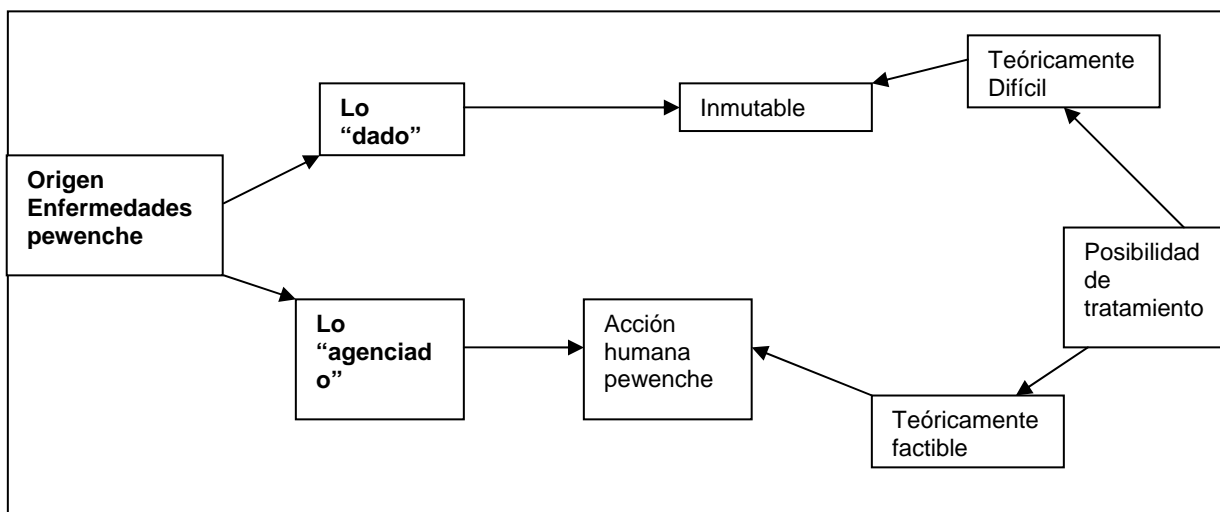
cotidiana de los sujetos y el lugar desde donde comprenden los sucesos que les ocurren en ella.

A continuación se derivan dos ejes desde el modelo cultural de salud, íntimamente relacionados en la cosmología pewenche, y referidos a un orden ideal, esperable, sólo modificable a partir de la voluntad humana (categorizado como “lo sagrado”), y un eje ritual, cuya funcionalidad radica en la mantención del equilibrio deseado del orden anterior y/o restablecerlo cuando se halla quebrantado. Posteriormente se resume el orden ideal pewenche (“lo sagrado”), donde se pueden encontrar los siguientes seres: *Ngenchen* (ser principal, creador, analogizable hasta cierto punto en la visión pewenche más sincrética, al Dios cristiano), los *ngen* (seres tutelares, “dueños” de los fenómenos y elementos naturales), *weküfüo* *weküfe* (ser o seres malignos).

Además de lo señalado, se incluye en este cuadro lo que pertenece al orden, pero está más allá de la agencia humana. En otros términos, lo que los individuos no pueden modificar aún cuando lo deseen. En el caso pewenche, y mapuche en general, esto dice relación con los elementos que son entregados, por así decirlo, “genéticamente”, por formar parte de una familia, por filiación o descendencia, elementos englobados en la categoría “*küpalme*”. En esta misma línea, se distinguen los agentes más comunes relacionados con el quebrantamiento o restablecimiento del orden, consignados bajo la categoría mediadores. Esto son las(os) *machi*, agentes que para los mapuche en general presentan una conceptualización dual (cariz positivo, en la reafirmación o restablecimiento del “orden sagrado”; o cariz negativo, en el rompimiento del mismo), y los *kalku*, traducibles por el término castellano a “brujos” (en el cuadro o esquema de análisis, se consignan entre paréntesis, sus lugares de acción).

Por último, en este eje se consigna una doble categoría que se presupone central para la comprensión de las enfermedades naturales, o propiamente pewenche, distinguiendo lo dado de lo agenciado. La primera se refiere a lo inmutable, lo que el individuo no puede modificar, y que, es posible, en su origen carece de intervención humana. La categoría de lo agenciado se refiere a las patologías o desordenes que tienen en su origen una clara intervención humana, y que, es posible, puedan ser modificadas a partir de acciones del mismo orden. Se puede clarificar lo señalado con el siguiente esquema:

Fig.2 Esquema interpretativo



En la segunda línea del modelo cultural de salud, referida al ritual y a su función en relación con el orden ideal, se distinguen algunas ceremonias, entre muchas posibles, relacionadas tanto con el restablecimiento como con la reafirmación del orden "sagrado". Entre ellas *el nguillatun* (ritual de agradecimiento-rogativa por el bien del *lof*-comunidad); el *machitun* (ritual de sanación espiritual, ejecutado por la (el) machi); *wetripantü* ("año nuevo mapuche"); *lakutun* (ritual de "transmisión de sustancia", entre hombres de generaciones alternadas de una misma familia); *katankawin* o *katanpilu* (iniciación femenina); y el *llillipun* o *llillipun* (conexión individual con *Ngenechen*). En su mayor parte, estos rituales se vinculan al orden de lo agenciado. Sólo el *lakutun* y el *katankawin*, se propone, siempre a priori, que estén relacionados con lo dado (aunque es muy posible que permanezcan como rituales subsidentes, es decir, que no se realizan aunque se mantienen en la memoria de las comunidades). Finalmente se distinguen distintos espacios y/o elementos relacionados con la realización misma del ritual.

Dentro del segundo eje mayor, esto es sobre las prácticas terapéuticas, se distinguen dos ejes analíticos. En primer término los consensos cognitivos sobre las racionalidades de acción médica, considerando la extensión de los acuerdos y, por exclusión, la extensión de los disensos (si es que existen). Dentro de este eje se asume la categoría "lo sagrado" como un eje rector donde se enmarcan los conocimientos catalogables como "relativos a la salud",

comprendiéndolos por distintas etapas interrelacionadas: diagnóstico, etiología y terapias asociadas, además de la distinción por agente de salud y experticia específica (práctica definitoria de rol).

Como segundo eje analítico, dentro de las prácticas terapéuticas, este estudio considera la esfera de lo ritual, relacionada directamente con los consensos cognitivos, y referida concretamente a las acciones enmarcadas dentro de un contexto cultural específico. Luego se distinguen dos tipos de prácticas esperables: las realizadas por sujetos especializados, que poseen conocimientos específicos debido a diversas causas (*küpalme*, aprendizaje), y las realizadas por la gente en general, aprendidas simplemente por socialización (prácticas caseras).

Entre los sistemas de diagnóstico, separados por tipo de práctica, se encuentran, hipotéticamente: los augurios, la interpretación de sueños y/o *perimontun* (visiones), los “exámenes” de orina (realizados por medicas u otros especialistas pewenche), otros métodos (visualización en animales, por ejemplo), y mecanismos alópatas. En la columna etiología esta investigación distingue las causas esperables de las enfermedades de acuerdo a la cosmología mapuche (en espera de la declaración de los informantes se considera su posible ampliación).

En cuanto a las terapias, se consideran las patologías que pudiesen no tener terapia (no aplica), las que se pueden tratar mediante *lawen* (“remedio”), por *machitun*, por componedores de huesos, o que requieren de medicina alópata, entre otras posibles. Finalmente, entre los especialistas se podrían encontrar: machi (agente médico-religioso), medicas o *lawentunchefe* (agentes médicos), componedores de huesos, santiguadores, parteras, lectores de sueños (consignados como *peumantufe*) y posiblemente cuidadores (aunque es posible que culturalmente este rol no tenga significación especial).

Teniendo esto en consideración, se elaboró para este estudio una tabla analítica que considera tanto los aspectos biomédicos como los de contexto y participación social (siguiendo los lineamientos del CIF). Esta se expone a continuación:

Tabla 3 Categorías de análisis

Deficiencia estructural y función	Etiología	Sanación	Integración	inclusión
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué se entiende por ello entre los pwenche? - Origen-causa (diversas, entre ellas alimentación) - Diversidad de aproximación (se asume la posible existencia de un discurso no unívoco) - Enfermedad - Salud - Desequilibrado mental - Exclusión social (dado el énfasis de CIF en este punto, se pueden considerar como deficiencias algunos ejes centrales, que, creemos, dificultan una mirada positiva hacia la integración, subjetivamente, y una negatividad a nivel inclusivo. Por ejemplo: sujetos hablantes sólo de chedungun, sujetos sin “derechos” de residencia [tuwün] en la comunidad, analfabetos; alcoholismo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Causa de enfermedad y/o limitación (se especifica la consideración de que entre los pwenche es posible que ambas sean entendidas de manera distinta). Se propone una clasificación cultural de distintas enfermedades, entre las que se cuentan causas genéticas o familiares (küpalmé), enfermedades pwenche (desequilibrio, de acuerdo a la bibliografía), enfermedades externas (winka) 	<ul style="list-style-type: none"> Manera de proceder. Se distinguen analíticamente diferentes terapias posibles de acuerdo al tipo de enfermedad (origen) y/o limitación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntad personal - Auto percepción de status (enfermedad y/o limitación) - Autonomía relativa de los sujetos (percepción personal y externa) - dependencia (percepción personal y externa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud de la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> a) enfermo b) sujetos limitados - apertura de roles y/o redefinición de tareas (se considera la posibilidad de que los sujetos adapten sus roles de acuerdo a sus limitaciones, manteniendo así su “utilidad” comunitaria) - Consideración (percepción de enfermos y/o limitados; modos de inclusión en la vida social, política y económica de la comunidad y/o unidad doméstica). - Ayuda (colaboración interna, individual, familiar, comunitaria)

SEGUNDA PARTE

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se exponen los principales hallazgos de la investigación desarrollada en Alto Bio Bio. Estos resultados serán ordenados narrativamente de acuerdo a las macro categorías de análisis definidas a nivel proyectivo. En primer lugar se desarrolla un capítulo de síntesis de los hallazgos, haciendo especial referencia a la comprensión que la gente pewenche tiene de ciertas categorías del modelo de salud pública: deficiencias estructurales y funcionales de las personas, sus orígenes (etiología, y la relación que se genera entre aquellas deficiencias, y la noción de enfermedad propia a la cultura pewenche, entendiendo las enfermedades como una corrupción del estado de “salud”, que aparece, como se verá más adelante, casi al nivel de un ideal utópico, como un estado donde se carece de todo tipo de patología: el estado saludable o de buena salud (ver más adelante el punto “1.2. Sobre el estado ideal de la persona: el concepto de “salud” entre los pewenche”).

.En un segundo capítulo se hace referencia a la etiología de las enfermedades en general, y a las limitaciones estructurales y funcionales en particular, desde la perspectiva pewenche. Luego, en tercer término, este informe se aboca a poner en evidencia las racionalidades de acción posibles de acuerdo al origen que los pewenche atribuyen a las distintas patologías, haciendo emerger una distinción que está implícita en sus más profundas reflexiones: medicina *winka* v/s medicina mapuche.

En los capítulos cuarto y quinto se tratan, respectivamente, dos elementos centrales considerados por la CIF: la integración y la inclusión social. La integración está referida a las voluntades y actitudes que manifiestan los individuos con alguna deficiencia estructural y/o funcional, respecto a su entorno familiar y social y a su predisposición a participar e integrarse al mismo. La inclusión alude al sistema o factores contextuales dentro del cual están los individuos; factores que, tal como se ha señalado con anterioridad, no son pasivos y que, más allá de la agencia del individuo, promueven la inclusión o la exclusión de los sujetos que presentan limitaciones. Por último se presenta un capítulo que incluye el análisis de una variable central para la comprensión de la sociedad pewenche. Se trata de la consideración en su seno de elementos alógenos, o simplemente *winkas*. Para finalizar se exponen las conclusiones y recomendaciones que se derivan de la realización de este estudio.

1. DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

En este capítulo se intentan abordar objetivos diversos. En primer lugar, se tratará de sintetizar los temas centrales de este estudio, exponiendo sus contenidos principales a fin de enunciar los ejes epistemológicos que estructuran este trabajo y que debieran ser mantenidos en la mente del lector como las grandes líneas orientadoras de esta investigación; contenidos centrales que serán desarrollados de modo extenso y con mayor detalle en los capítulos posteriores. El centro de este capítulo se ubica en las concepciones que generan o que tienen los pewenche sobre las distintas deficiencias estructurales y funcionales que conocen o a las que se enfrentan, desde su particular marco cultural. Por lo tanto, las temáticas que trata este capítulo son obligadamente de carácter genérico y orientador de la lectura: se refiere el origen de las deficiencias, pasando por las relaciones entre las deficiencias y las enfermedades, hasta la idea o conceptos de los pewenche con respecto a este último concepto.

Este acápite se inicia con una referencia a los orígenes que los pewenche asocian a las deficiencias, para posteriormente abordar la problemática que supone la díada salud-enfermedad, desde una mirada o punto de observación que se hace a partir de un marco cultural distinto al acostumbrado, y finalmente, se hace referencia a un elemento que resulta clave para comprender la generalidad de la reflexión pewenche: el papel central que tiene la sociabilidad, tanto real como potencial.

1.1. Orígenes

1.1.1. Origen “dado”

Los orígenes que los pewenche atribuyen a las diferentes enfermedades, y también a las deficiencias estructurales y funcionales con las que se relacionan cotidiana y extraordinariamente, pueden ser clasificados analíticamente en cuatro esferas principales interconectadas. Una primera categoría a este respecto podría ser consignada como “lo dado”, y corresponde a la causa que se atribuye al tipo de patología que acompaña a la persona desde el momento del alumbramiento, o incluso desde la concepción. Dentro de esta categoría podemos encontrar dos subclases: una primera donde se atribuye a la

patología un origen “hereditario”, es decir, traspasado “genéticamente” de los padres, o ascendentes, a los hijos o descendientes; una segunda donde la causa se encuentra en el rompimiento de ciertos tabúes que deben respetar las embarazadas.

Tabla 4: Origen “dado”

Enfermedades “dadas”	Hereditarias
	Quiebre de tabúes

En el caso de la subclase “hereditaria”, su comprensión parece estar mediada por la intromisión de categorías alógenas. (La alusión durante las entrevistas a causas hereditarias es menor que respecto de otro tipo de causas, sin por ello intentar sacar conclusiones sobre la representatividad o no de este hecho, asunto que no está dentro de los objetivos de este estudio).

“Hay alguna persona que son, digamos, que tiene alguna falla digamos, mental. Otros de otros tipos. Pero yo creo ese... más bien previene (sic) a través de la engendración (sic)”.¹²

Ahora, en referencia a la subclase “rompimiento de tabúes” las menciones aparecen mucho más ordenas y estandarizadas. La mayoría gira en torno a una suerte de ser mítico pewenche, una entidad que no siendo plenamente humana, se entromete en la vida social pewenche, formando parte de “su sociedad”. Ésta es el “animal del agua”, la forma de *weküfü* (ser maligno) más presente entre los pewenche.

“Por ejemplo, en el caso de mi mamá siempre le decían que ella era como hija de un *animal de agua*, entonces o sea como que... lo que siempre le decían es que mi

¹² Autoridad cultural local, entrevista miércoles 14 de mayo.

abuelita embarazada se había acercado mucho al río y le había como... como que era hija del *animal de agua*".¹³

"Cuando estaba embarazada conmigo mi mamá, estuvo trabajando en una parte, no sé en qué parte estuvo trabajando, en la cosecha. Fue a buscar agua en un menuco, en los pantanales. Adentro tenía un pocito pa' sacar agua. Dice que llegó ella pa' sacar agua y le relincha una mula, movió todo el pantanal. Estaba embarazá conmigo y yo salí inválida po".¹⁴

Una segunda razón, complementaria con la anterior en cuanto a las implicancias que tiene en la disrupción del equilibrio social pewenche,¹⁵ se relaciona con una reflexión directamente causal. De lo que se trata es de mantener el "tabú" del respeto, asumido el respeto como la actitud de total consideración y miedo frente a un equilibrio que está prohibido romper, pues en caso contrario puede encontrarse el origen de una enfermedad:

"Así como quedó el hijo, que no se puede hacer nada, porque ya nació con eso ya... [Lo que pasa es que] el *lonko* era muy burlisto (sic), hasta el día de hoy".¹⁶

Las dos primeras referencias, al *animal del agua*, se relacionan con una creencia aún muy enraizada y extendida entre los pewenche, y que, sintéticamente, se trata de la intromisión en el embarazo de espíritus malignos que habitan en las fuentes hídricas, causando ciertas anomalías en el feto en gestación.¹⁷

¹³ *Santiguadora*, intervención durante la entrevista a cuidadora de niño con labio leporino, 16 de mayo.

¹⁴ *Lawentucheve*, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

¹⁵ Hablamos de equilibrio social, pues debemos considerar que para muchas culturas amerindias, y los pewenche no son la excepción, la sociedad no termina en las "fronteras de la humanidad", sino que incluye elementos y seres que para la cosmología occidental se encuentran en la esfera de la "naturaleza" y no de la "cultura" o "sociedad" (véase Viveiros de Castro 1998).

¹⁶, intervención durante el grupo focal desarrollado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

¹⁷ Para una descripción más detallada al respecto, véase más adelante el acápite sobre "Etiología". Además de esto, se asume que las personas no embarazadas que se acercan al hábitat del "animal del agua" pueden sufrir diferentes tipos de lesiones.

En la última cita es posible encontrar dos elementos interesantes. En primer lugar la asociación explícita que se realiza entre la burla y la posterior discapacidad que afecta al hijo del sujeto mencionado, en lo que puede ser caracterizado como una reflexión directamente causal. En términos sencillos, la deficiencia que presenta el niño en cuestión, es explicada en base a que, antes de su nacimiento, su padre se burlaba de otras personas con discapacidad. Se trata de lo que podría denominarse una suerte de ley karmática o del talión, un asunto de equilibrio total que, como se verá más adelante, es totalmente coherente con la manera que tienen los *pewenche*, y los *mapuche* en general, de comprender el mundo y la sociedad.¹⁸

Otro elemento que es importante considerar es el pesimismo y escepticismo que se manifiesta en general, y que, en particular, expresa la hablante del último testimonio respecto a la posibilidad de modificar la situación que afecta al niño. En apariencias, todo parece indicar que las deficiencias que están *dadas* -que vienen con la persona y que se manifiestan a veces desde el momento de la concepción-, parecen ser irreversibles e intratables, y son puestas en una esfera que las deja fuera de la agencia humana *ex post facto*. En otras palabras, una vez que se presentaron son irremediables.¹⁹

¹⁸ El concepto preciso, etnológicamente, es “reciprocidad equilibrada” (véase Melville 1976 para una profundización sobre el funcionamiento del mismo en el pueblo *mapuche*; véase Sahlins 1984 para una apreciación sobre el concepto en general).

¹⁹ Otra versión testimonial para sustentar este juicio: “igual viene un niño así enfermo. Igual, se puede curar enfermedades, igual enfermedades desde niño que Dios lo deja así. De repente viene así, pero el niño ser así, de repente los operan. Algunas veces no tiene solución, los operan. Y de repente también igual hay remedio para curarlo eso. Si hay curación y eso” (Médica, entrevista sábado 3 de mayo). Para detalles con respecto a este punto véase el apartado sobre sanación y terapia páginas 79. Es necesario mencionar, con respecto a los puntos hasta ahora tratados, y también con respecto a los que se tratarán de manera posterior a lo largo de este estudio, que el discurso no es ningún caso unívoco, aunque muchas veces alcanza algún nivel importante de consenso. Por ejemplo, hay individuos que dicen no creer en el “animal del agua”, mientras otros sostienen la inexistencia de las enfermedades hereditarias. Lo mismo sucede con respecto a otros asuntos que se mencionan más adelante (por ejemplo, con el *kalkutun*). En gran parte esta descreencia se debe a la implantación de marcos culturales externos, tarea a la que se han abocado, sobre todo en este último tiempo, gran parte de las iglesias protestantes que se han asentado en la Araucanía, las que han llevado a cabo un proceso muy similar al que se desarrolló hace algunos años en la zona norte de nuestro país, y que se conoce en la historiografía nacional como “Extirpación de idolatrías” (sobre este proceso para el caso aymará, véase Bengoa [comp.] 2004).

1.1.2. Origen “agenciado”

Ciertamente este no es el único tipo de origen posible que se puede distinguir analíticamente para las enfermedades entre los pewenche. Hay otro tipo que de cierta forma se cruza con éste de “origen dado”, fundamentalmente con respecto al quiebre de ciertos “tabúes”. Este segundo tipo de origen es posible denominarlo como “origen de agencia”, y está directamente relacionado con acciones que realizan individuos, las que a su vez son vistas como los catalizadores principales del efecto “enfermedad”. En esta esfera causal es posible distinguir tres subtipos de origen patológico, los que desglosan en la tabla siguiente:

Tabla 4: Origen “agenciado”

Enfermedades “agenciadas”	Quiebre de tabúes
	Brujería (<i>kalkutun</i>)
	Alcoholismo

El primer subtipo de origen patológico dentro de la esfera de lo “agenciado”, es decir, dentro del plano cuyo desarrollo depende de acciones humanas, es aquel que converge, sin confundirse, con la esfera causal anterior, relativo al quiebre o rompimiento de tabúes. La ruptura del tabú implica la re-acción sobre los hombres, de fuerzas que están más allá de lo humanamente agenciado (y que se expresan en el desencadenamiento de estas patologías) pero que, no obstante, tienen un perceptor eminentemente humano. Para ponerlo con ejemplos concretos, en el caso del “animal del agua”, hay un desencadenante humano pues es el mismo individuo el que decide acercarse al espíritu maligno, asumiendo los riesgos que esto implica. En el caso de las burlas, es el mismo individuo el que determina hacerlas, quizás sin considerar las repercusiones que puede tener tal acción.

Por otra parte, se puede observar un segundo subtipo dentro de esta esfera, en la que, a diferencia de la anterior donde nunca están claros los límites entre la voluntad del individuo y el espíritu de las fuerzas desencadenadas, aparece la acción conciente de un sujeto. Esta acción es desarrollada con el objetivo explícito de causar daño a un tercero, y se relaciona

directamente con lo que los pewenche conocen como hechicería, brujería o, en lengua mapuche, *kalkutun*.

“...la otra cosa que existe mucho, la hechicería en nuestra comunidad. Existe todavía, y va a existir, porque eso se va entregando de generación en generación. El gobierno no ha sido capaz y tampoco ha creído que existan (sic) eso. Y al respecto no se puede hacer nada”.²⁰

El tercer tipo de causa agenciada tiene que ver con un elemento que los pewenche asumen como de uso más bien reciente y en cantidades importante. Este no es otro que el alcohol y los problemas que producen su consumo y adicción. El alcohol podría tener incidencia para ellos, por ejemplo, en las posibles malformaciones o trastornos que podría sufrir el feto del feto, aunque al momento de la concepción y no durante la gestación, pues lo que se vería afectada es la sangre con la que se concibe al bebé:

“Los hombres que son en veces, les dan ganas de tomar un copetito. Aunque sea un cortito. Y de uno pasa a otro, así. Entonces después qué pasa. A través de eso cuando un matrimonio engendra, entonces... la digamos... el niño que se... cómo lo puedo decir... el niño que se va a nacer po’. Entonces dentra (sic) como, como tipo como... enfermo, como enfermedades. O sea la sangre, porque no va pura”.²¹

Pero no sólo en ello, sino también algo sumamente lógico: la ebriedad aumenta exponencialmente la posibilidad de sufrir accidentes o de verse involucrado en situaciones riesgosas. Esto, ciertamente, no restringe las causas de los accidentes sólo al consumo de alcohol. Los pewenche son totalmente concientes de la naturaleza azarosa de los mismos y de que estos forman parte de la vida cotidiana.

“Aquí por causa de accidente hay uno [discapacitado], por un accidente perdió un pié. Y así hay varios”.²²

²⁰ Autoridad cultural local, entrevista sábado 17 de mayo.

²¹ Autoridad cultural local, entrevista miércoles 14 de mayo.

²² Autoridad cultural local, entrevista sábado 17 de mayo.

“...más de alguno hay que no se pueden caminar mucho pero es por, por alguna fractura. Por golpe, alguna fractura de hueso, entonces quedan inválidos, entonces, entonces por eso alguna persona anda con bastón”.²³

1.1.3. Origen *winka*

Si se mantiene la imagen que recientemente se proyectaba sobre el alcoholismo, es posible establecer un claro vínculo con otra esfera de origen de las enfermedades que aparece implícita en el discurso pewenche. Para ellos, el consumo excesivo de alcohol aparece asociado a una dimensión que ha marcado central y decisivamente su historia y su constitución como sujetos y como pueblo: la presencia de los *winka* (no mapuche).

“...los clubes deportivos aquí, en la comunidad. Porque ahí se genera alcoholismo, muchas veces hasta prostituciones infantiles se producen en eso y droga. ¿Cuándo llegó? Cuando se hicieron las dos centrales grandes”.²⁴

Los pewenche, además de esto, asumen que muchas enfermedades que los afectan en la actualidad y que forman parte de su medio, fueron introducidas junto a la llegada de los *winka*. Asimismo, y esto es muy relevante, perciben que muchas patologías contemporáneas persisten entre los mapuche como efecto de las imposiciones coloniales desarrolladas por el Estado.

H3: “Es que así también como, como fueron llegando cosas que fueron conociendo también la gente, llegaron enfermedades que antes no estaban...”

H2: “Chavalonko, la peste. Chavalonko es el tífus”.

H1: “Ese que tiene en la mente uno. Pueden ser sus diez días, si no le hallan su remedio, hasta sin conocimiento”.

M: “¿Y esas enfermedades llegaron hace poco?”

²³ Autoridad cultural local, entrevista miércoles 14 de mayo.

²⁴ Autoridad cultural local, entrevista sábado 17 de mayo. La llegada de “las dos centrales grandes” implica, ciertamente, mucho más que la mera instalación de sendas represas. Se trata de una coyuntura sociohistórica marcada por la intromisión total *winka* en un contexto pewenche.

H1: “Sí. A esta misma le dio cuando estábamos en Pitril. Se le salió todo el pelo, quedó como guata la cabeza. De repente se le salió el pelo”.²⁵

“...no sé si le dieron o le inyectaron remedio que no era para la enfermedad que tenía y eso le quitó todo su mentalidad”.²⁶

“Si nace una guagua, como dice la abuelita, va a nacer en el Hospital, y ya viene con medicamento que no es nuestro de la propia identidad, entonces, por eso que [...] obviamente los niños ya son más enfermizos”.²⁷

El primer párrafo citado hace referencia a una suerte de aparición relativamente novedosa de algunas enfermedades (tifus, en el ejemplo), relacionada efectivamente con un contexto de cambio, ocasionado por la aparición de un tercero significativo: el *winka*. Los dos extractos posteriores tienen relación con una asunción presente entre algunos pewenche, relacionada con la pérdida de “lo natural” en la manera de llevar adelante sus vidas y su relación con el entorno. Esta pérdida se da, a juicio de los propios pewenche, por la intromisión de elementos alógenos que socavan la integridad de una cultura para la cual es esencial la naturaleza y la relación que los hombres -como parte la naturaleza- tienen ella. Y es que la presencia e intromisión del Estado chileno presenta, para los pewenche, una doble cara: la negativa, relevante en este contexto, corresponde justamente a los efectos no esperados de la aculturación en muchos ámbitos, como la salud (que en los casos mostrados generarían enfermedades relativas a la esfera de “lo dado”), como incluso en la alimentación, donde se estaría dejando de lado “lo natural”.²⁸ Si desglosamos los subtipos de la esfera de origen *winka* tendríamos lo siguiente:

²⁵ Extracto del grupo focal desarrollado en Callaqui, domingo 18 de mayo. H1: Lawentuncheve; H2: Partera; H3: Santiguadora; M: Marcelo González, antropólogo.

²⁶ Autoridad cultural local, *Autoridad cultural* de Callaqui, entrevista sábado 17 de mayo.

²⁷ *Kimche*, grupo focal Callaqui, 18 de mayo.

²⁸ Para una explicación más detallada sobre las implicancias que tiene para los pewenche la intromisión del Estado en su contexto sociocultural, y las prácticas relacionadas a éste, véase más adelante el capítulo 6 de este estudio.

Tabla 6: Origen “winka”

Enfermedades “winka”	Alcoholismo
	Colonialismo
	Imposición cultural

1.1.4. Origen “natural”

Por último, es posible proponer la distinción de un tipo de enfermedad relacionado medianamente con el anterior (de hecho ya enunciado), y que los mismos pewenche caracterizan como una esfera patológica cuyo origen es “natural”. Este tipo se vincula a la intromisión de lo *winka* y la aculturación, en el sentido de que en la antigüedad la gente no habría sido afectada por este tipo de enfermedades debido a su modo tradicional de vivir.

“...las enfermedades siempre existieron, el problema es que como le decía yo antes, la gente se medicaba antes de que le diera por las mismas comidas naturales...”²⁹

De lo que se trata, en otras palabras y específicamente, es que el cambio de dieta producido por el mayor contacto con la sociedad chilena, incide, según los pewenche, en una recurrencia mayor de las enfermedades. Más al fondo, tal contacto se asocia a la generación de un contexto donde las enfermedades pasan a ser lo común, muy distinto del contexto pasado donde la “buena” salud reinaba en todas las comunidades. Además, hay cierta conciencia de que algunas enfermedades lisa y llanamente llegaron con los *winka*:

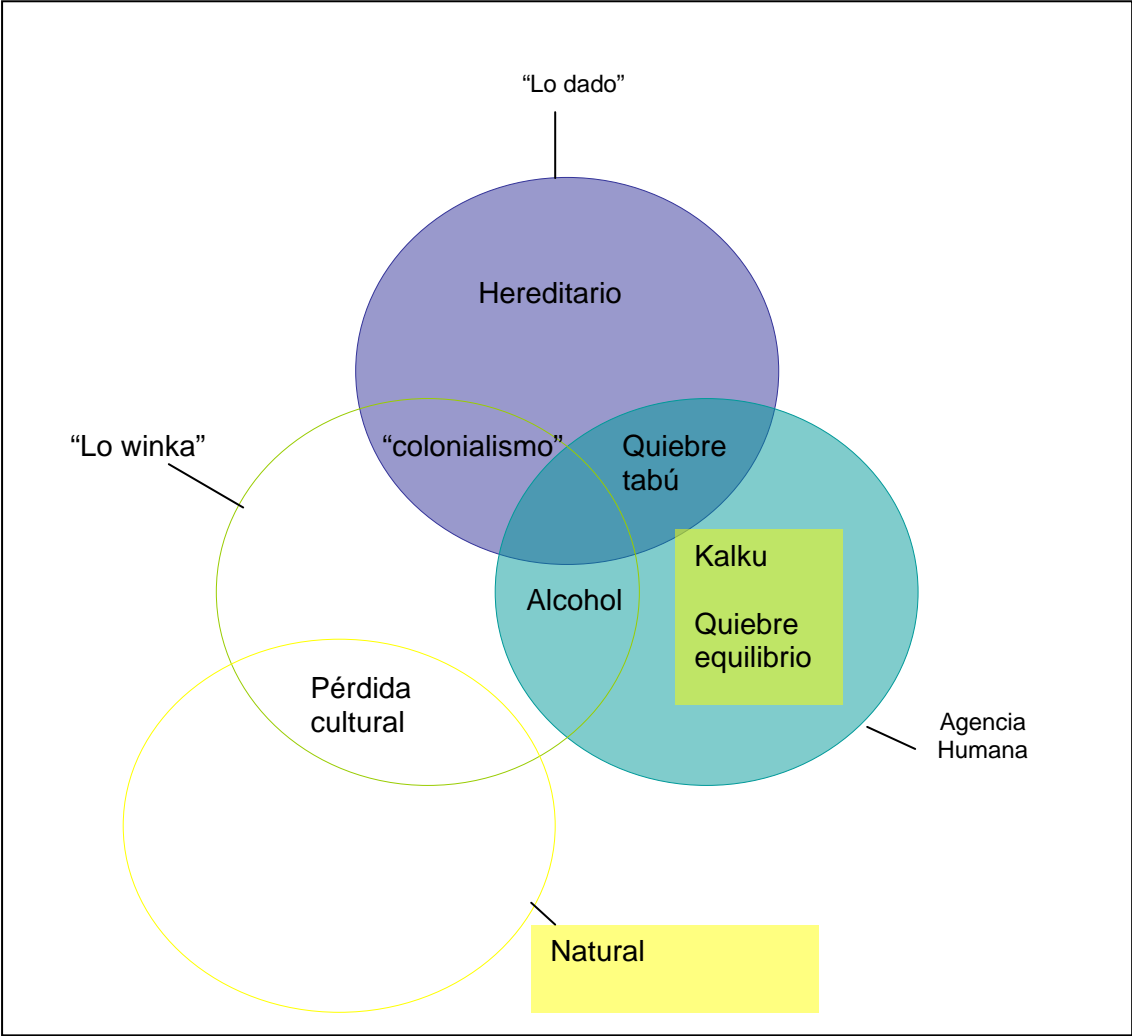
“Pero hay una enfermedad que no sé será verdad, bien que no, una que he escuchado de chica, la orqueolosis (sic, tuberculosis) [...] que la trajeron los *winka*, y había una familia *winka* y estaba todos enfermos y murieron, todo, todo, todo murieron”.³⁰

²⁹ Santiguadora, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

³⁰ Santiguador, Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

Para sintetizar lo señalado en este punto, se expone el siguiente diagrama (fig. 1), que muestra las interconexiones y traslapes de las distintas esferas, ya enunciadas, a partir de lo narrado por los mismos pewenche.

Fig. 3: Esquema pewenche sobre el origen de las enfermedades



Como se grafica en la figura 2, y de acuerdo a lo que se ha planteado a lo largo de este punto, las distintas esferas tienden a superponerse, generando un todo cohesionado en el que muchas veces es difícil distinguir causas unívocas, cuestión realizable sólo a nivel analítico.

En este esquema, la esfera de “lo dado” incluye lo hereditario, los quiebres de tabúes y lo que en este trabajo se ha denominado como “colonialismo”, en referencia a las imposiciones de la cultura dominante chilena que, de acuerdo a los pewenche, tienen como efecto el desarrollo de una serie de patologías. El quiebre del tabú también se superpone al origen por agencia humana, fundamentalmente debido a que su desencadenamiento implica la acción directa de un sujeto. Lo mismo sucede con respecto a la brujería (*kalku*) y al quiebre del equilibrio, pero estas variables no se entrometen en otra esfera debido a que tienen relación con individuos cuyas patologías se presentan a lo largo de su vida (no son dadas, sino que adquiridas).

Otro elemento, que también pertenece a otra esfera, es el alcoholismo, como un desencadenante de situaciones discapacitantes, inaugurado a partir de la influencia *winka*. Con respecto a la esfera *winka*, además de las variables ya mencionadas, todas traslapadas a otras esferas, se encuentra la pérdida cultural pewenche, que implica la aparición por vez primera de enfermedades que nunca habían afectado a los mapuche, ya que en la misma cultura habían mecanismos de defensa contra ellas (como la alimentación tradicional), y que por lo mismo no era que no existiesen, sino que se encontraban en estado de eterna latencia sólo revertido por la aparición de los *winka*.

Habiendo constatado a grandes rasgos los orígenes que asimilan los pewenche a las distintas enfermedades, se dejarán estos tópicos de lado para volver sobre ellos con mayor profundidad más adelante. Por lo pronto se expondrá un acápite con el propósito de redondear el concepto pewenche de enfermedad, y consecuentemente vislumbrar las distancias o afinidades que el mismo pueda tener con un posible concepto de discapacidad. Para ello, no obstante, resulta importante hacer una breve pausa para tratar un concepto que en la concepción occidental se posiciona como opuesto a enfermedad, el que no es otro que el ideal donde se carece de todo tipo de patología: el estado saludable o de buena salud.

1.2. Sobre el estado ideal de la persona: el concepto de “salud” entre los pewenche

Hablar sobre salud en un pueblo como el pewenche es una tarea sumamente complicada. Aquí no se pretende dar un tratamiento exhaustivo al tema, sino simplemente bosquejar una idea general de lo que podría entenderse por “estado saludable” entre los pewenche, a fin de generar una oposición implícita con lo que sería para ellos mismos un “estado de enfermedad”.³¹ Esto, pues, para comprender de manera adecuada el concepto de salud haría falta una investigación mucho más extensa y específica que la que se pudo realizar y se pretendía en esta oportunidad.

En primer lugar, al hacer referencia al concepto de “buena salud” (*kümelen*) entre los pewenche, hay que enfrentar una doble lectura. Por un lado, los pewenche asumen el concepto como inmanente y uniformemente generalizado. En otras palabras, en cierto sentido se entiende que por esencia el *ser* pewenche tiene cierta inmunidad a las enfermedades, ya sea por acostumbramiento al medio, por mantención del equilibrio (respeto del *admapu* o “tradiciones de la tierra”), u otras razones. Esta máxima es generalizada, y se expresa en el discurso de manera recurrente por medio de expresiones del tipo: “*nunca nos enfermamos [...] nosotros no nos enfermamos...*”³² No obstante esto, es posible encontrar elementos narrativos que aparentemente resultan tremendamente contradictorios con este “hecho incuestionable”:

“Que lo que pasa es que la persona siempre cuando está sano está, digamos, se siente feliz, contento y por lo tanto con ganas de trabajar, o sea, los quehaceres en la casa. No tienen ningún, digamos, impedimento. Está sana, sin problemas [...] Bueno, yo le voy a decirle la verdad de las cosas. Yo he estado viendo doctores hacen varios... tiempo. Pero lo que pasa es que los doctores no me encuentran ninguna enfermedad, me dicen que estoy sano, pero la verdad es que es al revés el asunto, porque uno cuando está sano, es sano, no siente nada de dolor, de decaimiento, nada. Pero en este caso, en mi caso mío, he tenido bastantes problemas porque no

³¹ Se asumen, por cierto, las posibles inconsistencias lógicas de este ejercicio analítico, debido a que no es necesario que entre los pewenche el concepto de enfermedad y el de salud se posicionen como par oposicional, como si sucede, por ejemplo, en la tradición occidental.

³² Hijo de persona sorda de 67 años, Cauñicu, entrevista domingo 4 de mayo.

puedo trabajar, en veces tengo dolor de la espalda, en veces los huesos, total. Entonces eso no es una persona sana”.³³

A pesar de esta aparente oposición: “nunca nos enfermamos” v/s “toda la gente enferma”,³⁴ nos parece que no hay contradicción alguna. La hipótesis que se manejó en esta investigación a este respecto es que los conceptos de enfermedad y salud entre los pewenche no se encuentran en directa oposición, sino que pertenecen a órdenes distintos. En primer término, se debe considerar que la salud total aparece como la plasmación, al menos durante ciertas etapas de la vida, de un estado utópico, como una situación ideal-real en la que los sujetos carecen de cualquier limitación que inhiba sus actividades dentro de la esfera pública o privada. Tal estado, se asume, es absolutamente natural en ciertas etapas de la vida del individuo, fundamentalmente durante la juventud, en la que en general no se encuentra ninguna cortapisa para el desarrollo de las tareas diarias. En este sentido, el “estado saludable” es un ideal cultural, un estado donde los *che* (“las personas”) pueden desenvolverse con total libertad por el mundo de la sociabilidad³⁵.

En segundo término, el concepto de enfermedad, de otra parte, no aparece en el sentido de una oposición lógica total ante la ausencia empírica del estado ideal de salud. Aunque existen individuos para quienes los conceptos funcionan en perfecta oposición, un buen número de ellos sostiene la tesis cultural de la invulnerabilidad y/o inmunidad pewenche, lo que, no obstante, no implica para ellos que los pewenche no puedan enfermarse. Lo que sucede es como si en apariencias se mantuvieran implícitas algunas creencias culturales de antaño, donde la enfermedad y la muerte sólo eran posibles por agencia de terceros.³⁶ En este sentido, ambas formaban parte del reino de la sociedad, afectaban a los hombres y eran

³³ Autoridad cultural local, entrevista miércoles 14 de mayo.

³⁴ Expresión de partera de Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

³⁵ Al respecto Ibacache y Quidel señalan: “lograr el equilibrio entre los distintos planos en que el che interactúa, es salud, bienestar, buen pasar, es decir, una buena calidad de vida. Todas estas cualidades ideales, esperables o buscadas, se rompen, se termina cuando el che transgredió las normas o las leyes establecidas en el AZ Mapu, o del AZ mogen. Cuando se manifiesta el kuxan, el che comienza a perder su calidad de tal. A mayor gravedad o tiempo de desarrollo de la enfermedad; mayor pérdida de la calidad de persona”. En Segundo Encuentro de Epidemiología e Interculturalidad. Web: pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=169

³⁶ Como dice Faron, por ejemplo, “la muerte y las enfermedades son inducidas sobrenaturalmente a través del *kalku* y el *weküfe*.” (1969: 247).

generadas por los mismos hombres. Para decirlo sintéticamente, eran *culturales*. Por otro lado, la salud era inmanente y dada, un estado consustancial al hombre en tanto ser biológico y parte integrante de la naturaleza. De manera breve, la salud era, y es, *natural*.

Este marco de apreciación de la salud propiamente pewenche, y mapuche en general, es lo opuestos al marco occidental que opone enfermedad y salud, como pares excluyentes de una realidad que discurre en un plano único. Ambos modos de apreciación tienen fundamentos en sus respectivas culturas, y se erigen como verdades incuestionables para quienes son parte de una u otra tradición cultural. No obstante, y en otro sentido, el marco de apreciación pewenche, y mapuche en general, es, de modo perfecto, epistemológicamente equivalente al modo de apreciación que surge de la tradición occidental. La demostración de lo señalado la realizó hace algunos años Claude Lévi-Strauss, oponiendo la categoría de “pensamiento salvaje” a la de “pensamiento cultivado”. Al respecto, y asumiendo el “pensamiento salvaje” como una categoría presente en todos los seres humanos y no sólo en los pueblos usualmente denominados como “primitivos”, el autor sostiene que ese tipo de pensamiento opera con una lógica causal perfectamente estructurada y no azarosa, de manera no lejana a la operación que gira en torno al método cartesiano (Lévi-Strauss 1972). En suma, es esa explicación de las cosas y de los hechos en base a relaciones causas-efectos lo que hace que hace equivalentes, epistemológicamente, a ambos marcos de apreciación, mas allá que uno sea más “cultivado” que el otro.

Esta oposición también es extensible a otras esferas del conocimiento que el ser humano necesita desplegar para desarrollar su vida, sobre todo la vida en sociedad. En ella también es posible encontrar la explicación a la variabilidad cultural, y al hecho de que, por ejemplo, en algunas tradiciones culturales haya elementos que forman parte de la naturaleza, mientras que esos mismos elementos, para otras culturas, sean integrantes de la sociedad.

Lo interesante, es que ambos modelos, posiblemente tipificables como “salvaje” y “cultivado” siguiendo la distinción *levistrossiana*, parecen coexistir en la comprensión pewenche. La creencia de antaño, que ubicaba a las enfermedades en la cultura, que deriva y se nutre de cientos de años de comprensión de la relación entre los mapuche y su medio, parece cruzarse con la imposición occidental de la tradición científica “cultivada”, donde las enfermedades aparecen como afectando al ser biológico, provenientes de causas en las que los terceros no aparecen como agentes directos.

El punto central es que, como se plantea una coexistencia de dos maneras de comprender las enfermedades y la salud, es necesaria considerar con flexibilidad ambos modos de entender y explicarse la díada salud/enfermedad, y todas las posibles combinaciones explicativas (“salvajes” y cultivadas”) que puedan surgir respecto a la salud entre los pewenche.

Más allá de todo lo planteado, y para resumir el bosquejo que se desea expresar en este acápite, se debe aclarar, en primer lugar, que muchas veces el estado ideal de salud aparece, efectivamente, como un ideal. En tal sentido, podría decirse que no hay pewenche que goce de este estado utópico, o sólo puede gozarse de él contingentemente. Esta misma generalización relativa a la ausencia de salud conecta inmediatamente con la CIF, y el concepto de discapacidad que propone:

“Discapacidad es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales” (FONADIS-INE 2005:12).

Así las cosas, es posible observar que, en principio, el hecho mismo de que el estado de buena salud total sea un ideal, posee una gran sintonía con el esquema de la CIF. Como nadie lo posee, todos los sujetos se encuentran en las mismas condiciones de base. Y al estar todos en las mismas condiciones, en conciencia, existe la posibilidad teórica de que la comunidad genere estructuras de apertura, y no se cierre en torno a sí, excluyendo a los individuos que aparentan “no estar sanos” o “ser diferentes”. Más adelante se profundiza con respecto a esta tesis. Por el momento es necesario detenerse un hecho que resulta pertinente en el devenir narrativo de este informe. El hecho es simplemente que, al contrario de lo que podría pensarse, el que no haya nadie sano no implica que todos estén enfermos. A continuación se verá porqué.

1.3 Acerca del actual concepto pewenche de enfermedad

Hasta el momento se han expuesto someramente algunas de las causas que los pewenche sitúan en el origen de las enfermedades; también se ha señalado que, en el modelo cultural de salud pewenche, el concepto de enfermedad no está en una relación causal necesaria con el desmedro de la salud, y, por último, se ha planteado que en cierto sentido el concepto mismo de enfermedad pewenche está mucho más asociado a la cultura (como propio a la humanidad) que a la naturaleza. Es necesario ahora, tratar de visualizar hasta qué nivel estas concepciones funciona en la actualidad, y de qué manera coexisten o se superan contingentemente en la coyuntura, los conceptos pewenche y *winka* de enfermedad.

En primer término se considerará lo que la bibliografía especializada llama las *winka kutran* (enfermedades *winka* o no mapuche). Lo interesante de estas enfermedades es que, como ya se ha mencionado y se verá más adelante en mayor profundidad, aunque los pewenche están totalmente concientes de su existencia, en general las entienden simplemente como “enfermedades naturales”. La conciencia de esta “naturalidad” probablemente deriva de la imposición del sistema de creencias sobre el cual se sustenta paradigmáticamente la medicina occidental alópata. Elementos importantes de la caracterización de estas enfermedades es la asunción de que son temporales, de que tienen cura, y de que no necesariamente implican una situación incapacitante *ad eternum*, sino sólo en casos especiales:

“En veces... porque las enfermedades que no, no se curan a tiempo, al final pasan a cáncer. Porque como que la enfermedad ya pasó hace tiempo pero de hacerle las curas. Ahí ya, quiere decir que ya no tienen remedio [...] mi papá murió de cáncer. Se murió de cáncer, porque se enfermó de muy joven y partió joven. Aparte de eso se le pasó... se dejó mucho tiempo con su enfermedad y pasó a cáncer, entonces se murió.”³⁷

La existencia de este tipo de enfermedades podría desvirtuar la creencia anterior, ya esbozada, que dejaba a todas las enfermedades en manos de las acciones humanas, Sin embargo, esto no puede generalizarse, pero tampoco negarse, debido a la coexistencia de marcos interpretativos pewenche y *winka*.

³⁷ Autoridad cultural local, entrevista miércoles 14 de mayo.

Asimismo, esta situación permite entender la posible coincidencia de dos escenarios. De una parte, un estado de salud total carente de enfermedades agenciadas (que implican en su raíz, por lo general, brujería o malas acciones, y que en tanto tal es cultural), y de otra parte, un escenario donde ese estado de salud es un ideal, inexistente en la práctica. En otras palabras, existirían, posiblemente, dos estados de salud: uno *pewenche*, que es total y que se relaciona con la máxima “nadie se enferma”; y otro *winka*, que cuyo alcance o logro es utópico, y que se relaciona con el juicio “todos están enfermos”.

Por lo tanto, un mismo sujeto puede estar completamente sano (no enfermo) en un sentido *pewenche*, mientras que al mismo tiempo es víctima de innumerables patologías (en un sentido *winka*).

Teniendo presente lo señalado, se puede plantear a modo de hipótesis que es probable que sea la misma intromisión de factores externos lo que en efecto permite la existencia de, al menos, una potencial “comunidad inclusiva”, es decir, una comunidad que tiene o que tendría que hacerse cargo de sus enfermos, pues estos existen y el estado de salud deseado es nulo o casi inexistente.

Esta misma intromisión cultural *winka* permite el paso lógico, o coexistencia, de un estado donde nadie se enferma a un estado donde todos están enfermos. No obstante, cuestionamientos de este tipo son poco relevantes. El origen de este aspecto posiblemente inclusivo no es tan importante como la constatación de hecho de que este aspecto efectivamente existe.

1.4. ¿Existe un concepto propiamente pewenche referido a la discapacidad?

Teniendo en consideración esta doble naturaleza de la enfermedad (y de la salud), se abren las interrogantes sobre los posibles vínculos que pueda tener este concepto con un aspecto central dentro de los objetivos de este trabajo: el concepto de discapacidad. La pregunta básica en este sentido sería: ¿existe un concepto propiamente pewenche referido a la discapacidad?

Lo que aparece con claridad a este respecto, es, en primer lugar, una distinción que se hace entre un momento pasado y uno actual. Esta distinción, que es común en la reflexión mapuche, se realiza entre un momento pasado que fue modificado por alguna razón, generalmente por la presencia *winka*, y lo que se vivencia cotidiana y contemporáneamente.³⁸ En este sentido, para los pewenche parece haber una ausencia de discapacidad en el pasado, que contrasta con la realidad empírica de la actualidad:

“Es que antes no... como yo les comentaba, no había tanta gente con discapacidad, eran como un caso raro. Eran contados”.³⁹

Esto, además, se puede vincular claramente con lo que se señalaba unas páginas atrás con respecto al origen de las enfermedades relacionadas a lo *winka*, debido a la modificación de la dieta, o, introducción de nuevos métodos de tratamiento de ciertas “alteraciones” del estado normal de salud. Es justamente a partir de esta vinculación que es posible caracterizar la comprensión misma de la discapacidad, tanto en su origen como en la cotidianeidad. Esto porque la discapacidad es entendida dentro del esquema de la enfermedad, pero haciendo fuerte hincapié en que sus causas pertenecen generalmente al reino de “lo agenciado”.

Si se procede seccionando el tiempo en pasado y presente, es preciso consignar como evidente que no haya una mayor conceptualización o una tradición conceptual acerca de la discapacidad como variable diferenciada. En una frase: para los pewenche, antes de la actualidad, no habían individuos que tuviesen algún tipo de deficiencia estructural o funcional, entendidas comúnmente por la gente como discapacidades.

³⁸ Véase, por ejemplo, Bengoa 1999 y Course 2005.

³⁹ Santiguadora, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

Por esta misma creencia, introyectada en la vida social como realidad construida, los pewenche nunca concibieron un concepto símil a discapacidad. No existe en *chedungun* una palabra que haga referencia a este fenómeno. Por eso, la discapacidad aparece por fuerza homologada a su afín conceptual: la enfermedad. Pero evidentemente no se trata de cualquier tipo de enfermedad, sino que principalmente de un tipo de enfermedad en general inmutable, como se verá en profundidad más adelante.⁴⁰

Mas, ciertamente hace falta tratar un punto que es de alguna manera es clave al respecto, y que también se relaciona directamente con la mayor predisposición a la inclusividad que parecen poseer en la actualidad las comunidades pewenche en relación a la discapacidad, y que conduce a la siguiente interrogante: ¿De dónde proviene la creencia de que antes habían menos personas con discapacidad?, ¿cuál es el sustento empírico en que se fundamenta esta afirmación? Probablemente el testimonio que presentamos a continuación ayude a bosquejar una imagen al respecto, al menos parcial:

“Toda la gente son noticiosas, cuando llegaba la gente donde mi mamá, ¿qué le pasó a su hija?, ¿cómo quedó?, ¿y se quemó? Entonces a mi me bajaba, me daba vergüenza. Porque antes no usábamos esta casa, usábamos de otra de palitrá (sic), de canoga (sic). Entonces torcía un poquito la patita y yo salía a esconderme. Pa’ que no se rieran la gente de mí. Había una señora que me dijo [...] Pa’ qué lo criaste tía le dijo, a esta chiquilla, yo fuera usted yo lo mato, cuando era recién nació. Es una vergüenza que tenía. Me dio tanta rabia, oiga. Bueno, dije yo, mi mamá la miré yo, cómo la voy a matar ahora, está grande, dijo. Pero cuando recién nació po’ tía, le dijo, yo la habría muerto, no habría estado con esta chiquilla...”⁴¹

“Mi papá, mi mamá se pusieron de acuerdo que no, mejor que no me hubieran criado. Pero antes de eso hubo otro [...] Otro hijo más antes que naciera, por eso ellos se cabrearón [...] ese niño, había que tenerlo todo al aire, helado. Porque si usted lo

⁴⁰ Véase capítulo 6

⁴¹ *Lawentuncheve*, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

vestía se marchitaba como pa' morir [...] y murió. No era pa' eso. Y ahí seguí yo, a los dos años después".⁴²

Las posibilidades de acción (o de omisión) frente a ciertos déficit estructurales o funcionales, en realidad son múltiples y no tienen porque restringirse al sino planteado testimonialmente. En tiempos pasados es posible que, por un lado, las familias con personas con discapacidad hayan escondido del resto de las personas; práctica bastante común hasta hace poco incluso en algunas zonas urbanas. Por otro lado también, entre muchas otras posibilidades puede, como se muestra en los extractos citados, pudiera darse el caso de que las familias fuesen displicentes en el cuidado de los individuos en esta situación, considerando su condición como un lamentable error o como una fatalidad, con un origen claro, situado en el quiebre de ciertos tabúes.

Más allá de las variantes posibles de acción/omisión, lo importante de resaltar para los propósitos de este informe, es la vinculación explícita que se hace con las causas que tienen relación con la acción directa de los individuos. Las "discapacidades" para los pewenche son enfermedades, pero de un tipo claro: agenciadas o relativas a lo *winka*

A modo de síntesis, es posible sostener que los pewenche carecen de un concepto propio para referirse a la discapacidad, y que esta carencia se debe a que, según ellos mismos, el fenómeno de la discapacidad en la población pewenche es de aparición reciente. Esta situación tiene una doble implicancia: por un lado hace que se vincule a la discapacidad con la creciente introducción *winka* en el contexto geográfico y cultural pewenche. Esto se ve ilustrado por el hecho de que, por ejemplo, los pewenche asimilen la aparición de ciertas enfermedades al cambio de dieta inducido por el contacto con los *winka*. En segundo término, la ausencia conceptual hace que se vincule a la discapacidad al concepto más afín entre los existentes: el de enfermedad. Sin embargo, emerge como punto de discrepancia el hecho de que al vincular estas dos variables (enfermedad/discapacidad) debiese esperarse que los pewenche trataran a la discapacidad en el marco de la enfermedad a la *winka*, lo que no sucede siempre.

⁴² Lawentuncheve, Callaqui, entrevista domingo 18 de mayo.

Muchas veces la discapacidad es entendida dentro del marco cultural pewenche de la enfermedad, es decir como generada a partir de la agencia humana. Luego, de lo que se trata es de un cruce de variables. Desde la óptica pewenche se concibe a la discapacidad como una enfermedad *dada*, y por lo mismo, sobre la cual se puede hacer poco, y abierta o manifiesta, debido a la inducción de elementos exógenos. Es decir, que es posible que la discapacidad es tratada muchas veces como un tipo de enfermedad que siempre ha existido, pero respecto de la cual en la antigüedad había elementos que impedían su manifestación.

1.5. Enfermedad y sociabilidad: una aproximación general a las actitudes sociales pewenche

Hasta aquí se ha expuesto, aunque todavía de modo genérico, una idea más o menos clara de lo que, desde el punto de vista pewenche, se entiende por salud/enfermedad/discapacidad, y por sus orígenes. Ahora es el momento de enfrentar un problema sumamente concreto, relacionado explícitamente con los objetivos centrales de esta investigación: ¿Cuáles son, a un nivel general, las actitudes que presentan los pewenche frente a las enfermedades?, y, a propósito de esas actitudes, ¿es posible hacer una distinción de actitudes frente a las enfermedades que se sustente en algún parámetro diferenciador, como por ejemplo, según sus causas?, y además, ¿qué mecanismos se emplean, tanto en la esfera pública como en la privada, para auxiliar a las personas con discapacidad? (en el caso de ello ocurra). En este apartado se expondrán de manera sucinta estos asuntos, para ser retomados con mayor profundidad en el capítulo cinco.

En primer lugar, ¿Cuáles son las actitudes que presentan los pewenche con respecto a las personas con discapacidad? Podría afirmarse, a nivel general, que la comunidad, -entendida como un agregado de individuos que viven en un territorio proveniente de un título de merced, y que en la actualidad poseen lazos legales de adscripción reconocidos y exigidos por la CONADI-, genera cierto rechazo o aversión frente a los sujetos que presentan algún tipo de diferencia estructural o funcional. Esta es una primera lectura que podría extraerse de testimonios como los siguientes:

“Porque otros [a mi hijo] no lo toman...no lo toman en cuenta cuando él habla...no lo toman en cuenta y yo digo que eso a lo mejor eso también le viene [su rabia] muchas

veces cuando él quiere jugar, no le entienden cuál es ese juego que él quiere. Lo hallan muy grande, lo dejan a un lado y él... y él es ahí donde se siente mal po”⁴³

“Que no lo entienden [a mi hermano] y muchos no tienen paciencia, como decía el caballero en el bajo, no tienen paciencia con las personas así. Y porque él dice cualquier broma, él dice cualquier cosa para reír y se ríe, le place reírse, estar bien. Pero hay otros que no le entienden su forma de hablar y lo... le malinterpretan las cosas y lo maltratan psicológicamente y el sufre con eso después, porque como que se arranca, se aísla de eso. Y eso es un daño [...] algunos, quizás curados a lo mejor, le han pegado también”⁴⁴

“Antes cuando estaba bien sí, [mi esposo] tenía hartos amigos, harta gente llegaban a ver, pero desde que se enfermó no viene nadie”⁴⁵

“Nadie se preocupa de ellos por ejemplo que están... que son los viejitos, de buscarles leña, de a lo mejor [...] si tiene agua, si tiene comida, si tiene remedios”⁴⁶

¿Es esto tan así?, o más bien ¿es esto así del todo? En cierto sentido si, pero no en el que podría pensarse a partir de una primera lectura del problema. La hipótesis que postuló este estudio es que, de lo que se trata en general, no es de que la comunidad excluya *per se* a los personas con discapacidad, sino que más bien no tiene mayores preocupaciones por incluirlos.

Este patrón conductual se debe, posiblemente, a dos factores interrelacionados. En primer lugar, a que la persona mapuche se “crea” (se construye) en sus vínculos o relaciones con los demás, en los vínculos de amistad, y de otro tipo, que genera durante la vida. En segundo término, porque es la misma persona la que debe proveerse las instancias para la

⁴³ Cuidadora y madre de joven con déficit mental, Callaqui, entrevista domingo 18 de mayo.

⁴⁴ Agente cultural, Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

⁴⁵ Cuidadora y esposa de anciano postrado, Cauñicu, entrevista jueves 1 de mayo.

⁴⁶ Agente cultural, Cauñicu, intervención durante la entrevista a cuidadora y esposa de anciano postrado.

generación de tales vínculos.⁴⁷ Es por esto que, por ejemplo, las comunidades tienden a aislar y a evitar muchas veces a sujetos susceptibles de ser considerados “brujos”, porque podrían incidir en la generación de enfermedades (a través de *kalkutun*), limitando la capacidad del sujeto para establecer relaciones sociales. Frente a estos sujetos capaces de ejercer la brujería (y no es el caso de las personas que presentan discapacidad) la “comunidad” actúa de manera “excluyente”, como mecanismo de protección.

H3: “[cuando aprendía para médica] lo primero que decían era, ah está aprendiendo brujería, o sea...”

H1: “Así dijeron cuando recién llegué aquí a mi campo pues. Porque como no iba a saber que cuando salió no era médica, tiene que haber entrado en un *reni*”.

H3: “*reni*, era como el espacio donde formaban las brujas”.

H1: “Donde me dijeron que yo andaba en un *reni* que se llama el Altoreweni y yo esa parte ni la conozco. Ahí me dijeron que yo fui a conocer todo esto y el Altoreweni no sé en qué parte quedó po’, yo ni la conozco. Yo no la conozco”.

H3: “Es un lugar, pero según ellos es que...”

H1: “Era un *reni* que aprendían todo las hechiceras ahí. Pero yo no las conozco, me reía porque si me tratan de bruja mejor, le decía yo a mi familia, más respeto me van a tener. Entonces cuando uno trabaja con su don, uno no puede sentirse mal tampoco, yo no me siento mal, al contrario. Si no es brujería, no es brujería”.⁴⁸

Es posible observar cómo ciertas actitudes de la comunidad que se podrían caracterizar como negativas, no son dirigidas privativamente hacia ningún sector o segmento dentro de la sociedad pewenche. Evidentemente este tampoco es el caso de las personas con discapacidad. Lo que parece suceder es que la comunidad “se abre” siempre y cuando el individuo, por su propia cuenta, intente incluirse en ella. Si la voluntad personal del individuo existe, y además de esto el individuo es capaz de establecer relaciones sociales coherentes dentro de lo que dictamina la costumbre pewenche, la comunidad lo acoge en su seno. Toda la responsabilidad, en este sentido, recae sobre el individuo, y no sobre la comunidad, la que

⁴⁷ Estos temas son propuestos en, y constituyen las conclusiones generales de, Course 2005. Su perspectiva, y estudio, es la que genera la hipótesis propuesta.

⁴⁸ Extracto del grupo focal realizado en Callaqui. H1: Lawentuncheve; H3: Facilitadora cultural.

a fin de cuentas es sólo un agregado de relaciones diádicas.⁴⁹ Y considerando que la responsabilidad de la integración es patrimonio del individuo en todos los casos, es posible que se genere la falsa impresión de que la comunidad excluye a las personas con discapacidad, o, como se señala en un testimonio anterior, que debido a que la persona se enfermó ya nadie venga a visitarla (lo que ocurre en los hechos es que “no viene nadie”, justamente porque “nunca han venido”).

Es posible bosquejar la importancia que se pone a la sociabilidad, y al potencial para crearla, entre los *pewenche*, a partir del testimonio de doña Juana Beltrán, médica de Callaqui, quien presenta una malformación congénita en las piernas que obstaculiza su movilidad.

“Siempre me dejaban en el rincón, porque yo no... ellos pensaban que yo nunca iba a devolver la mano. Porque iba a ser una comida perdida. Claro, por qué iban a estar gastando sin, sin devolver cuando sea grande yo. Pero ellos, cualquiera comía, comían ellos, se servían, a mí me dejaban a un lado. Y al final me cerraban la puerta y quedaba afuera [...] nadie (sic) se preocupaba de mí [...] si me moría por ahí me moría del hambre [...] Por eso a mí me da no se qué cuando quedan los platos en alguno de los chicos. Sobre todo mi nieto, cuando reclama la comida, me duele. Me duele el corazón porque yo pasé por ese punto. Y si no me quitaban la comida la dejaban colgada pa’ donde no iba a alcanzar yo”.⁵⁰

Lo interesante de este testimonio está en su inicio. La exclusión comensalista realizada por el núcleo familiar radica en que “nunca se iba a devolver la mano”. Esto está directamente relacionado con la potencialidad de sociabilidad de los individuos, y con que, y es lo realmente trascendente de ella, es que en esa sociabilidad se generen relaciones recíprocas.⁵¹ A este se argumenta se acudía algunas páginas atrás, cuando se hacía referencia al concepto de reciprocidad equilibrada. De lo que se trata entonces en aquel testimonio, es de la desconfianza que tenía el núcleo familiar de que doña Juana fuese

⁴⁹ Las relaciones diádicas son aquellas cuya unidad mínima y única de vinculación, es el par de individuos. Sobre la “inexistencia” de la comunidad entre los *mapuche* véase Melville 1976 y Stuchlik 1999.

⁵⁰ *Lawentuncheve*, Callaqui, entrevista domingo 18 de mayo.

⁵¹ Véase, por ejemplo, Melville 1976, Stuchlik 1999 y Course 2005.

capaz, debido a su deficiencia física, de poder entrar en esas relaciones recíprocas. Pero una vez que el individuo prueba su capacidad y voluntad no hay mayores problemas, su inclusión en las redes de sociabilidad está asegurada.

No obstante lo señalado, ¿es posible afirmar que hay un solo patrón actitudinal frente a la discapacidad, o es posible distinguir varios patrones conductuales, según el tipo y grado de severidad de los déficit presentados por las personas?

Contestar a esta pregunta resulta bastante complejo. No se encontraron datos empíricos concluyentes al respecto. Sin embargo lo más probable es que para los mismos pewenche la distinción implícita relevante, punto de partida para cualquier actitud frente al problema, vendría a ser justamente la presencia-ausencia de la posibilidad de entrar en las redes de sociabilidad. Luego, en ese sentido, las discapacidades no estarían necesariamente diferenciadas en las categorías propuestas por este estudio a un nivel analítico proyectivo (discapacidades sensoriales, físicas y mentales), sino simplemente en si las deficiencias permiten o impiden la sociabilidad. Es decir, y a *contra sensu* del paradigma CIF, en que la responsabilidad por la inserción de los individuos se traslada al colectivo (la comunidad, la sociedad), en el mundo pewenche las posibilidades de inclusión de los individuos tienen que ver con las capacidades y la voluntad de ellos mismos. Esto queda más claro al revisar el siguiente testimonio, del hermano de un sujeto con deficiencia mental:

“cuando [mi hermano] se integra, se integra. Y se siente con... unido con todos los demás. Hay una reunión, él allá está, riendo, sonriendo, diciendo alguna cosa. Él no se siente diferente a los demás, la mayoría lo quiere. Los que son raros con él son una minoría [...] Tiene más amigos que yo, porque es un chico muy querido por su carácter. Que siempre está irradiando esa cosa, esa humildad, esa cosa agradable que es la sonrisa [...] Él a donde va a ahora aloja, porque le dicen: “aloja Juanito”. Y le pasan buena cama y todo, le dan comida y le hacen decir algún chiste y él la cuenta y todo el mundo se ríe y la pasan bien”.⁵²

Lo que si se debe tener presente, es que aún así, hay una potencial arista de rechazo en la comunidad, relacionada con la consideración subjetiva de que el individuo con el que se ha

⁵² Facilitador cultural, Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

de establecer una relación social no posea las características para desenvolverse en el medio social de una manera adecuada. Entre estos hay dos tipos de individuos que pueden señalarse como paradigmáticos: los locos (*wei wei lonko*) y los borrachos. En muchas oportunidades estos sujetos son excluidos bajo la premisa de que “no son de fiar”. Para culminar este apartado, resulta interesante cuestionarse con respecto a las estructuras de auxilio que generan los pewenche en torno a los sujetos con discapacidad. En la actualidad éstas las asumen y las generan, como era de esperarse de acuerdo a la actitud general comunitaria, solamente los núcleos domésticos. Casos como el siguiente son recurrentes:

Me cuesta [hacer las cosas de la casa] porque cuando ando tengo que andar con mi bastón afirmándome [...] La nieta que está al lado no ma'. Ella hace todo”.⁵³

Dentro de la unidad doméstica habitualmente uno de sus miembros debe ocuparse del cuidado de los individuos que presentan deficiencias, dependiendo del nivel de discapacidad. Si bien este es un mecanismo para nada exclusivo de los pewenche, sí considera variables distintivas, que se presentan de modo más acentuado en los grupos socio-económicos de menores recursos, sean o no indígenas, en particular en sectores rurales aislados. De una parte, muchas veces se desconocen los tratamientos que demandan determinadas deficiencias, y se desconoce si las mismas pueden ser sujetas a rehabilitación. De otra, cuando se tiene al menos indicios de los tratamientos necesarios y de las posibilidades de rehabilitación, la accesibilidad a los centros especializados es dificultosa debido al aislamiento en que se encuentran las comunidades pewenche. Por último, se puede señalar, entre otros factores, las limitaciones que implica para el cuidador, quien debe restringir sus actividades en función de un discapacitado que no cuenta con ambientes rehabilitadores e inclusivos.

Hasta aquí se ha expuesto en términos globales el modo de observación, interpretación y acción de los pewenche ante la tríada salud/enfermedad/discapacidad. Ahora es posible adentrarse en tópicos específicos. Se iniciará esta tarea con el próximo capítulo, dedicado a la etiología.

⁵³ Persona con problemas de desplazamiento, Cauñicu, entrevista domingo 4 de mayo.

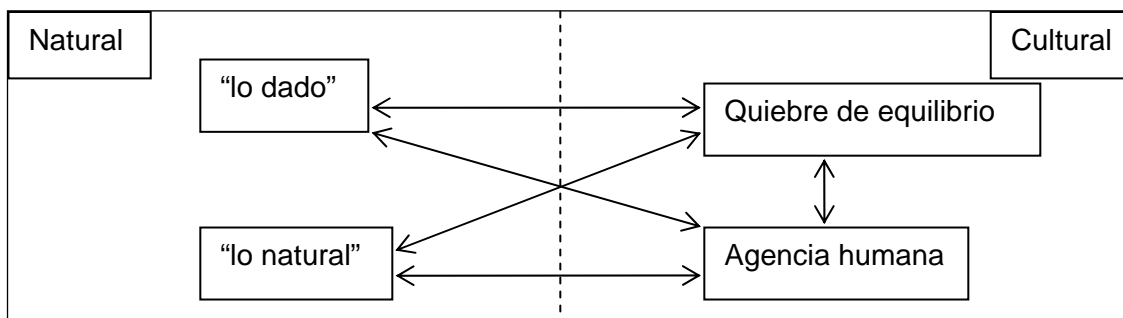
2. ETIOLOGÍA

En este estudio la referencia a la etiología los es respecto de lo que los pewenche asumen o entienden como causas de las enfermedades y/o discapacidades. En los capítulos anteriores el tema ha sido planteado en términos generales a fin de completar un panorama global de esta investigación. En este capítulo se intenta realizar una exposición más en profundidad, tratando de clarificar los límites y las interrelaciones de las cuatro esferas etiológicas anteriormente diferenciadas: i) “lo dado”, ii) lo relativo a la “agencia humana”, iii) lo que se da por aparición y/o contacto con el *winka*, y iv) “lo natural”.

Sin embargo, para su tratamiento en este acápite se empleará otra clasificación, no necesariamente relacionada con la anterior, y que quizás sea más pertinente a un nivel analítico. En un primer nivel se distinguen las enfermedades clasificables como “naturales”, entre las que contamos las genéticas, hereditarias o “dadas”, por un lado, y las que se presentan durante la vida **sin la intervención directa** de un tercero (las enfermedades consignadas en el primer capítulo como “dadas” y “naturales” respectivamente). En el segundo nivel se consideran las enfermedades que pueden ser etiquetadas como “culturales”,⁵⁴ entre las que se cuentan las enfermedades relativas al quiebre de los equilibrios (correspondiente al rompimiento de tabúes del primer capítulo) por una parte, y las enfermedades que tienen como **causa directa** acciones humanas (homólogas a “lo agenciado”).

⁵⁴ Esta concepción ha sido impuesta en el marco de este estudio, a fin de hacer más comprensible la distinción entre causas. Se debe hacer notar que para los pewenche todas las enfermedades son “naturales”, más aún las que tienen que ver con el rompimiento del equilibrio (quizás las únicas que puedan escapar a esto sean las generadas por brujería, pero podrían argüirse varias razones para descartar esta posibilidad). Como los *che* están en una relación de perfecta armonía y equilibrio con su medio, la corrupción de la misma puede desencadenar patologías. Lo implícito aquí es que la relación hombre-medio está en constante tensión, luego es necesaria la conciencia y voluntad de actuar de manera correcta por parte de los hombres, para que no se dé “lo natural”, o más correctamente lo común, que no sería otra cosa que el desequilibrio.

Fig. 4: Esquema analítico etiología pewenche



El propósito de este capítulo es fundamentalmente descriptivo. De lo que se trata es de mostrar cuales son las causas que los pewenche creen que tienen las enfermedades y las discapacidades en general, desde sus propias cogniciones. Lo que se pretende aquí, por consiguiente, es poner sobre la mesa las reflexiones que los mismos pewenche realizan sobre los orígenes de las deficiencias que muchas veces determinan sus vidas, intentando hacer emerger el punto de vista de los actores, y evitando caer en imposiciones que les son ajenas.

2.1. Causas naturales

Uno de los orígenes más claro que los pewenche indican en la actualidad como un detonador patológico, es lo que, en el marco de este estudio y a nivel analítico, se ha consignado bajo la categoría de “natural”. Ésta es una categoría que engloba lo que en el capítulo anterior se incluía en los niveles denominados como “dado” y “natural”. No obstante esta aclaración, es preciso realizar algunas apreciaciones más. Muchas veces las causas de enfermedades que aparecen como naturales están en una gran sintonía con el quiebre de tabúes, y también existen interconexiones profundas entre visualizaciones que ven el origen de la enfermedad entre la esfera de lo natural y la presencia *winka* (véase fig. 2). Las vinculaciones que se pueden establecer incluso pueden ser mayores, cuantitativamente, a éstas. Lo que se hace a continuación, entonces, es bosquejar una idea global de los orígenes de las enfermedades, según los entienden los pewenche, mas debe quedar claro que las divisiones analíticas empleadas aquí tienen un fin meramente expositivo y no necesariamente representan o se encuentran dentro de las concepciones propiamente pewenche.

2.1.1. Enfermedades “genéticas” o “hereditarias”⁵⁵

Con anterioridad a la realización efectiva de este estudio, se consideraba ampliamente la posibilidad de que ciertas deficiencias estructurales y funcionales tuviesen, para los pewenche, un origen filogenético. Sin embargo, con posterioridad a la realización de la investigación en campo, y la distancia que la misma implica, se hace posible constatar que la trascendencia y recurrencia de este tipo de reflexión causal fue mucho menor de la esperada. Para los pewenche, a diferencia de lo que ocurre con grupos mapuche de otras zonas geográficas, la filiación parece no tener en la actualidad mayor relevancia social ni tampoco una gran profundidad temporal. Muchos incluso desconocían o no entendían el concepto de *küpalme*, empleado en la mayor parte de la Araucanía.⁵⁶ Si bien existe conciencia con respecto a una transmisión de características, fundamentalmente psíquicas, desde la generación superior a la siguiente, ésta está mucho más relacionada con la entrega del “nombre mapuche” (*chegüi o cheüy*), a través del ritual conocido como *lakutun*⁵⁷ que con transmisiones biológicas. No obstante esto, es posible encontrar ciertos elementos discursivos que en este estudio permiten hablar, a escala reducida eso si, de enfermedades traspasadas de los padres a los hijos, por medio de, por ejemplo, la sustancia de la concepción, que para los pewenche, aparentemente, podría ser la sangre.⁵⁸

Además de esto es posible, ciertamente, hallar causas relacionadas con la interrupción del proceso de gestación. Esta variable, desde una perspectiva indígena, tiene relación directa

⁵⁵ En este acápite se hará referencia sólo a las enfermedades y/o deficiencias que provienen de una suerte de herencia genética (map. *küpalme*), dejando para más adelante, específicamente en el quiebre de los tabúes, el desarrollo de enfermedades que vienen con los bebés, pero que se deben a acciones que implican un quebrantamiento de las distancias “sociales”, como es el caso de lo que ocurre con el “animal del agua”.

⁵⁶ Sobre el concepto de *küpalme* o *küpal* véase Course 2005.

⁵⁷ El *lakutun* es un ritual donde un individuo de una generación mayor entrega su “nombre mapuche” (*chegüi o cheüy*) a un individuo de una generación menor (las generaciones pueden ser alternadas o consecutivas). Este *chegüi* funciona en un sistema paralelo al de los “nombres *winka*”, con los cuales los sujetos son inscritos en el Registro Civil al momento de nacer. Los individuos que pasan a compartir un mismo nombre luego del *lakutun*, generan una suerte de principio de identidad entre ellos, lo que se expresa en el término recíproco *laku* que emplean para denominarse mutuamente. Para más detalles a este respecto, véase Foerster y Gündermann, 1993.

⁵⁸ Véase el testimonio de Autoridad cultural local para una relación entre el alcoholismo (variable introducida por los *winkas*) y la corrupción de la sangre

con la introducción de la medicina occidental, y el impacto que tienen sus concepciones en los juicios y el discurso de los individuos.

“Una de las explicaciones que sacaban siempre [porque el niño nació así] era que él nació a los siete meses de edad [...] el llamado prematuro. Lo que fue como una pequeña muñequita, era tan chiquitito que nadie se imaginaba de que podría vivir, porque era demasiado pequeñito la criatura que salió aquella vez. Él nació a las cuatro de la mañana, ehh... con un amanecer bastante sufrido de mi mamá, porque había estado todo un día y casi toda la noche [...] Porque acá se dice que cuando una mamá sufre mucho, el niño también sufre y puede encausarle (sic) deterioro en su mente también”.⁵⁹

Aún considerando esta variable “occidental”, es posible visualizar en el testimonio presentado cómo la misma variable, a su vez, se ve permeada por la razón inductiva propiamente pewenche. En este caso, además de ocurrir una interrupción antes de tiempo del embarazo, la causa final que se sitúa como catalizador de la deficiencia del bebé es el sufrimiento de la madre durante el parto. Se trata así, nuevamente, de la constatación de una relación causal que, aunque muy posiblemente es inexistente desde la “ciencia occidental”, para los pewenche, como muchas otras, es altamente significativa y explicativa.

Por último y respecto a este punto, aunque este estudio sostiene que el traspaso de enfermedades por vía hereditaria tiene para los pewenche una importancia más bien menor, no se puede negar que, dada la presencia de los planteamientos de la medicina occidental, en ocasiones la explicación de ciertas patologías por vía hereditaria aparezcan incorporada y articulada en el discursos explicativo pewenche. Tal situación es evidenciable, por ejemplo, en el siguiente extracto, donde resulta muy interesante la interrelación entre herencia y traspaso de enfermedades que se presenta sólo luego de la entrada e intervención *winka*:

“...diabetes, mi abuelo donde lo criaron, tenía diabetes, pulmón, y eso se ha ido generando... bueno, hasta yo quedé con eso, con esa herencia”.⁶⁰

⁵⁹ Facilitador cultural, Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

⁶⁰ Autoridad cultural local, entrevista sábado 17 de mayo.

Aparentemente la relación que se establece no es azarosa ni baladí. Como se expuso anteriormente, para los pewenche existe una causa directa que incide en el desarrollo de enfermedades que antes no se conocían pues se encontraban en latencia, y que es la modificación de las costumbres pewenche –intromisión *winka* de por medio– que en su perfecta y total funcionalidad evitaban su incidencia. En otras palabras, las costumbres pewenche, por ejemplo las alimentarias, se posicionaban como antídotos que antecedían a las enfermedades, y por tanto evitaban su incidencia, impidiendo de paso que los hombres las conocieran. La escenificación reflexiva de esto es bastante simple: “*es que ahora hay puros fideos y arroz, antes no po’ comían locrito, harina, mote...*”⁶¹. De esta manera, la confluencia de dos elementos de ascendiente *winka* –modificación en la dieta y conciencia de la existencia de enfermedades hereditarias– es leída bajo un parámetro básico en la reflexión mapuche: la comparación con el pasado. A fin de cuentas, aunque existiese predisposición genética a algunas patologías, estas no se presentarían en caso de que la cultura no se hubiese modificado (por influencia *winka*).

2.1.2. Enfermedades “naturales”

Se ha mencionado que en este punto también se considerarán algunas enfermedades consignadas simplemente como naturales. Estas son enfermedades que meramente existen, o que se desencadenan como efecto de situaciones fortuitas no relacionadas con ningún tipo de intencionalidad dirigida. Por cierto, en su raíz pueden encontrarse elementos relativos a otras subesferas (véase fig. 3), empero, su característica primordial es la manera en que los sujetos relativizan su posición, diferenciándolas de las patologías derivadas de la agencia individual, que serán tratadas más adelante.

Entre estas enfermedades encontramos, por ejemplo, las que se originan por el desgaste normal que sufren los hombres a lo largo de sus vidas, fruto de las pesadas labores que deben llevar a cabo para la consecución de su subsistencia y la de su unidad familiar.

“La vida en general acá de todos los hombres y sobre todo la vida de él [Miguel Naupa], la vida antigua acá era muy aporre’a, entonces, por el trabajo constante que

⁶¹ Partera, Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

había que hacer de los animales. Ese es un trabajo peligroso porque es ahí donde la persona se caía de a caballo, cojeaba, a veces era corneado por un animal, que sé yo, que le han quebrado alguna parte...”⁶²

Y también, cómo no, ocasionadas simplemente por el descuido que permite que los seres humanos sean víctimas de microorganismos dañinos:

“[Las enfermedades] se producen [...] por el descuido de uno mismo. Muchas enfermedades también las producen porque [...] si tiene un niño desabrigado, obvio que tiene que resfriarse. Y con tanto resfrío al final, se le va dañando el pulmón”.⁶³

Además, se debe tomar en consideración la posible ocurrencia de accidentes, los que por supuesto pueden tener una incidencia directa en la manifestación de lo que comúnmente se entiende por discapacidad.⁶⁴ Estos accidentes pueden tener su origen, como se ha propuesto anteriormente, indirectamente en la presencia *winka*.⁶⁵ Pero, evidentemente los *pewenche* comprenden que la causa de los accidentes no reconoce exclusividad. En general se trata de actos principalmente fortuitos, más bien multicausales.

Como ya se ha hecho referencia a que las enfermedades muchas veces se presentan en la actualidad por el impacto de la presencia chilena, tal punto será obviado en su tratamiento

⁶² Facilitador cultural, intervención durante la entrevista a hijo e hija de persona sorda de 67 años , Cauñicu, domingo 4 de mayo.

⁶³ Autoridad cultural local, *Autoridad cultural* de Callaqui, sábado 17 de mayo.

⁶⁴ Se debe recordar que según la ENDISC de 2004, sólo el 6,6% de las discapacidades tiene un origen hereditario o genético. Las tres causas de mayor recurrencia son debido a enfermedades crónicas (62,9%), problemas degenerativos (15,3%) y, por cierto, accidentes (7,7%) (FONADIS-INE 2005). Como se verá más adelante, es posible encontrar entre los *pewenche* un vínculo entre las dos causas de mayor recurrencia y el origen consignado en este estudio como cultural.

⁶⁵ “antes [...] cuando andaba así, *curao'* antes. Se dio muchos golpes en su cabeza” (Hijo de persona sorda de 67 años, Cauñicu, entrevista domingo 4 de mayo). Se debe recordar que para los *pewenche* muchas veces la extensión que ha alcanzado el consumo de alcohol se debe a la intromisión que ha tenido la sociedad no mapuche. Lo mismo sucede en el caso de otro tipo de drogas. Otro testimonio sobre el mismo tópico: “En este caso hay alguna gente en la comunidad que tiene problema de... en este caso, de los huesos. Porque yo tengo un amigo acá abajo que una vuelta anduvo por ahí de parranda y se quebró una canilla. Y entonces por ahí le sacaron el pedazo de hueso porque no se podía soldarse (sic) y pusieron un pedazo de aluminio. Entonces quedó inválido” (Autoridad cultural local, miércoles 14 de mayo).

específico dentro de este acápite, aunque sin olvidar que éste es un argumento sumamente considerado por los propios pewenche.⁶⁶

A modo de síntesis, se puede sostener que una de las esferas etiológicas a la que los pewenche le otorgan particular relevancia es aquella que puede ser consignada como “natural”, en sintonía con la distinción que emplea este estudio entre naturaleza y cultura (esto último considerado en un sentido amplio como “lo propio a los hombres”).

En esta esfera, la “natural”, es posible distinguir analíticamente dos subtipos de patologías: las hereditarias y las accidentales o fortuitas. Las primeras tienen relación específicamente con las deficiencias que los pewenche, debido fundamentalmente a procesos de aculturación, asumen que provienen de causas relacionadas con la concepción en un sentido *biologicista* u occidental. No está en ellos presente mayormente, contra lo que pudiere pensarse, la idea de la transmisión patológica por medio del *kūpalme* (descendencia), tal vez debido a la distinción que ya se hizo antes en este trabajo con respecto a los dos conceptos de salud –*winka* y mapuche– que cohabitan (a veces inconsistentemente) en el marco interpretativo pewenche.

Quizás como el concepto de salud pewenche es inmanente, resulta fuera de toda lógica que a través de otro dispositivo asumido por la cultura pewenche –en este caso *kūpalme*– puedan transmitirse patologías. Al respecto es necesario recordar lo señalado en el primer capítulo de esta exposición: los pewenche de alguna manera funcionan con un doble marco explicativo de salud, donde por un lado “todos están sanos” desde una perspectiva pewenche, y por el otro la salud se asoma como una utopía, en función de la reflexión que se hace considerando los elementos inducidos por la tradición *winka*. En consecuencia, desde la perspectiva pewenche, es imposible que se transmitan enfermedades o deficiencias en base a una especulación sustentada en elementos de la tradición pewenche, pues en ésta la salud es consustancial al *che* (persona). De esta manera, resulta prácticamente imposible, desde un punto de vista lógico, que se transmitan enfermedades considerando este marco explicativo por sí solo: las enfermedades, en relación al concepto de salud pewenche, sólo pueden ser causadas por disrupción de los equilibrios sociales.

⁶⁶ Para mayor detalle véase capítulo 6

Distinto es el caso al situarse en el modelo explicativo *winka* con referencia a la salud. Como se ha expresado en el primer apartado de este acápite, es la misma inserción de elementos exógenos en los pewenche lo que los hace vislumbrar que pueda existir la posibilidad de que determinadas patologías sean hereditarias. En este sentido y siempre que se tenga en consideración este tipo de enfermedad (desde la “naturaleza”) la aceptación pewenche de ellas tengan una causa de naturaleza hereditaria tiene un claro origen en la inclusión de elementos explicativos alógenos. En otras palabras, si las enfermedades hereditarias existen para los pewenche, esto sucede porque por distintas razones ellos manejan el marco explicativo occidental donde éstas existen, y también porque tienen la convicción de que, justamente debido a la influencia *winka*, es posible esta existencia, pues es esta influencia la que incide en una modificación de las costumbres que permite que las patologías dejen su estado de natural latencia.

Por otra parte están las patologías accidentales o fortuitas. Éstas, aunque pueden encontrar vinculaciones con la esfera *winka* fundamentalmente en torno al alcoholismo, son vistas como parte esencial de la vida. El objeto de consignarlas en este trabajo no se relaciona con generar ninguna teorización a este respecto, sino simplemente con señalar su existencia.

2.2. Enfermedades culturales

Por enfermedades “culturales” se entienden en este estudio todas las patologías que tienen en las acciones humanas sus determinantes directos. Tal conceptualización se desprende del esquema explicativo propiamente pewenche, para el cual, en ese marco cultural, este tipo de enfermedad es el predominante. Al respecto, es importante considerar que “en la cosmovisión mapuche el orden del Universo se rige por una serie de fuerzas opuestas y complementarias que deben estar en armonía” (Citarella 2000: 130). Por este deber ser, los mapuche están en constante alerta, a fin de no realizar acciones que generen disrupciones en dicha armonía. Este escenario de total vigilia genera una serie de reglamentaciones culturales, que son seguidas y tienen impacto generalmente a nivel individual, y cuyo irrespeto (ruptura del tabú del equilibrio) puede objetivarse, ciertamente, como enfermedad:

“Uno de de los fenómenos en que se objetiviza ese conflicto es la enfermedad llamada, en mapudungun, *kutran*, concebida como un estado en que el individuo no

puede relacionarse normalmente con los demás y/o se encuentra incapacitado de realizar sus tareas habituales. Al respecto es posible que el enfermo tenga cierto grado de responsabilidad, por lo que se refiere a la causa de la enfermedad. Puede ser el agente transgresor del orden de la naturaleza o de las normas propias de su grupo social” (Citarella ibid).

Anteriormente en este trabajo se hacía mención a la importancia que la persona mapuche otorgaba a la potencialidad y a la posibilidad de establecer relaciones sociales.⁶⁷ No es de extrañar, entonces, que sea justamente este aspecto central el que sea atacado por las enfermedades, patologías que además son creadas justamente en el mundo de la sociabilidad. Y es que, además, la “sociedad” entre los pewenche, y los mapuche en general, no es patrimonio del mundo de los “seres humanos”, por así decirlo, sino que de todos los seres que habitan la naturaleza. Entendiendo así las enfermedades, es necesario efectuar una distinción implícita en el párrafo anterior.

Por una parte se cuentan las patologías cuyo centro está en las interacciones del hombre con su medio “no humano”. Se trata de enfermedades generadas por no respetar el protocolo que se debe guardar frente a un espíritu tutor de la naturaleza (*ngen*); enfermedades que se producen por el hecho de haber ocasionado un quiebre en los equilibrios que rigen al cosmos y/o por haber generado un ataque de malos espíritus (*wekufü*). Con fines meramente expositivos, este tipo de patologías se denominará dentro de este estudio como “enfermedades por quiebre de las distancias sociales extrahumanas”.

En el otro extremo analítico están las irrupciones desarmónicas que se generan en el seno de lo que occidentalmente se considera propiamente como sociabilidad, es decir, en las relaciones entre los hombres. Entre éstas encontramos lo que se conoce como mal, o brujería (*kalku, kalkutun*), que sencillamente se trata de la acción consciente y dirigida de un individuo a fin de causar daño a un tercero. A este tipo de patologías se les denominará en el presente como “enfermedades por quiebres entre los hombres”.

Antes de iniciar la exposición de estos puntos, es preciso efectuar un breve paréntesis a objeto de mencionar otro punto relativo a la agencia humana que será tratado con mayor

⁶⁷ Sobre este tema véase Course 2005.

detención más adelante. Ya se ha dicho que, a grandes rasgos, la distinción entre origen de las enfermedades sólo es posible a nivel analítico. Ello sucede de la misma forma en otro tipo de enfermedad catalogable como “de agencia humana”, pero que no se relaciona “culturalmente” a los pewenche, sino a sus otros significativos: los *winka*. Por el momento sólo se enunciará un aspecto relativo a ésta, que se suma al hecho ya varias veces mencionado, relativo a que la modificación de las costumbres debido a la aculturación torna en efectiva la amenaza de enfermedades que se con anterioridad no atacaban a los pewenche. De lo que se trata es de que la posibilidad de que la misma presencia *winka* por sí sola, y la introducción de los elementos que le son propios, generen deficiencias que afecten a los individuos. Esto ocurriría por ejemplo con los medicamentos:

“Porque ahora mismo, nacen [en] la familia [niños con discapacidad porque se] toman muchos antibióticos. Remedios. Muchos antibióticos que le dan, que no la capacitación... entonces no agarran fuerza”.⁶⁸

Por el momento este tópico no será tratado, pues se destina a él un capítulo especial más adelante.⁶⁹ En lo inmediato se intentará abordar en profundidad las esferas recientemente enunciadas.

2.2.1. Enfermedades por quiebre de las distancias sociales extrahumanas

Entre los pewenche la idea de equilibrio aparece como central en la comprensión que se tiene del mundo. Todo parece estar en correcta armonía, pero también bajo tensión, al borde del colapso. Todo está en un adecuado orden a punto del desplome. En una frase: se trata de un orden que precisa de constante cuidado. En otras palabras, está en un equilibrio que tiende a la entropía. Esta idea se encuentra en directa relación con el cuidadoso tratamiento que deben dar las personas a todas las relaciones que establecen, con independencia del estatus ontológico de la entidad con la que ésta se produce. Todo se articula como si hubiese una conciencia suprema de que todo efecto tiene una causa, como si los pewenche

⁶⁸ *Lawentuncheve*, con malformación congénita, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

⁶⁹ Véase capítulo 6

vivieran pendientes de una ley del karma encubierta por sus propios y singulares significantes, es decir, por las formas particulares que los distintos elementos de su cultura adoptan entre ellos.

En este mundo del equilibrio tensionado, se yergue un demiurgo, una fuerza o conjunto de fuerzas tutoras del universo, encargada del reestablecimiento de los equilibrios ante sus desbalances. Un punto de discordia se descubre entonces de manera inmediata: ¿se trata del mismo dios cristiano, se trata de un dios o de varios dioses o seres tutelares? Es una situación problemática relacionada nuevamente con el choque de los dos marcos culturales –*winka* y mapuche– entre los que se mueven los pewenche.

Desde la tradición religiosa indígena⁷⁰ –más allá de que se trate de una o de varias deidades– se visualiza, y espera teóricamente, un Ser supremo punitivo, mientras que desde la religión occidental se configura la imagen de un Ser para el cual es imposible algún sentimiento distinto a la bondad. ¿Cuál es la solución ante esto? Ante esta disyunción explicativa, ¿es posible sostener que Dios –de existir una figura similar a la idea del dios cristiano– castigue a los hombres? Aunque hay algunos casos en que se puede negar esta posibilidad prácticamente de plano,⁷¹ en muchas oportunidades las contradicciones de los mismos sujetos que niegan esta posibilidad, y las opiniones emitidas por el resto de los informantes, parecen indicar lo contrario:

⁷⁰ En esa tradición se asume la existencia de cuatro orientadores o deidades, las que organizarían el cosmo (ver María Esther Grebe. *Cosmovisión Mapuche*, en Cuadernos de la Realidad Nacional. 1972). Según la tradición, a medida que avanzaba la creación, surgen los *ngen* (“dueños” en lengua mapuche) de las cosas. A la vez, los *ngen*, en tanto entidades independientes dentro de su esencia y acción, mantendrían por medio de los *newen* (fuerzas) el equilibrio del cosmo. Sin embargo, en la cosmovisión pewenche, con la llegada del cristianismo y su esencia monoteísta, fue adquiriendo preeminencia uno de los *ngen*: *chaw ngenechen* (literalmente: “dueño de los hombres”) y, junto a ello, va emergiendo la idea de un dios único o al menos predominante. Es necesario destacar que la expresión *chaw ngenechen* es un recurso lingüístico asociado a la incorporación del cristianismo a partir de la Conquista, y que no necesariamente puede ser interpretado desde una sola orbita y como una deidad o dios único, similar al del cristianismo, pues este mismo *ngen*, al igual que los otros, recibe órdenes de los dioses creadores (al respecto ver María Esther Grebe. *Culturas Indígenas de Chile*; un estudio preliminar. Ediciones Pehuén. 2000).

⁷¹ Por ejemplo: “yo creo que no Dios no castiga” (Autoridad cultural local, sábado 17 de mayo).

A: “¿Qué pasa con esas personas, por qué se les producirán ese tipo de enfermedades?”

H1: “muchas veces por su propio cuidado de uno y también por no creer en Dios”.⁷²

“...quizá nosotros a veces cometemos errores, no respetamos [...] Dios nos puede castigar. Por ejemplo, si soy burlisto (sic, me burlo), por ejemplo, puedo reírme de una persona, algún día quizá mi hija va a tener una guagüita puede nacer con discapacidad [...] Si me pregunta el pensamiento indígena, viene de [...] viene dominao' por los espíritus, la creencia que tenemos nosotros de nuestros Dioses. Por eso le dije a la abuelita que si uno se ríe también es castigado. Lo que uno hace en su vida tiene que pagarlo po' [...] porque comentemos error, pecado, entonces hay que pagarlo en la vida”.⁷³

En el primer caso, un individuo que sostenía no creer en los castigos divinos, o en la capacidad castigadora de Dios, asume que el demiurgo pewenche puede sancionar a quienes no le profesan fe. Esta declaración encuentra eco en una importante afirmación realizada por varios informantes durante el trabajo de campo: se trata de que los malos espíritus afectan sólo a quienes no se encuentran espiritualmente plenos, tranquilos, completos: “*también pega a uno, dicen que cuando está débil uno, lo pega el espíritu malo*”.⁷⁴

El segundo caso, debe recordarse, ya fue revisado algunas páginas más atrás. Se relaciona esencialmente con los efectos que tienen las acciones que realizan los individuos. Su consideración discursiva implica la necesidad de mensurar la realización de cada una de las acciones que se efectúan, tanto cotidiana y extraordinariamente, a fin de evitar situaciones incómodas e inesperadas. A continuación se verán un par de ejemplos más sobre esta misma creencia.

⁷² Autoridad cultural local, sábado 17 de mayo. A: es Ana Ancapi.

⁷³ *Kimche*, intervenciones realizadas durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

⁷⁴ Partera, Cauñicu, lunes 5 de mayo. O que “*en su debilidad, se producía desequilibrio, ese que era de caer pa' el lado que era encontrara algo bonito, confiaba al tiro y se metía; y resulta que ahí estaba el malo po'. Y ahí comenzaban las enfermedades, comenzaban el desequilibrio sicológicos*” (Facilitador cultural, sábado 3 de mayo).

“...cuando son niños chicos se empiezan a reír de los inválidos. Y entonces a mi Dios nunca se le olvida, porque hay un dicho que ‘Dios castiga pero no a palos’, pero Dios no se olvida nunca. En cualquier momento tiene que quedar inválido. Y en cualquiera momento quedan ciegos. Porque yo mismo tuve a mi mamá ciega, después que me dejaron sola a mí y quedé con mi mamá pero ciega ella. Mucha gente se rieron de ella porque estaba ciega, claro porque los mapuches que somos nunca conversamos como debimos. Y a mi mamá le dijeron que por andar en la brujería quedó ciega. Porque mi mamá le entró un *pasmo*. Y entonces, yo andaba trayendo a mi mamá... de tiro, de cualquiera parte, entonces mi mami sufrió como 3, 4 años ciega. Y entonces los que se ríen, al final quedan ciegos igual po’. Porque les dentran un *pasmo*, están traspirá’ así como estamos encerrás aquí, abre la puerta y dentran un aire, hela’o, ¿cierto? Y lo recibimo’ todo. Cualquiera momento podimos quedar inválidas, podimos quedar torcidas, porque la... el cuerpo está... estamos traspiradas (sic), estamos calorías (sic) po’, mucha caloría, entonces el aire a uno no le hace na’ bien. Entra un *pasmo* ahí, y es donde uno queda ciega po’. Uno queda sorda, sordo”.⁷⁵

“...ellos dijeran de que tomaran confianza de que nada la iban a pagar ellos, por si tuvieran algún hijo. Ellos no se dieron cuenta que les iba a pasarle a ellos más tarde. Se ve que se rieron mucho de esas personas inocentes [...] entonces ellos lo miraron, dicen. Ellos hicieron burlas de una persona que era enfermita. Entonces ellos no debieron tomar confianza de que algo les iba a pasar. Eso cuenta mi abuelo, a mi me contaron. Es muy delicado mirar a otra persona, sea como sea, pero no burlarse de ellos”.⁷⁶

En el capítulo anterior se hacía mención a la importancia de no quebrar el “tabú del respeto”, situación que puede quedar mucho más clara a partir del testimonio recién citado. Para los pewenche, y los mapuche en general, tiene una importancia de primer orden el hecho de tratar con respeto a las demás personas y seres que habitan el mundo. La relevancia que se pone en esto se relaciona, evidentemente, con el temor que se tiene de romper el frágil equilibrio que regula la vida social, este equilibrio tendiente a la entropía.

⁷⁵ *Lawentuncheve*, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

⁷⁶ *Kimche*, Cauñicu, entrevista sábado 3 de mayo.

Ser irrespetuoso está, de cierta forma, prohibido entre los pewenche, justamente porque existe una conciencia referida a que actuar de esta manera puede traer consecuencias poco gratas. Mantener el respeto es esencialmente una actitud conciente ejecutada por los individuos a fin de evitar respuestas *karmáticas*, respuestas que conllevan efectos no esperados, o más bien, no deseados.

Retomando el decurso expositivo del relato, se debe considerar que el hecho de que la ejecución del castigo sea o no desarrollada por un ser supremo máximo no es tan relevante como el hecho de que, efectivamente, las acciones que los individuos realizan durante su vida tengan consecuencias concretas, ya sea para ellos mismos, ya sea para sus descendientes directos. En otras palabras, poco importa qué entidad ejecuta el reestablecimiento de los equilibrios: lo realmente relevante es la creencia efectiva, relativa a que toda acción desarrollada en vida desencadena de manera prácticamente inmediata un efecto vinculado a tal acción. Y que, además, tanto la acción gatillante como su efecto tienen correspondencia y equivalencia valorativa: o son ambas negativas o son ambas positivas. Este efecto tiene un fin claro: hacer retornar la situación desbalanceada, por fuerza, a su estado inicial. Esto, ciertamente, ocurre en todo nivel, incluso en los más triviales:

“Por eso se cuidaban tanto [las mujeres embarazadas antes] y otro... otro encargo más que hacían los viejito, la mamá no puede mirar mucho una persona puede ser bonito puede ser feo, no pueden mirar mucho porque el niño sale así también [igual a la persona que fue mirada] [...] Igual la lunita [...] No hay que mirar mucho porque sale con eufeuto (sic, defecto). Una señora le pasó eso [...] Tuvo un niño y dice que siempre le gustaba cuando salía afuera le gustaba mirar, contar las estrellas, mirar la luna. Cuando estaba, no sé si creciente o menguando [...] el niño nació todo manchado con teno (sic) a un lado de la cara [...] con pelo negro aquí, una raya por acá llegaba hasta acá, pero creció, creció después se jue pa' fuera y allá se casó, después de casado murió”.⁷⁷

⁷⁷ Partera, Cauñicu, lunes 5 de mayo.

El ideal de comportamiento pewenche se corresponde con la toma en consideración y plena conciencia declarada, del equilibrio entrópico que gobierna el mundo social. De lo que se trata, luego, es de conducirse bien en la vida, de respetar a cada uno de los seres con los que se establecen relaciones conciente o inconcientemente, pues en caso contrario:

“Entonces viene después como un castigo para el espíritu de uno, que puede ser una enfermedad, que puede ser un accidente, un tropiezo...que puede ser...una mala vida, una desgracia [...] Entonces lo que se recomienda, sabiduría, que hay que estar en armonía con la naturaleza, con los animalitos, con todo lo que tiene vida”.⁷⁸

Un tipo paradigmático del desenvolvimiento del quiebre de las distancias sociales, del rompimiento de los márgenes de respeto adecuados, es lo que los mapuche denominan *perimontun*. Los *perimontun* son especies de visiones que experimentan los sujetos, en las cuales el mundo onírico se mezcla con la realidad y se hace indistinguible de ella. El asunto funciona más menos de la siguiente manera:

“...un niño que nació sin tener la mano, choquito. Así creció po’ y después se casó. [Nació *choquito* porque] según lo que contaba, la mamá contaba que estaba en la pinalería y en este mes parece que llevaba, como neva pa’ allá en la cordillera, ahí empezó a llevar rastros de niño así, en la nieve. Un día cuando el agua, pero cuando estaba gorda de su hijo, encontró ese rastro, puro rastro, pero no había niño, puro rastro como está la nieve así blandita y es como *perimontun* así”.⁷⁹

Este tipo de experiencias, mitad sueño y mitad realidad, son imprescindibles para entender las vivencias mapuche acerca del *wekufü*. El *wekufü* es un concepto traducible aproximadamente como *mal*, englobando todas las manifestaciones del mismo, incluyendo al diablo. Ya se ha mencionado que una de las expresiones de *wekufü* más comunes en el Alto Bio Bío es la que se conoce como el “animal del agua”, y que se trata, tal como es posible

⁷⁸ *Kimche*, Cauñicu, sábado 3 de mayo.

⁷⁹ *Santiguador*, lunes 5 de mayo.

suponer a partir de su nombre, de un ser maligno que merodea por los alrededores de las fuentes hídricas, y que, entre otras cosas, irrumpe en el proceso de gestación de los niños:

“Esos no tienen curación creo. Ese niño o la mamá estaba esperando tener. O bien hay algún, un animalito, lo que sea... un animalito así. *Perimontun*, dice [...] animal del agua podría ser. Eso. Hay tanto *weküfūs* malos. Entonces ahí dicen que la abuela dice, ese lo persigue y [...] lo pegaron ese, salió... por eso sale infecto el niño [...] Y ese no tiene curación, me creo. Y ese tienen que rezarlo mucho, algunos dicen que hay que ir a tirarle harto, tirarle sal, no sé cuanto. Dijo la señora Juana que tenía que ir, que era de adónde ese... como que la mamá tiene que notar lo donde vio ese, esa cosa... cuando estaba esperando su guagüita. Por eso los abuelos antiguos, se tiene que cuidarse mucho la mamá que cuando está esperando guagüita. Por eso lo privaban harto las niñas, la mamá”.⁸⁰

Este *wekufü* sería el causante, como expuso anteriormente, de gran parte de las discapacidades “dadas”, como podemos notar en el siguiente ejemplo:

“...me gustaba cruzar el río, me acuerdo de eso. No tenía [miedo] y por eso confiaba en el río. Y eso me dice mi mamá, que por eso fue que a mí me pasó lo que le pasó al Christopher”.⁸¹

Pero, ciertamente, este ser también tiene incidencia en el desarrollo de enfermedades o deficiencias que aparecen en el transcurso de la vida, fundamentalmente cuando quien se acerca a él no está en estado de gravidez:

“me dice que empezó así andaba jugando mi hija, dijo, fue a buscar una manzana se negó [...] bajo nieve y cayó manzana, los niños son así po’, niños chicos... fue a

⁸⁰ *Lawentuncheve*, Cauñicu, sábado 3 de mayo.

⁸¹ Cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje, Callaqui, viernes 16 de mayo.

recoger manzana una parte cerca por ahí y después en un corral pasó a buscar un huevo, dijo, que halló hartos huevos de... de ave, pasó y... fue a buscar manzanas, después fue otra vez, dice que cayó, cayó la niñita, entonces después cuando volvió a buscar huevos, ahí como que... lo hallé raro a mi hija, dijo, me pasó huevos, pero normal no me pasó. Lo quedé mirando a mi hija, me dijo, me decía andaba sanita mi hija, me dijo, ninguna enfermedad, estaba sana, sana, totalmente, lo encontraban, nunca no se enfermaba, dijo. Pero entonces, dijo, la señora, se quedó altiro, ¡se torció y amaneció hablando disparates!, empezó al tiro hablando disparates, entró el sol así [...] lo volteó el malo, malo espíritus...”⁸²

Por último, otro elemento relevante de este tipo de patología es que su tratamiento se comprende como tremendamente dificultoso. Además, los *wekufü* no son los únicos causantes de los daños, los que también pueden deberse a envidias, creadoras, entre otras causas, de lo que se conoce como *kalkutun*:

“Muchas veces por eso mismo decían que nacían los niños personas con discapacidad, con distintas discapacidades. No es tan solo que, que, cuando ven solamente el animal de agua, sino que... antes se decía que están esperando causar mal. O engaño. O de repente las personas se enferman y ha pasado también que los llevan a médicos, muchos médicos que son... a clínicas que no le pillan nada, entonces son enfermedades que son causadas por espíritus que... espíritus en el ambiente”.⁸³

De esta manera sucinta se han revisado como los *pewenche* explican la etiología de parte de las enfermedades culturales, las que son ocasionadas por entidades no humanas, a partir de una falta que el propio yo ha cometido para el desarrollo de estas patologías. A continuación se revisarán las mismas disrupciones, pero esta vez aplicadas sólo en el reino de los humanos.

⁸² *Lawentuncheve*, Cauñicu, sábado 3 de mayo.

⁸³ *Santiguadora*, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

2.2.2. Enfermedades por quiebres entre los hombres

Cuando se hace referencia a los orígenes de las patologías que tienen que ver con desequilibrios en las relaciones entre los hombre en los pewenche, inexorablemente se colige en una categoría que aparenta centralidad, y no sólo eso, sino además exclusividad. Esta categoría no es otra que la que ya ha sido consignada en este trabajo con los términos brujería, hechicería, “hacer males”, o simplemente, como se dice en *chedungun*, *kalkutun*, o lo que hacen los *kalku* (brujo/a). La existencia de estas acciones, orientadas concientemente a ocasionar un daño, redundando generalmente en el desarrollo de patologías, al menos en la lectura *ex post facto* que pueden ejecutar los pewenche. Las enfermedades ocasionadas por *kalkutun* pueden afectar cualquier esfera humana, pero sobre todo la mente:

“En toda enfermedad muchas veces se le pierden las mentes a la personas cuando están... cuando le tienen [sic, les hacen] mal. Y eso a nivel nacional no se ha podido controlar. En todas las comunidades existe eso”.⁸⁴

H1: “Claro, en esta reducción existe el *kalku*”.

H3: “Hay gente que, que está haciendo males po”.

H1: “Pero no se hacen tanto perjuicio como antes”.

H4: “Hay dos tipos de *kalku*. *Kalkus* positivos y *kalkus* negativos. Yo creo que puede existir *kalku* positivos todavía, *kalkus* negativos yo creo que ya no tenemos [...] Porque no... como le decía endenante, como la, la gente están como otro tipo de... se han ido arrancando los espíritus malos [...] Si a usted tienen mal, le pueden dar *kalku*, puede volverse loco, puede quedar inválido [...] Puede, no sé po’, hasta lo pueden transformarse hasta una gallina, un sapo, no sé po”.⁸⁵

⁸⁴ Autoridad cultural local, *Autoridad cultural* de Callaqui, sábado 17 de mayo.

⁸⁵ Extracto grupo focal realizado en Callaqui. H1: Juanita Beltrán; H3: Santiguadora; H4: Kimche. Por supuesto, aunque la creencia en el *kalku* no es generalizada, tampoco es descartada de plano por los individuos que dicen no creer en la existencia de estos personajes: “Bueno, se cuenta mucho la gente [sobre la brujería] pero yo no creo. Porque usted sabe que uno tiene que ver pa’ creer. Claro. Porque yo no puedo creer que vengan a contar, decir esto y esto pasó pero no puedo decir que sí, es cierto. No puedo. Porque uno tienen que estar seguro [...] Cuentan mucho de brujería, pero yo no, en este instante yo no creo. Ahora bien, que sí creo en la gente que trabaja en cuanto a la hechicería, eso sí. Porque eso hay según... hay libros pa’ estudiar esas cuestiones. Pero eso acá no, no hay” (Autoridad cultural local, miércoles 14 de mayo).

Antes de profundizar con respecto a las ulteriores implicancias del *kalkutun*, resulta pertinente exponer un caso específico de un individuo que sostiene haber sido, y estar, afectado por las males artes de un *kalku*. El relato que se presenta a continuación es de cierta extensión, pero se dejará así para evitar la posible existencia de dobles lecturas. La interpretación subjetiva que se hace con respecto a las patologías deja de lado cualquier posibilidad “natural”, aún cuando el sujeto que padece los “males” presenta una avanzada edad y un deterioro físico acorde.

“Entonces cuando sentí, me tiraron vidrio molido. Vidrio molido, en la noche. En la noche, la noche. Como arena, como cuando a uno le tiran arena a puñados. Cuando me tiraron ese vidrio molido [...] Ahí tiene que estar todavía en la casa. No salió na’. Cuando arrearan no. Ahí queda no ma’ [...] no sé quién anda. Sentí puros trancos no má’. Ahí pisó una lata ya, resbaló ahí. Resbaló ahí, yo sentí la lata, parece que dio vuelta [...] Me levanté, como había luna, me levanté despacito así, a mirar. Andaba uno no má’, pero yo sentí a dos. Uno no má’ andaba. Uno con ropa negra, así. Salió pa’ allá’, así en silencio pa’ allá’, como haciéndose el lesa, ya. Lo dejé no má’, lo dejé [...] Después no sentí ni una cosa má’. Eso no má’ [...] El cuerpo no má’ lo vi, puro ropa negro. Pura ropa negra. No lo vi na’, no hablé na’ tampoco. Después cuando me hice a un lado, ya, lo toqué así. Y ahí callaron un perrito que había ahí. Ahí no le habló má’. Eso no má’. Después empecé a sentir algo, dolor, de estómago, el cuerpo, maltrato el cuerpo así. Así estaba yo, así estaba. Aguantando no más, aguantando [...] Mucho cuidado, me dijo, cuídese, todavía le tienen interés. El quiere echarlo abajo, eso me dijo [...] los evangélicos. Pero na’, yo no he peleado nunca, que no tengo esa costumbre de atropellar al otro, a una persona, sin hacer nada... no, siempre es así, cuando trabaja bien uno, ya, la envidia anda por delante. Y así, cuídese, me dijo. Eso no ma’ me dijo, ya eche no má’. Ya po’. Algo sabí, me dijo, algo sabí. Pero cuídese. Hay personas, dijo, hay personas. Hay personas que interés tienen. Algo de intereses tienen que tener, porque eso [...] yo siento muchas cosas, yo siento un pollito. Después en la mañana ya no hay ni un pollito, puros pollos grandes no má’. Pero en el bichito no encontré na’, en el pollito no encontré na’”.⁸⁶

⁸⁶ Aciano ciego, con sordera avanzada y problemas de movilizadora, Callaqui, entrevista sábado 17 de mayo.

Este largo testimonio requiere ser desagregado, para aprehender de mejor manera el sentido de sus partes más significativas. El contexto narrativo tiene que ver directamente con explicar el origen de una serie de patologías que el mismo narrador, de más de 80 años, presenta. En primer lugar se debe considerar que el sujeto no asume con naturalidad sus enfermedades. Este hecho bien puede indicar una supervivencia de la reflexión pewenche sobre la enfermedad que se realizaba antaño: ésta siempre era ocasionada por la acción de terceros. En segundo término, en este caso la brujería está motivada por la envidia. Esta envidia envuelve un doble misterio: se ignora lo envidiado y quién es quien envidia. Por último, este ejemplo demuestra que, aunque antes se había explicitado que muchas veces los *kalkutun* tenían que ver con problemas de “locura” (*wei wei lonko*), esta situación no es excluyente, y estas artes pueden relacionarse también con problemas físicos, ya que las dificultades en este caso son principalmente de desplazamiento. Algo similar ocurre con el siguiente relato:

“De esta pierna que me corrí dos de más [...] Es que me invalidé, me invalidé. Me hicieron un daño aquí, un mal. [Me lo hizo] una tía que se me murió. [Yo no lo podía creer] porque era mi tía. Era hermana de mi papá. Mi papá siempre me decía, no tengas confianza con tu tía porque ella no era buena”.⁸⁷

Estas enfermedades –por *kalkutun*– parecen haber tenido una mayor profusión en tiempos pasados, y en menor medida en la actualidad (por supuesto, que de acuerdo a lo que piensan y proponen como explicación los propios pewenche). Sin embargo, esto puede deberse al uso narrativo que hacen los mapuche del pasado, asunto que ha sido tratado en un punto anterior de este trabajo.

Además, en aquel largo testimonio destaca un aspecto importante relacionado con la no identificación del sujeto que, motivado por la envidia, comete acciones de brujería. Y se refiere al hecho de que para la cultura mapuche cualquiera puede ser potencialmente un brujo, pero hay algunos que son más sospechosos de aquella posibilidad, fundamentalmente las *machis*. El que en Alto Bio Bío no hayan *machis* en la actualidad puede estar directamente relacionado con que estos personajes en la cultura mapuche tienen un cariz

⁸⁷ Lawentuncheve, Callaqui, entrevista domingo 18 de mayo.

ambiguo. Por un lado, son autoridades médico religiosas, pero por otro, son vistas como personajes capaces de causar enormes calamidades:

“...en el sur, por ejemplo, en Temuco, hay mucho *machi*, hay *machi* buenos y *machis* malos; quien sabe las dos cosas, primero hacen el mal y después hacen el bien para poder tener dinero [aquí hubo machi] yo alcancé a conocer, pero yo no puedo decir si fue un machi bueno o un *machi* malo”.⁸⁸

En la tradición pewenche se consideran varias formas de infligir males a través de la brujería. Tradicionalmente se hablaba de hechizos, en que el elemento central era la tierra de cementerios. No obstante, hay otro tipo que tiene presencia actual en el Alto Bio Bío: se trata de la introducción del elemento nocivo en algún bebestible o comestible:⁸⁹

“*Enlitun* [¿?] Antes creía mucho eso. Aunque no lo hagan, se enferman, hace mal alguna comida al tiro le echan la culpa [...] Por ahora no ha pasado, porque esos vienen veces... en veces [...] Hacen mal con la gente, una vez nos paso así, un viejito creyó mucho que me hicieron mal la hija, se enfermó la hija y una fiebre grande le andaba, entonces volvió loca la niña, después la niña decía eso, y chuta, me vino a ver”.⁹⁰

Y las causas para que los brujos hagan eso son muchas:

“Cuando hay otras enfermedades que le dan un, usted le pueden dar cualquier cosa. La persona que uno le pueden estar... no sé... estar enojado con él. Y de repente creo que le dan una cosa, un daño. Que le dan cualquier cosa pa’ enfermarse. Usted puede estar sanito pero le dan una cosa mala y se enferma. Uno puede enfermarse al año se enferma. Resultan enfermas, pero ese bicho lo tiene adentro. Daño se llama”.⁹¹

⁸⁸ Autoridad cultural local, *Autoridad cultural* de Callaqui, entrevista sábado 17 de mayo.

⁸⁹ Hacer un mal

⁹⁰ *Santiguador*, Cauñicu, entrevista lunes 5 de mayo.

⁹¹ *Lawentuncheve*, Cauñicu, entrevista sábado 3 de mayo.

Este tipo de dolencia, al igual que las derivadas de encuentros con seres no humanos, no tiene un tipo de tratamiento seguro, ni, ciertamente, tampoco puede encontrar tratamiento en la medicina alópata, pues “solamente [para curar una brujería] puede ser una machi, una médica, una yerbatera”.⁹² El siguiente ejemplo puede ser útil para ilustrar esta situación:

“...hay una persona que está ahora hartó enferma. Pero a ese le hicieron. Ese dice que el mismo se notó que... en vino le dieron y se encontró mal al tiro. Y ahora esta hartó mal. No tiene recuperación. Con harta médica pasó la señora. Ha gastado harta plata, pero no tiene recuperación. Pero él esta desesperado, yo lo fui a ver también. Fuimos con los chiquillos, vamos a verlo, le dije. Y está hartó desesperado, el hombre se sacaba la ropa y como que le daba una comezón me dijo, picazón en el cuerpo pero no tenía nada. Le vi el cuerpo pero no tenía heridas, no tenía nada. Se hacía así... se sacó el polerón, empezó... el doctor no tuvo curación, el doctor, no, nada. Está flaquito, no le daban ganas de comer [...] Ese está mal, a ese le hicieron daño. Pero no le pueden encontrar la... qué remedio podía ser eso, para curarlo. Pa' matarle ese bicho”.⁹³

A modo de síntesis, es posible sostener, en primer lugar, que las enfermedades cuyo origen es más propiamente pewenche pueden ser vistas desde una óptica alógena como propiamente culturales. De lo que se trata, en este sentido, es de enfermedades que son plenamente coherentes con un concepto de salud poderoso, quebrantable sólo por efectos poderosos. El primer tipo de causa en este sentido tiene que ver con lo que se ha consignado como “quiebre de las distancias sociales extrahumanas”. Ya se ha expuesto que el mundo pewenche puede ser aprehendido como un equilibrio en constante tendencia al caos. Este caos puede generarse justamente por no respetar los vínculos y la existencia de entidades no humanas que habitan la sociedad pewenche. El caso paradigmático en este sentido no es otro que las patologías originadas por el *wekufü*, o su forma más común, el “animal del agua”.

⁹² Autoridad cultural local, entrevista sábado 17 de mayo.

⁹³ *Lawentuncheve*, Cauñicu, entrevista sábado 3 de mayo.

El segundo tipo de causa de origen cultural ha sido denominado “por quiebres entre los hombres”. La distinción que se hace entre este tipo de causa y la anterior es pertinente sólo desde una óptica occidental, pues es ya conocido que desde una perspectiva pewenche tanto los seres humanos como los no humanos forman parte de la sociedad. El caso paradigmático de este tipo de origen se relaciona con las malas artes de un *kalku* (brujo). Es relevante en este sentido el hecho de que, aunque entre los mapuche en general hay individuos que tienen mayores posibilidades de ser brujos que otros, es posible que cualquier sujeto pueda ejecutar acciones de brujería. Esto también redundaría en que el tabú del respeto se extienda totalmente a todas las relaciones que se establecen.

Finalmente, resulta interesante constatar cómo las enfermedades cuya causa es cultural se relacionan fundamentalmente con problemas concernientes al reino de la sociabilidad. Ya se ha señalado que este es un punto de importancia central para los pewenche, y por lo mismo no es extraño que esto ocurra. El tratamiento de este tipo de patología es exclusivamente pewenche, ya que se asume que la tradición alópata no es lo suficientemente sensible como para comprender este tipo de enfermedad. El fondo y fin de las afecciones culturales es dañar la capacidad de relacionarse que tienen las personas. El fondo y fin de los tratamientos es ocuparse de reestablecerla.

3. PRÁCTICAS DE SANACIÓN O TERAPIA DE SALUD

Habiendo expuesto lo que los pewenche consideran como los orígenes de las enfermedades, resulta pertinente exponer cuáles son las racionalidades de acción que ellos consideran pertinentes para su tratamiento, y ver si estas racionalidades de sanación tienen algún tipo de vinculación con las causas planteadas para las patologías.

Previamente, se hace necesario clarificar en este capítulo, qué se entenderá por “modelos médicos”. En el marco de este estudio, los “modelos médicos” se consideran como cuerpos teórico-prácticos, empleados a fin de hacer aprehensibles distintas realidades patológicas, y, al mismo tiempo, proveerles de soluciones acordes a su aprehensión explicativa. Estos marcos conceptuales explicativos, y de acción, son comprensibles sólo dentro de los patrones culturales que les dan emergencia, y con los cuales establecen una relación de retroalimentación.

En el contexto de esta investigación se han distinguido tres tipos de modelos terapéuticos, provenientes de tres tipos diferentes de modelos médicos, que son empleados indistintamente, de acuerdo a la consideración subjetiva y/o contextual, por los pewenche de Alto Bío Bío. Estos modelos son: 1) el occidental alópata; 2) el mapuche-pewenche; 3) el relativo a otras creencias religiosas (muchas veces occidentales, pero no científicas, a diferencia del primer modelo). En esta clasificación se encuentra implícita la presunción de que para los pewenche existen enfermedades que solamente pueden ser comprendidas en consideración del marco cultural específico que las reconoce y significa como tales, sea ese marco cultural mapuche u occidental. Este capítulo se iniciará con el tratamiento de las realidades terapéuticas clasificables dentro del modelo occidental alópata, estableciendo la comprensión y el dominio que los pewenche dan y otorgan al mismo. Subsecuentemente, se abordará el modelo médico mapuche pewenche, realizando una descripción lo más precisa posible de los sujetos que intervienen en él y, como los mismos logran desarrollar sus habilidades o especialidades. Finalmente se describirá un tipo de terapia que en la cotidianeidad de los sujetos se asoma como muy relevante, aunque muchas veces no es considerada en este estatus ni por los sujetos ni por la bibliografía especializada. Este tipo de racionalidad terapéutica está íntimamente ligado a la fe religiosa, en asociación a significantes que no necesariamente son indígenas.

3.1. Modelo occidental alópata

Con el uso del concepto modelo occidental alópata, en este estudio se hace referencia al sistema conceptual y práctico hegemónico, institucionalizado en el aparato estatal, y sobre el cual se basan y funcionan los planes oficiales de salud. Este modelo se caracteriza, a nivel teórico, por concebir a la enfermedad como una ruptura, como una desviación y una diferencia de un orden físico y psíquico original asumido bajo ciertos estándares, como normal, o, de lo contrario, como malformaciones genéticas desde el momento de la procreación o durante el embarazo, y, por consiguiente, por proponer prácticas curativas basadas en la eliminación de las causas y sus síntomas, a través de la medicación del problema (enfermedad). Todo esto se efectúa desde una comunidad de conocimientos y criterios científicos que tanto fundamentan como otorgan legitimidad al modelo.

Las perspectivas que los pewenche tienen con respecto a lo que se puede denominar, bajo sus propios términos, medicina chilena o *winka*, cubren un amplio rango de opiniones valorativas. Además, antes de exponer cualquiera de éstas, debe tenerse en consideración que la mayoría de los miembros de las comunidades al enfermar, en la actualidad, acuden en búsqueda de tratamiento a los centros de medicina alópata, empleando medicamentos, terapias de rehabilitación cuando son pertinentes, etc. Este escenario, en todo caso, se ha vuelto recurrente sólo a partir de las últimas décadas, debido a la inserción en mayor grado de los organismos estatales de salud. En la actualidad, y en general, las patologías de resolución más simple son atendidas en la red de postas rurales existentes en Alto Bio Bío, mientras que las de mayor complejidad son derivadas a centros de mayor especialización, como los hospitales de los Ángeles y de Santa Bárbara.

Desde la perspectiva pewenche se perciben los tratamientos médicos otorgados por el sistema de salud pública, como acciones terapéuticas destinadas a tratar las partes del organismo afectadas por las patologías a través de la aplicación de medicamentos. Se considera, asimismo, que en muchas oportunidades este tipo de terapia surte efecto, en el sentido de que los medicamentos logran aminorar las dolencias. Más, en otras, los individuos sienten que no se consigue lo esperado. Esto sucede fundamentalmente en el caso de los adultos mayores, quienes parecen concientes de cierta manera de que la atención que se les entrega es de tipo paliativa frente a enfermedades propias de su edad, no logrando el fin

deseado, el que no es otro que hacer desaparecer el dolor. A esto se suma el que muchas veces en los consultorios u hospitales la espera es prolongada, tanto para atención como para conseguir horas, generando a nivel general, pero específicamente en el segmento de mayor edad, una sensación de frustración que redundo en una crítica al sistema.

“...los papás [de la madre del niño, es decir los abuelos] no creen en la medicina occidental, o sea, para ellos es como tiempo perdido ir a Los Ángeles, a tanta citación y operaciones y eso. Para ellos como una pérdida de tiempo. Piensan que no, que el Christopher no va a poder volver a hablar, no va a poder escuchar, o va a quedar peor de lo que llegó.”⁹⁴

“Bueno, en esa parte yo veo que en la posta nos dan una cierta parte, una... bueno, depende porque yo hasta el día de hoy conozco varias partes que, hay partes que dan buenos remedios. Por ejemplo en Santiago, yo estuve en Santiago una vez que me enfermé pero... estuve bastante mal, pero ahí me alivié porque ahí me llevaron a una posta donde me colocaron inyecciones, pero ahí... que acá no lo hacen, no lo hacen acá.”⁹⁵

La posición más extendida entre los pewenche con respecto a las instituciones estatales de salud, puede ser ejemplificada en esta última cita. De manera sintética, la postura pewenche es explícitamente crítica frente a la calidad de la atención de los centros de salud primaria. Esta crítica se sustenta, muchas veces, en que la atención en las postas es efectuada comúnmente por paramédicos. En general, los pewenche sienten que la atención que se les entrega en sus comunidades es deficiente, pues estas postas no cuentan con los recursos que tienen centros más grandes, como los hospitales. Además, aunque la mayoría de los paramédicos son miembros de las comunidades, su legitimidad dentro de las mismas es baja, debido a que se considera que sus conocimientos son restringidos, y que tienen un papel de meros colaboradores de los especialistas. No obstante, esta situación se contrapone en cierta medida con la utilidad que los pewenche ven en el consultorio, sobre todo aquellos que están en la etapa de la vida donde empiezan a enfermarse, quienes

⁹⁴ *Santiguadora*, intervención durante la entrevista a Cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje, viernes 16 de mayo.

⁹⁵ Autoridad cultural local, miércoles 14 de mayo.

asisten con gran regularidad a sus citas, aún cuando muchas veces sientan que sus dolencias no son realmente curadas.

A modo de resumen, podría plantearse que la presencia del modelo occidental posee un papel central en la actualidad para los pewenche. Aunque muchas veces estos expresan su disconformidad con él, siguen sus pautas y manejan sus códigos. Con respecto a los tipos de enfermedad con que se relaciona, es posible sostener que su dominio está principalmente vinculado a la esfera “natural” a escala general, centrándose específicamente en el subtipo del mismo nombre, que comprende las enfermedades originadas por la presencia *winka* (en un cierre lógico que implica que lo que es ocasionado por lo *winka* encuentra respuesta en la misma esfera), y las que tienen una causa fortuita. Fuera de las competencias de este modelo se encuentran las enfermedades tipificadas en este estudio como “culturales”, las que, ciertamente, encuentran, de manera lógica, solución en el marco adecuado para comprenderlas, como se verá a continuación.

3.2. Modelo médico mapuche-pewenche

Cuando se habla de un modelo médico mapuche-pewenche, se está haciendo referencia a un modelo que conjuga elementos de fitoterapia con prácticas mágico religiosas para la consecución del alivio o sanación de las enfermedades. Estas enfermedades no están relacionadas, teóricamente y de acuerdo a este modelo, con partes específicas del cuerpo humano, que es en general lo distintivo del modelo occidental alópata, sino como un todo que experimenta situaciones de equilibrio/desequilibrio; situaciones en que se encuentran las personas en relación con los distintos medios o niveles en que se desenvuelven socialmente (tanto humano, como natural y sobrenatural).⁹⁶

Tal como se ha señalado recurrentemente en este estudio, las enfermedades desde una perspectiva pewenche afectan principalmente la capacidad social de la persona. Se trata de patologías con costos y afecciones culturales, y que, por ende, deben ser comprendidas y tratadas en estos términos, y, ciertamente, por medio de terapias específicas propias de la medicina pewenche.

⁹⁶ Al respecto véase Citarella 2001.

Las terapias o prácticas de sanación mapuche-pewenche tradicionales se encuentran plenamente vigentes dentro de las comunidades consideradas en este estudio, y se manifiestan en la cotidianeidad por la aceptación de las tareas realizadas principalmente por *lawentuncheve* o médicas, y santiguadores, estando las primeras legitimadas institucionalmente por el Servicio de Salud de Bio Bío. Además de esto, es posible constatar la plena funcionalidad de elementos ceremoniales tradicionales y otros alógenos, que han sido integrados como parte de las manifestaciones culturales específicas.

“El que cree en Dios, es santo, el que no cree, si es que vas por deporte, nunca va a sanar, igual que en los *nguillatunes*. Si usted cree, le va bien, si no cree, va a perder el tiempo. Por eso se ha ido perdiendo nuestra cultura, porque hoy día la juventud también en vez de ir a adorar a Dios en su religión propia, va a burlarse.”⁹⁷

Es importante considerar que la esfera relacionada con la salud en la cultura pewenche no tiene, como muchas otras, una especialización excluyente. En otras palabras, la existencia de especialistas no implica una restricción de acceso a los conocimientos, ni tampoco que los mismos se erijan como patrimonio de unos pocos. Entre los pewenche existe, de cierta manera, la conciencia extendida de que la sabiduría medicinal tradicional les pertenece a todos. Si bien se reconoce que los “especialistas” poseen un mayor caudal de conocimientos, se asume, del mismo modo, que todos y cada uno de los pewenche puede tratar por sus propios medios determinadas dolencias. Se trata, como dijo una vez alguien en Cauñicu, de que todos tienen conocimientos. La única diferencia entre la gente común y los “especialistas” es que estos tienen “un máximo” de conocimientos, mientras los primeros, comparativamente, “un mínimo”.

“...aquí toda la gente antigua de la edad de ella tienen idea de la medicina familiar, la medicina para automedicarse, su... todos sabemos un poco. No como una *médica*, pero sabemos sí algo. Ella sabe más po’ digamos, y puede hacer sus propios

⁹⁷ Autoridad cultural local, *Autoridad cultural* de Callaqui, sábado 17 de mayo.

remedios para una cantidad de dolencias menores que se dan en la casa, como dolores de guata, dolores de pecho, de la cabeza, dolores... eso, automedicina”.⁹⁸

En este sentido, es posible sostener que la medicina pewenche tiene en principio un sentido privado, desarrollándose principalmente en un ambiente personal o familiar. Siempre que existen “dolencias menores”, las que incluso pueden ser muchas veces concebidas como originadas por causas naturales, tienden a ser tratadas por el mismo sujeto que las experimenta o por alguien cercano. Sólo cuando se necesita curar enfermedades de mayor complejidad se recurre a alguien que posea reconocidamente un mayor caudal de conocimientos. Es importante recalcar que cuando esto ocurre no hay una necesaria correspondencia sólo con las enfermedades consignadas en este trabajo como “culturales”, sino que las posibilidades terapéuticas de esta medicina pueden perfectamente tratar causas “naturales”.

Debe mencionarse que los sujetos acuden a los agentes de salud tradicionales en general con menos frecuencia, a la esperable.⁹⁹ Esto puede deberse a varias razones, entre las que se cuentan la relativa a que “los pewenche no se enferman”, o porque es muy posible que la médica tradicional sea asimilada a la ambigua figura de la *machi*. Este personaje, la médica, aparece en Alto Bio Bio como una figura central, sobre todo considerando la inexistencia de *machi* en el lugar desde hace ya bastante tiempo:

“A mí [la médica] me ha mejorado, tenía una enfermedad de... como le dijera, de la matriz que le dicen. La médica ahora tenía una hermana que sabía mucho, sabía muchos remedios y acertan (sic) la enfermedad que tiene uno, ella me dio antes de morir, ahí me conoció mi enfermedad, me dijo al tiro, me dio el humor, me dijo al tiro que tenía yo y me hizo [...] remedio de campo... de la cordillera que traen ellos, que conocen pa’ esa enfermedad, tomé como, como 5 botellas, cinco litros decimos

⁹⁸ Intervención de facilitador cultural durante la entrevista a persona con problemas de desplazamiento, domingo 4 de mayo.

⁹⁹ Es destacable que una gran proporción de los pacientes de las *lawentuncheve* reside fuera de las comunidades, y un gran número de esos pacientes son *winka*. Por otra parte, las personas de las comunidades no pueden acceder a las terapias por su costo.

nosotros, y por ahí me... tuve conocimiento que me hizo bien, me hizo muy bien el remedio “. ¹⁰⁰

Es posible sostener, hasta cierto punto, que las médicas gozan de bastante buena reputación dentro de las comunidades, aunque esta reputación no se manifieste o adquiera matices que impliquen el despliegue de una autoridad que trascienda, en un sentido autoritario ¹⁰¹, el rol médico, es decir, no implique que el prestigio decante en poder efectivo. No obstante, estos personajes generan en torno a sí un halo de confianza, evidenciable con bastante facilidad, debido a la sintonía entre lo que dicen o prescriben, y lo esperado y percibido por la población:

”[Los doctores de la posta no me encuentran nada, en cambio las médicas de acá] Me encuentran golpe del cuerpo. Contractura de hueso. Entonces eso me la han encontrado. Y justamente que yo lo siento ese dolor en la parte que me indican, ese es el dolor que yo siento. Pero en este caso los doctores nada, todo sano [...] la médica ve y lo dice a uno, ya tal, tal enfermedad tiene. Y todas las médicas no son iguales tampoco. Porque hay personas que son... que tienen más capacidad, otras menos así po” ¹⁰²

Si se realiza el ejercicio de comparar la atención médica alópata hegemónica con la atención de la médica tradicional pewenche, puede emerger la percepción de que los agentes de salud de esta última “identifican” enfermedades que escapan a las competencias de la primera. En el testimonio expuesto arriba, esta percepción está explicitada claramente: *”justamente que yo siento ese dolor en la parte que me indica [la medica]...pero en ese caso los doctores nada, todo sano”*. En esta sencilla constatación empírica se sustenta gran parte de la reafirmación de la confianza que pueden tener los pewenche en sus agentes de salud. En cierta medida, lo que hacen las médicas es un trabajo psicológico perfecto: entregan a los enfermos lo que ellos pretenden ir a buscar. Lo que sucede, posiblemente, es que los

¹⁰⁰ Partera, Cauñicu, lunes 5 de mayo.

¹⁰¹ El concepto de autoridad implica una cristalización y sustento institucional al poder, en este caso tecnológico, que al tornarse así ya no es meramente contingente. Sobre estos conceptos véase especialmente Weber 2001.

¹⁰² Autoridad cultural local, miércoles 14 de mayo.

pacientes tienen una idea general del origen de la dolencia antes de visitar a las médicas. Éstas, a su vez, entregan a sus pacientes lo que estos esperan se les otorgue. No sólo un tratamiento adecuado a lo que se supone tienen, sino también una explicación plausible para el padecimiento, como en este ejemplar caso: “*La médica me dijo que era envidia que me tenían, pura envidia... Después ya me dio el remedio*”.¹⁰³

El tipo de tratamiento recetado por las médicas depende, por cierto, de la causa que ellas discernen tienen las patologías. En gran medida, y en los términos de este estudio, se trata de saber si el origen del padecimiento es “natural” o “cultural”. Las enfermedades del primer orden tienden a tener tratamientos basados en la herbolaria tradicional; son afecciones que a simple vista son tratadas de manera similar a lo que acontece con la medicina *winka* (aunque los conceptos de ambos marcos conceptuales sean disímiles). Mientras tanto, las patologías del segundo orden tienen que ver más bien con una esfera espiritual. Es clave en este punto considerar que la cura para este tipo de enfermedad se encuentra en la misma dimensión en que se manifiestan estas enfermedades, por lo que esa cura o sanación sólo pueden ser encontradas en la tradición pewenche.

Ambos métodos de curación, herbolario y espiritual, son por lejos los más frecuentemente utilizados por los pewenche, en directa relación con su tradición médica.¹⁰⁴ Además de estos, y de manera casi anecdótica, los interlocutores pewenche incluyeron otro tipo que correspondía a una suerte de cirugía a través de un animal. Este método era bastante simple: si un individuo presentaba una patología, lo que se hacía era intervenir a un animal, generalmente un cerdo, extirpando en éste el origen de la patología del humano. Se trataba de una suerte de relación metafísica entre animal y enfermo, donde el primero asumía metafóricamente la posición del segundo. Ciertamente, este tipo de práctica aparece en la actualidad como subsidente.

¹⁰³ Cuidadora y esposa de anciano postrado, Cauñicu, jueves 1° de mayo.

¹⁰⁴ En Alto Bio fundamentalmente el primero, pues ya se ha hecho referencia a la ausencia de *machis*, agentes especialistas en el segundo tipo de sanación.

3.3. Modelo médico mapuche-pewenche y discapacidad

Ahora bien, ¿qué pasa con este modelo de salud cuando se enfrenta a lo que comúnmente se conoce como discapacidad? Ya se ha expuesto anteriormente que no existe en la cultura pewenche un concepto que de cuenta de éste tipo de fenómeno. En vista de esto, tiende a comprenderse a la discapacidad a partir del concepto más cercano efectivamente existente, que es el de enfermedad. Evidentemente, esta ausencia conceptual se relaciona con una ausencia reflexiva sobre el concepto en todo nivel, implicando también una carencia de modelos prácticos de aproximación al fenómeno. En otras palabras, las discapacidades en general, y fundamentalmente las consignadas en este trabajo como “dadas”, escapan a las competencias “médicas” tradicionales.

M: “¿Las discapacidades se pueden curar con medicina pehuenche?”

H1: “¿Qué discapacidad?”

M: “Por ejemplo, una persona que esté ciega”

H1: “Según en qué le vino el ser ciego y si le dieron unas cosas malas, para que quede ciego para siempre, no es lo mismo. No hay remedio para eso”.

M: “¿Y una persona que tenga problemas para caminar, como usted tenía, la medicina pehuenche puede ayudarla a caminar, o no?”

H1: “Sí también hay remedio para eso. Hay también remedio. Hierbas, pero tiene que hacer unas varias veces sí”.

H3: "En el fondo lo que no se puede más que nada curar son las malformaciones. Cuando nacen con..."

H4: “Nacen así”

H1: “Claro”

H3: “Con malformaciones. Pero las enfermedades que después llegan por, de repente males de agua y cosas así sí se pueden curar”.¹⁰⁵

Aparentemente, de lo que se trata es que lo que “viene con el individuo”, lo que es parte constitutiva de él, un rasgo determinado y determinante del mismo, es inmutable y por tanto no puede ser modificado. Y en la medicina pewenche parece no existir cuestionamiento a

¹⁰⁵ Extracto grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo. M: Marcelo González; H1: Lawentuncheve; H3: Santiguadora; H4: Kimche.

favor de intentar modificar la situación. Es más, de hecho acontece que tan sólo la posibilidad de plantearse hacer algo ante un escenario así asoma como una completa utopía.

De otra parte, resulta que la posibilidad de actuar frente a las enfermedades causadas por la acción de agentes externos es totalmente plausible. Como se manifestaba en el testimonio anterior a manera de ejemplo, las deficiencias que se presentan en el devenir de la vida efectivamente pueden tener una solución terapéutica. En general los pewenche tienden a afirmar que las terapias propias a su tradición medicinal logran los resultados deseados. No obstante, desde una perspectiva externa, y desde los propios sujetos también, se debe ser terminante en referencia a que quienes ocupan estos métodos terapéuticos son una minoría.

Distinción y especialización de roles

Otro punto que resulta interesante destacar se relaciona con las bases que sostienen la distinción y especialización de los roles de salud. A nivel macro, los pewenche asumen que el factor determinante en el desempeño de un rol de salud es la voluntad divina, que se cierne sobre determinados individuos por las más diversas razones (no necesariamente con una lógica dada)¹⁰⁶. El otro elemento a la hora de establecer esta determinación es la consideración de que, a fin de cuentas, estos roles se basan en un caudal de conocimientos, el que puede ser traspasado familiarmente, en una práctica de enseñanza del tipo maestro-aprendiz. La diferencia entre ambos factores se centra en el tipo de rol que determinan. Mientras este último es más propenso a estar relacionado con las labores de los ayudantes, componedores, y otras tareas más bien técnicas, el *don* está vinculado a las habilidades especiales que deben poseer una *machi*, o una *lawentuncheve*.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Este es un elemento central a la hora de considerar la existencia de *lawentuncheves*, pero fundamentalmente de *machis*. Es importante destacar, a este respecto, que se asume que todas las personas pueden, potencialmente, adquirir los conocimientos referidos a las hierbas, por lo que el don fundamental en el caso de las *lawentuncheve* es la posibilidad de “ver el humor”, método de diagnóstico empleado por éstas, y que será revisado en las páginas siguientes. La misma explicación del “don” se entrega para explicar la ausencia de machis: “Yo creo que Dios nos quiere dar una persona con un don sano y espiritual. Porque según relatos, lo que alcancé a escuchar, para esto tiene que ser una persona que venga desde el nacimiento con ese don” (Autoridad cultural local, sábado 17 de mayo).

¹⁰⁷ La habilidad especial de la médica es la capacidad de visualizar las enfermedades del paciente en la orina del mismo, realizando una suerte de scanner completo del sujeto a partir de la visualización de una muestra de orina tomada en ayunas.

Esta es la percepción que tienen, de hecho, las mismas médicas que participaron activamente de esta investigación: “*Chao Ngenechen* tiene que decir eso. Destinado, tiene que estar destinado”.¹⁰⁸ Este *don* que funciona como “destinación”, está, por cierto, más allá de los intereses de la persona, la que, tarde o temprano, deberá asumir el rol que ha emanado por orden divina entregada, generalmente, a través de un sueño (*peuma*):

“Yo soñé, yo soñé de ser médica. Y eso lo guardé entre mi corazón... mi mamá sabía los sueños que tuve yo. Estaba chica en ese tiempo”.¹⁰⁹

“Yo lo veo que Dios le da a uno, le da en la persona que también tiene que tener fe de Dios, que Chao me sienta. Yo tengo que trabajar con él, en veces sueño y Chao Dios, me viene ha enseñarme”.¹¹⁰

El sueño no queda restringido, como puede observarse, al establecimiento fundacional del rol médico. Además, y de manera muy relevante, funciona en muchas ocasiones como método de conexión entre las divinidades y los individuos, siendo incluso una instancia de aprendizaje.

“Yo soñé con... y en veces sueña uno y sueña, lo viene a enseñar *Chao, Chao Ngenechen*. En veces no conozco los remedios, claro que conozco yo, pero... es remedio po’, pero Dios me vino a enseñarme... Tan bien que me presentó el remedio. De repente Dios... uno tiene que tener muy buena fe en *Chao Ngenechen* para que él el que ponga la mano po’, siempre yo... me gusta compartir con Dios, tener fe no más, entonces así me acompaña y me ayuda con la salud la gente, yo le digo a *Chao Ngenechen*”.¹¹¹

¹⁰⁸ Lawentuncheve, Cauñicu, sábado 3 de mayo. *Chao Ngenechen* puede ser traducido como Dios. Literalmente significa “El padre dueño de la gente”.

¹⁰⁹ Lawentuncheve, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

¹¹⁰ Lawentuncheve, Cauñicu, sábado 3 de mayo.

¹¹¹ Lawentuncheve, Cauñicu, sábado 3 de mayo.

“Y de parte nuestra, nosotros como, como mapuches, cada mapuche que sepa digamos, de medicamento o ver humor, qué sé yo, son un don que recibe arriba desde muy chiquitito. O sea, de que todavía está en la vientre (sic)”.¹¹²

“Y entonces como a las cinco de la mañana, según me dice mi madre, porque antes nadie usaba reloj, más que el puro reloj que tenemos pa’ cuando cantaba el gallo. Cantó dos veces decía mi mami, yo sueño esto, baja una persona del cielo pero con distintas clases de cables oiga, pero una cosa tan hermosa, tan linda, y la niña que venía bajando igual. Vestida de azul hasta aquí, pa’ abajo era blanco. Y me dijo, tome, pa’ que trabaje, no andí’ así como pa’ andar gateando, me dice, no andí’ nunca gateando, y en esta mano me dio la copa y aquí me muestra. Yo quedé con mis manos así pa’ seguirla pero no me llevó, yo quería seguirla. Por el grito y yo llorando despertó (sic) mi mamá. Y ahí mi mamá me dijo, ¿qué te pasa? Y ahí le dije yo, llegó una tía, le dije yo, allá va le dije yo, y no me quiso llevar. Aónde (sic), me dijo, allá, lleva su platito, le dije, si lo lleva pa’ allá. Ella mientras tanto, mientras tanto se fue serenando hasta que se volvió estrella, se fue al lado del cerro [...] Vaiga (sic) a ver quién era pues, y ahí yo quedé con esa pirita (sic, espíritu), como me dio los remedios, al otro día salí y recorrí el faldeo porque estábamos en el río, en la orilla del río. Cuando ya recorrí el campo encontré ese remedio yo, se lo llevé a mi madre. Mamá, le dije yo, este remedio me vino a dejar mi tía, le dije yo, parece que lo iba a volver a verla. Pero me quedé como una semana tiene que haber sido, que me quedé con [esperando]. Nunca más lo ví po’. Y ahí quedé con ese sueño. Cada vez que, cuando tiene que llegar un paciente que no lo conozca, lo sueño. Los conozco en mi sueño. Conozco la parte donde me van a llevar (sic). Cuando ya voy dentrando (sic) en esa parte donde me llevar, ya lo he visto antes”.¹¹³

Al revisar este testimonio es posible observar la experiencia vívida de la entrega de un don de médica. De tal manera, se hace patente el hecho de que el sueño juegue un papel esencial en el desarrollo y mantención del conocimiento, muchas veces como la única vía posible de obtención de ciertas habilidades necesarias culturalmente, considerando que en ellos se puede establecer un vínculo directo con el ser supremo Ngenechen. Esto es

¹¹² Autoridad cultural local, miércoles 14 de mayo.

¹¹³ *Lawentuncheve*, Callaqui, domingo 18 de mayo.

importante, porque entre los mapuche en general existe la posibilidad concreta de establecer relaciones con Dios sin mediación de ningún sujeto. En otras palabras, el vínculo con lo divino no está mediado por funciones específicas, sino que está al alcance de todos, lo que también es coherente con la manera en que los pewenche entienden la sociedad, no restringiendo la membresía de ella sólo a los seres humanos. Pero, como se ha explicitado, este factor no es exclusivo a la hora de la determinación de roles, y sólo parece ser determinante en referencia a los agentes de salud más notorios entre los pewenche. Para el resto, y también para confirmar las posiciones de *machis* y *médicas* (a quienes hace referencia la alusión a “los agentes más notorios”), aparece como sumamente importante la enseñanza inter-generacional dentro de una misma familia:

H4: “[El conocimiento viene] de herencia, viene de herencia”.

H3: “Viene desde los abuelos, porque ellas dos son... los abuelos de ellas eran *machis* las abuelitas”.

H1: “La bisabuela de nosotros era *machi*, por los dos lados, lado de mi madre, lado de mi padre. Y entonces seguramente que nosotras heredamos de alguna de las abuelas... fuimos *médicas* po”.

M: “Ah, tiene que ver con aprender, ¿pero tiene que ver con dones?”

H2: “Sí po”.¹¹⁴

La situación de doble determinación de los roles puede tener dos salidas. La primera se relaciona con que el “don de la salud” circule en el interior de una familia, asumiendo que existe una suerte de predilección espiritual por ciertas líneas de herencia, o, simplemente, que tal don está introyectado en determinadas familias de modo casi genético. En segundo lugar, podría haber un argumento más materialista, que entre los pewenche parece prevalecer,¹¹⁵ y que está vinculado al hecho de que los roles de salud, y no sólo estos, sino también los relativos a otras esferas culturales como la política, económica, etc., sencillamente pueden aprenderse estando en contacto directo con ellos, visualizándolos en

¹¹⁴ Extracto del grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo. H4: Kimche; H3: *Santiguadora*; H1: *Lawentuncheve*; M: Marcelo González; H2: Partera.

¹¹⁵ Unas páginas más atrás se hacía alusión a la aparente poca importancia que los pewenche de Alto Bio Bío entregan al *küpalme* o a la transmisión de elementos por vía hereditaria. Luego, es coherente que este argumento no sea el predominante con respecto a la determinación de roles.

la práctica.¹¹⁶ Esto, claro está, encuentra sus límites, sobre todo en casos como el ya revisado, donde se hace referencia a que en determinadas circunstancias los remedios necesarios para ciertos tratamientos son también entregados en sueños, a los elegidos de *Chao Ngenechen*.

“Y son muy poca la gente que son dones que están en cada familia... Mi abuelita era médica, partera y también siempre fueron paterno, por mi papá, mi abuelo fueron personas que fueron... han dirigido la comunidad de alguna forma po’. Mi abuelo fue por muchos años el que organizaba el *nguillatun*, ceremonias, era muy dedicado él, era muy celoso y era muy respetado, entonces... y también quedó eso, dejó esos dones también po’”.¹¹⁷

Dentro de los otros roles “medicinales” que es posible encontrar contemporáneamente entre los pewenche, se encuentra el de partera, o ex-partera debido a que este tipo de práctica se encuentra casi proscrita por el sistema de salud oficial debido a los riesgos que conlleva.¹¹⁸ En la actualidad esta práctica casi no se realiza, pero hace algún tiempo las parteras cumplieron un importante papel en el cuidado de las embarazadas y en la asistencia de los partos.¹¹⁹ El caso de esta especialidad, a diferencia de la de las médicas, es una determinación por puro aprendizaje:

¹¹⁶ Cabe mencionar que, al menos en el caso de lo relatado por las médicas y sus círculos íntimos, para los *lawentuncheve* esta situación no es totalmente válida. Esto porque cualquier persona puede perfectamente aprender los tipos de hierbas, sus utilidades y donde encontrarlas, pero una característica central de este rol, y que será tratada más adelante, tiene que ver con el modo como se diagnostican las patologías, “leyendo el humor”, habilidad que sólo puede obtenerse por medio de un don divino.

¹¹⁷ *Kimche*, intervención durante el grupo focal de Callaqui, Domingo 18 de mayo.

¹¹⁸ De hecho una de las entrevistadas por este estudio, consignada como ex-partera, se mostró reticente a mencionar cualquier tipo de relación con este tipo de práctica, probablemente por temor a alguna reprimenda de parte de los organismos dentro de los cuales se enmarca institucionalmente esta investigación.

¹¹⁹ Es importante destacar que la función efectiva que está prescrita es la de la atención de partos, pero nada se habla en este sentido con respecto a actividades anexas, que muchas veces siguen realizándose. Se citarán algunos ejemplos de esto:

“Sí po’, porque la guagüita cuando están maltratado, cuando la están arreglando, si lo estoy arreglando yo, no mueve nada, no hace ni una cosa. Pero cuando vienen sanitas, con un par de arregladura que le tenga yo, y arreglándola, ahí se mueve, ahí conoce que la cabecita la tiene por

H3: “Mi abuela era partera”.

H2: “Y ella, la abuelita por parte de mi madre, de mi padre, era partera, entonces ellos heredaron”.

H3: “Y mi abuelita igual era partera”.

M: “¿Y eso tiene que ver con...?”

H1: “Con eso aprende uno también, claro, porque uno la mamá le va diciendo, ‘esto y esto, entonces tiene que hacerla’, entonces vas aprendiendo”.¹²⁰

“En ese tiempo eran frecuentes las parteras aquí... digamos, las médicas parteras. Que sabían todo, todo, todo... remedios... saber arreglar la guagua cuando venía en camino, todos esos acomodados, esas técnicas antiguas y que era muy apropiadas para nacer luego... estaban presente ahí. Sin embargo, igual por la difícil... parto de la mamá, costaba. Era un trabajo muy grande con ella”¹²¹.

El aprendizaje de los roles de manera cierta permite un doble movimiento. Por un lado existe un eje sincrónico, en el que el rol es funcional a la población coetánea a su desarrollo. Es decir, un eje que tiene que ver con la función que cumple el rol en un momento determinado, y con cuanto provecho se le extrae al mismo en tal momento. Por otro lado hay un eje diacrónico cíclico, que permite la supervivencia de los roles. En otras palabras, un eje que a través del cual funciona la transmisión de los conocimientos. Sobre este eje, se hace evidente que se está viendo afectado debido a la ya esbozada razón de la prohibición de algunas prácticas, y también pues la mayoría de los jóvenes que son potenciales continuadores de estos roles no demuestran mayor interés por dedicarse a ellos, ni por preservarlos.

aquí, por este lado, y si no, por este lado. Uno tiene que enderezarlos bien” (Partera, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo);

“Y los embarazos, cuando vienen con discapacidad también no son como embarazos normales que los, por lo que dice mi tía, los arreglan y son como más lentos para patear...” (Santiguadora, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo);

¹²⁰ Extracto del grupo focal de Callaqui, Domingo 18 de mayo. H3: Santiguadora; H2: Partera; M: Marcelo González; H1: *Lawentuncheve*.

¹²¹ Facilitador cultural, Cauñicu, lunes 5 de mayo

Otro de los agentes de salud pewenche que persisten y se encuentran en plena funcionalidad en las comunidades son los santiguadores. Se acude principalmente a ellos cuando un niño se encuentra enfermo con el llamado “mal de ojo” o con empacho:

“Acá está el espíritu de la sanación para las guaguas, algunos solamente sanan guagüitas, en este caso para los empacho o para los aojamientos y ellos saben la oración que se utiliza para eso, que no son cualquier palabra y tampoco llegar y pedir así no más, eso lo saben solamente ellos...”¹²²

Los santiguadores generalmente reciben sus conocimientos a través de un aprendizaje imitativo, pero también se sostiene la posibilidad de que adquieran sus habilidades por medio de sueños, como sucede en el caso de la médica, quien a veces también cumple este rol:

H3: “Yo santiguaba porque a mi me enseñó mi mamá”.

M: “¿Y usted cómo aprendió a santiguar?”

H1: “Yo aprendí en sueños. Sí en sueños lo aprendí de santiguar, santiguaba muchas guaguas yo antes. Salvé una guagua que estaba lista pa’ morir”.¹²³

El procedimiento que se sigue para santiguar es, por cierto, secreto en sus detalles, pero a grandes rasgos fue relatado de esta manera:

“Eso tenemos que rezarlo de la oración, le rezamos la oración, esta niña no está... no tiene una enfermedad mal, buena le dije, una enfermedad rara tiene la niña, le dije. Y empezamos a rezarlo a la orilla del fuego. Le di el remedio, lo oramos, rezamos, *Chao Ngenechen* lo rezamos [...] Yo le dije a mi hermana, yo le voy a rezarle una oración le dije, tan justo que le hizo bien, ese momento. Le pasó la... la enfermedad, calmó y después quiso comer algo, comió po’ en el momento, después la oración. Católico y... mapuche, pehuenche”.¹²⁴

¹²² Facilitador cultural, intervención durante la entrevista a *lawentuncheve* y *kimche*, sábado 3 de mayo.

¹²³ Extracto del grupo focal de Callaqui, Domingo 18 de mayo. H3: *Santiguadora*; M: Marcelo González; H1: *Lawentuncheve*.

¹²⁴ *Kimche*, Cauñicu, sábado 3 de mayo.

Además de los recursos religiosos, en la “santiguación” son empleados insumos herbolarios, como el canelo y el peumo, y otros elementos de uso cotidiano como el azúcar y la yerba mate, agregando también muchas veces el fuego como elemento catalizador. A nivel general, puede se puede señalar que los recursos necesarios para lograr una sanación efectiva tienden a encontrarse en lugares apartados y de difícil acceso. Esta situación, por supuesto, también encuentra explicaciones que funcionan bajo una lógica causal. El difícil acceso de los lugares donde se encuentran muchas de las hierbas se debe fundamentalmente a que:

“Mi Dios retira todo. Cuando no lo utilizan, retira todo. Ya ve que aquí mismo ya no hay remedios. Porque nadie los utiliza. Porque todos se van para visitar las postas, los doctores, entonces para qué va a servir esa hierba entonces, mi Dios le dice, ya no quieren tener estos remedios, los retiramos”.¹²⁵

Los recursos medicinales no utilizados son simplemente retirados por Dios, puesto que los hombres no los aprovechan. Esto funciona a la perfección en relación con lo vivenciado, ya que se debe tener presente que el cambio de uso y sobreexplotación del suelo ha generado que mucha de la flora nativa se vaya perdiendo con el tiempo, y que cada vez sea más difícil encontrar ciertos tipos de hierbas o plantas.

Métodos de diagnóstico

Debe considerarse que un elemento muy importante dentro del modelo médico pewenche son los métodos de diagnóstico que le son propios. El principal y más importante es lo que se denomina “lectura de humor”. Este método es muy sencillo, dentro de, evidentemente, la complejidad que lleva implícito, sobre todo a ojos extraños. Se trata de que cada individuo consultante debe llevar su orina, recolectada en ayunas, para que quien posee el don de la lectura de la misma, esencialmente las médicas, aunque en otros lugares mapuche son las *machis*, visualicen las patologías que afectan y podrían afectar al individuo. Luego de esto se planean los tratamientos, los que, dada la naturaleza del diagnóstico, pueden ser curativos o

¹²⁵ Lawentuncheve, con malformación congénita, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

preventivos. Este método de diagnóstico es el principal en la actualidad dentro del modelo médico pewenche, y cualquier otro que pudiese ser mencionado tiene un estatus subsidente.

De otra parte, uno de los asuntos quizás más intrigantes sobre el modelo de diagnóstico pewenche, en vinculación con el rol de partera, resultaba saber si existía algún sistema de diagnóstico para las discapacidades “dadas” en el feto. En general los pewenche negaban la existencia de un método institucionalizado, mas asumían la posibilidad empírica de lo contrario, puesto que, por ejemplo, los embarazos de niños personas con discapacidad “*no son como los embarazos normales...son como más lentos para patear*”. No obstante, esta situación, de manera evidente, no es extrapolable a nivel cultural, puesto que depende de lecturas biográficas atomizadas, basadas en la experiencia personal *ex post facto*. Se trata de explicaciones que, más bien, son construidas a partir de datos dispersos anteriores a un fenómeno, a fin de dar cuenta del mismo.

De lo que se trata aquí es de que, aunque no hay un método institucionalizado para leer síntomas al respecto, los sujetos vuelven a los indicios después de acontecido el suceso para entregarles una carga explicativa. En otras palabras, y en este caso, una vez nacido el niño discapacitado se hace memoria sobre las particularidades del embarazo, para otorgarles a éstas el estatus de síntomas, y aplicarlos comprensivamente en una situación futura símil.

Finalmente, resulta de interés general para esta investigación tener una idea más o menos acabada con respecto al reconocimiento o valoración que los pewenche otorgan a estos saberes “especializados”. A grandes rasgos, puede decirse que en la actualidad existe una valoración o reconocimiento mayor que el que existía antaño. En este punto cabe recordar que antiguamente era muy común la asociación entre las prácticas médicas y las de la esfera de la brujería. En este mayor respeto contemporáneo por este tipo de prácticas juega un rol trascendente, sin lugar a dudas, el hecho de que las mismas estén siendo reconocidas por la institucionalidad gubernamental, y no sólo esto, sino que también apoyadas en diversos términos.¹²⁶

¹²⁶ Con esto se hace referencia fundamentalmente al programa de salud intercultural implementado por el Servicio de Salud Bio Bío, con el apoyo del Programa Orígenes y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, desde el año 2001.

Además existen en Alto Bio Bio varias ONG interesadas en difundir estos conocimientos. En todo caso, y más allá de esto, es posible sostener que los agentes de salud son valorados debido a que prestan un servicio, y este es que cumplen una función importante con respecto al bienestar de las personas dentro de las comunidades (aún cuando, como se ha dicho, los receptores de ese bienestar sean escasos).

3.4 Otras creencias religiosas

Si se hace referencia a las posibles racionalidades de acción, inmersas en modelos determinados, que están en vinculación con actividades terapéuticas o de sanación, se debe tener conciencia de que las posibilidades no se agotan necesariamente en los modelos ya expuestos en este trabajo. Además de estos, se deben considerar por fuerza un modelo terapéutico que aparece como de trascendencia indudable en las comunidades pewenche, y no sólo en ellas, aunque muchas veces puede no ser considerado en este sentido. Se trata simplemente de las racionalidades de acción terapéuticas vinculadas a la fe cristiana¹²⁷, a la creencia en Dios, los santos y la virgen (dependiendo de la tradición cristiana que se elige seguir), y las solicitudes directas que se hacen ante estos seres para que intercedan ante coyunturas terrenas, en este caso sobre patologías. Entre las opiniones que sustentan esta esfera aparecen, por ejemplo, versiones de ascendencia protestante:

“Yo creo que sólo Dios los puede sanar, porque si no hay médica, si no hay médico que nos pueda sanar, sólo Dios nos puede sanar si emite un poder”.¹²⁸

El desarrollo de prácticas religiosas no pewenche se presenta ya hace algunos años en Alto Bio Bio, y responde a la introducción en principio de misiones católicas, y luego de varios credos de la corriente protestante, como el pentecostal y el anglicano. No obstante, la consideración terapéutica del vínculo con lo espiritual no se remonta sólo a la introducción de estos credos, sino que se encontraba, según los propios pewenche, en el seno de su

¹²⁷ Estas prácticas hasta cierto grado son habituales en la población no indígena, tanto en sectores populares, como medios y altos: ir a misa y rezar ante la enfermedad grave de un ser querido pidiendo por su mejoría, mandas, cadenas de oración, imposición de manos.

¹²⁸ Autoridad cultural local, sábado 17 de mayo.

tradición. De cierta forma, el rezo a los seres sobrenaturales no es inaugurado con la introducción de las religiones occidentales, sino que estos existen con anterioridad a ésta. Fuera de lo señalado, habría que consignar que los individuos se acercan a estos credos exógenos por diversas razones, entre las que encontramos que:

H1: “[Los enfermos aquí han encontrado sanidad] Aquí han habido distintos... han venido enfermos...”

H2: “Cuando el niño chico llegó cojo, cuando el niño llegó cojo y sanó”.

H1: “Pudo caminar, dejó su bastón y se fue caminando. Por eso nosotros creímos que el Evangelio es bueno y que Cristo sana”.¹²⁹

El testimonio citado permite visualizar cómo las personas pueden considerar que es posible encontrar cura para determinadas deficiencias a partir de elementos metafísicos (en el ejemplo se menciona “la cojera”, pero hay muchas otras, y adquiere gran mención, como el alcoholismo¹³⁰). En muchas oportunidades estas curas tienen reservado conceptualmente el lugar de “milagros”, entendidos estos como situaciones en que ciertos escenarios de difícil resolución por medio de las potencialidades humanas, son resueltos de modo súbito por entidades sobrehumanas, divinas o sagradas¹³¹.

Ya se ha mencionado que las “terapias religiosas” no se restringen a lo que podría derivar de credos protestantes, y de hecho podría plantearse que la vinculación en este sentido se relaciona con una minoría de los casos presentados. El tipo de terapia religiosa más recurrente para los pewenche resulta bastante lógica después de un análisis que considere medianamente sus características culturales. Se trata sencillamente de las oraciones individuales que se pueden proferir hacia Dios, los santos, la Virgen u otros seres vinculados con la esfera de lo divino. Y esto es muy importante entre los mapuche, debido a la ya mencionada existencia de una suerte de “sacerdocio universal”, donde no es necesaria la

¹²⁹ H1: Hijo de persona sorda de 67 años; H2: Hija de persona sorda de 67 años, Cauñicu, domingo 4 de mayo.

¹³⁰ “Muchas veces él mismo también, por la bebida o el alcoholismo, también se enferma la gente. Ese es un tema fuerte que hay acá en el Alto Bío-Bío. Yo también salí de eso, no lo puedo negar. Pero gracias a Dios hoy día he salido de esa cosa...” (Autoridad cultural local, sábado 17 de mayo).

¹³¹ En general los procesos de beatificación y santificación de la Iglesia Católica están directamente asociados a la realización de milagros frente a enfermedades terminales e incurables por la medicina.

mediación para lograr el contacto con las divinidades. Luego, es posible encontrar con bastante frecuencia el empleo de estrategias de vinculación con lo divino, a fin de generar modificaciones en lo terrenal.

* * *

A modo de síntesis, en este capítulo se han revisado a nivel general las prácticas terapéuticas que los pewenche emplean, o más correctamente a las que recurren, cuando se enfrentan a situaciones patológicas. Estas han sido divididas en tres grupos, en base fundamentalmente al marco conceptual desde el cual emergen. En primer término encontramos las terapias derivadas de un marco occidental alópata, conocidas por los pewenche muchas veces bajo el término *medicina winka*. Estas están vinculadas, dentro de la percepción pewenche, fundamentalmente al tratamiento de patologías cuyo origen es considerado como natural o derivado justamente de la presencia *winka*.

En segundo término se distinguió y trató con cierta extensión el modelo médico tradicional pewenche, fundamentalmente a cómo funciona en la actualidad. En este sentido se expuso el sistema diagnóstico, la determinación del establecimiento de ciertos roles de salud, el tipo de enfermedad a que estas terapias están destinadas, entre otros aspectos que asomaban como relevantes. Finalmente se expuso un tipo de terapia que de cierta forma es transcultural, debido a que los elementos formales de la misma se asoman como irrelevantes, en el sentido de que el común sustento de todas, y el elemento para ellas relevante, es su sustancia: la fe religiosa. Este tipo no es considerado comúnmente en el estatus con cual es tratado en esta investigación, pero resulta tan relevante en la cotidianeidad de las personas que resultaba necesario darle un tratamiento simétrico en relación con los otros métodos, al menos nominalmente.

4. LA INTEGRACIÓN Y LA INVERSIÓN DE LO COLONIAL O WINKA

Antes de aproxímanos a conocer como viven la integración las personas con discapacidad en las comunidades se nos presenta las siguientes interrogantes: ¿cómo se vivenciaba las malformaciones o discapacidades de hoy, cuando alguien nacía con alguna anomalía o malformación congénita?, ¿cómo era asumida esta situación por las familias pewenche, y cuales eran las respuestas frente a esta problemática? En esta investigación se logro obtener relatos que nos adentran a descubrir las conductas que asumían las familias y la comunidad, por ello hemos llamado al siguiente punto la inversión de lo colonial, que intenta explicar cómo el pasado pewenche sin intervención permanente o profunda de lo winka manifestaba actitudes dentro de un marco de normalidad cultural por situaciones de “anormalidades” o “malformaciones congénitas” de los recién nacidos y niños.

4.1 La inversión de “lo colonial” en la discapacidad

Cada grupo desarrolla formas de interrelacionarse entre sí y establece códigos de reconocimiento en un “nosotros” donde cada cual tiene un papel en el engranaje de su sociedad. Pero ¿qué pasa cuando uno de sus miembros no puede tener un papel funcional en este engranaje?, ¿Cual es la reacción del grupo frente a los sujetos que no calzan con su normalidad? Sin duda, es posible que cada grupo haya desarrollado formas para enfrentar aquello que consideraban fuera de normatividad. Se conoce conductas de control natal, por ejemplo, relacionada con la cantidad de recursos disponibles o mecanismos de seguridad para una tribu, que deben ser entendidos en sus contextos. Por lo que es de esperar que entre los pewenche este haya sido el caso.

En las sociedades indígenas de Chile, cada pueblo también desarrollo mecanismos de relación con lo que estaba fuera de la normalidad, como por ejemplo, lo que hoy se entiende por discapacidad. En algunos países se han desarrollado seguimientos a enfermedades que en las últimas décadas se han introducido en las comunidades indígenas tradicionales¹³², pero para el caso chileno, se desconoce estudios que profundicen las realidades asumidas

¹³² En algunos países de América Latina se ha realizado estudios asociados a enfermedades contagiosas como el VIH. Existen publicaciones en revistas que hablan sobre las condiciones en que se encuentran comunidades indígenas afectadas por enfermedades introducidas como por ejemplo la revista asociada a la ONG APLA editada en Los Ángeles, California. Fecha de consulta 21/07/08 www.apla.org.

entre los indígenas en el pasado respecto a la discapacidad o a diferencias físicas entre individuos de una misma comunidad.

A partir de ahora se expondrá una relación inversa a la intromisión del *winka* o chileno vinculada con conductas asumidas de las comunidades *pewenche* sin aquella intervención. En los puntos 1, 2, 3 del presente informe, se enunciaron las características de las enfermedades o discapacidades y como estas eran abordadas desde la cultura mapuche – *pewenche* y desde la cultura chilena en la actualidad. En este acápite, la inversión de lo colonial como se ha llamado a este punto, en virtud de la existencia de “un ideal imaginario colectivo e individual del pasado *pewenche*”, expone los discursos referidos a conductas asumidas por los *pewenche* bajo sus propias normas de convivencia.

La discapacidad como fenómeno que limita a las personas para desarrollarse en su medio sin duda crea conflictos entre sus pares. En las comunidades *pewenche* la discapacidad de un miembro de la familia recarga las difíciles condiciones socioeconómicas en las que se encuentran. En el pasado, de algún modo tal situación podría conflictuar a la familia, por ejemplo en las actividades de veranada¹³³, donde el traslado de la familia era total, de modo, que la alteración a sus formas de convivencia repercutía en la propia sobrevivencia de la familia.

Las actividades económicas o de subsistencia conducían a los miembros de la familia a tener diversas tareas a cumplir como el pastoreo y la recolección de frutos, que previamente eran asignadas. De este modo, el tiempo y los recursos estaban completamente invertidos en las labores de la veranada o internada, según la estación, y cualquier otra situación podría poner en riesgo o dificultar las dinámicas sociales.

¹³³ El día 22 de abril del presente año, se realizó una entrevista en la cede COANIL de Hualpen. En este lugar desde agosto del año 2007 se encuentra internado Israel Urrutia de 9 años de la comunidad de Pitral, él padece múltiples discapacidades (deficiencia intelectual severa, límite superior, no control de esfínter, daño orgánico cerebral, hidrocefalia). Este niño fue internado por su madre con la intervención de la municipalidad de Ralco bajo el argumento de que ella no podía darle los cuidados necesarios en su casa, además no podía trasladarlo a la veranada. El psicólogo de la institución nos señaló que posiblemente esta decisión de parte de la madre estaba influida por la actual pareja de ella, agregando que desde entonces, la madre ha realizado muy pocas visitas a su hijo. Aunque el hogar es de tipo transitorio ya que los niños son retirados en vacaciones por sus madres, Israel no fue retirado por la madre durante las vacaciones de verano.

Lo señalado se logra percibir por medio del relato efectuado por los participantes del grupo focal en la comunidad de Callaqui. Allí se evidenció la normatividad vinculada a la presencia de la discapacidad en alguna familia pewenche.

La discapacidad se transformaba en un problema para la familia, que se veía obligada a adoptar métodos, que no cabe juzgar, para afrontar dichas dificultades. Cuando nacía un niño con algún tipo de problema que no tuviese para la familia certeza que podría lograr crecer y desarrollarse como un niño normal, se utilizaban diversos métodos para que la expectativa del niño fuese menor. Por ejemplo, no se lo alimentaba hasta que el niño o niña muriera de incisión, o era expuesto al frío.

H4: Y lo otro también que antes la gente no, cuando nacía un niño, una niña así, dejaban porque ellos no quería mejorarlos. Y nosotros ahora compramos el sistema como estamos ahora y ya hay protecciones, hay donde pueden optar a una silla de ruedas, qué se yo. Antes no existía eso, entonces hay más posibilidad pa', pa' las personas con discapacidad.

A: ¿Y antes esas personas que no tenían apoyo, se los dejaba encerrados en la casa?

H4: En la casa no má'.

A: ¿No los llevaban a la veranada, por ejemplo?

H4: Los llevaban, pero la familia no más. A veces los dejaban abandonados, no podían acarrearlos, los dejaban en la casa.

H1: Yo misma, caminé de los cinco años, y andaba gateando. Cuando pude caminar, qué felicidad más grande! Me hacían chalas, a patita.¹³⁴

En el grupo focal realizado en Callaqui, don Kimche presentó, desde sus propios conocimientos, lo que sucedía con las personas discapacitadas. Él señala que no existía preocupación de parte de los adultos o padres hacia los hijos que estaban con alguna discapacidad, incluso se les abandonaba a su suerte como lo indica el testimonio de una *lawentuncheve*¹³⁵.

¹³⁴ Grupo focal de Callaqui, 18 de Mayo.

¹³⁵ Ver capítulo 1 y 3.

Según sus propios discursos, tal situación podía llegar a extremos, de este modo las personas con discapacidad tenían pocas posibilidades de tener una vida en mejores condiciones, mas aún, la exclusión partía desde la misma familia según el relato.

H1: Sí, mi abuelito me salvó, porque cuando yo recién nací me querían quitarme la vida, pa' no verme así como andaba inválida. Mi abuelita me cuidó como dos meses, obligaba a mi mamá que me diera pecho. Si pasé por todo. ¹³⁶

En los discursos emanados en la investigación se daría a entender que las conductas sociales que se tenía hacia el discapacitado giraban en torno a la interpretación subjetiva¹³⁷ del padecimiento del sujeto. Por una parte, se entendía que había una fuerza extrahumana que había influido sobre la persona en la gestación, una especie de castigo hacia los progenitores, o como una especie de fatalidad. Y por otra parte, en la condición, en que se encontraba el niño o niña, no había nada por hacer¹³⁸. Finalmente, los cuidados que requerían estos niños con esas características no condescendían con las actividades hogareñas, debido a la dinámica de subsistencia que les obligaba a establecerse estacionalmente.

H1: Con ese niño, había que tenerlo todo al aire, helado. Porque si usted lo vestía se marchitaba como pa' morir. Entonces mi mamá lo tenía afuerita, pa' que recibiera aire, le estaban haciendo aguas aquí por esta parte. Mi mamá dice que le dio tanta lástima su hijo, porque era hombre, le calentó los paños, le calentó los antes se

¹³⁶ Lawentuncheve, entrevista, 18 de Mayo.

¹³⁷ Al respecto ver capítulo 1

¹³⁸ En un artículo de la revista *Journal of Rehabilitation*, oct-dec 2007 "México y los México-americanos "creencias acerca de Dios en relación a la discapacidad se señala en torno a las creencias sobre la aparición de enfermedades o discapacidades entre población de origen indígena que "Además de los problemas genéticos y después de accidentes de nacimiento, la literatura informa que los personas con discapacidad son visto por los hispanos con una interpretación de la etiología como algo sobrenatural". Se entendía que había en la aparición de las discapacidades una especie de castigo divino, extrahumano por malas prácticas, comportamientos inaceptables. Ante esto, las existía de parte de los mexicas "un marco fatalista que hace suyas las actitudes de estoicismo y poca capacidad de alterar el curso de la vida".

usaba.... Le calentó los cueritos para envolverla y murió. No era pa' eso. Y ahí seguí yo, a los dos años después.¹³⁹

Por lo expuesto las personas que participaron de grupo focal deducen que posiblemente las familias podrían abandonar a la persona que presenta alguna discapacidad, incluso exponerlos a la muerte directamente. El abandono podía producir la muerte por inanición, falta de cuidados higiénicos, infecciones, abrigo, etc. Por tanto, las familias no invertían recursos en aquellos que consideraban débiles y cuyas expectativas de vida según sus criterios eran bajas, por consiguiente, la posible inversión no sería devuelta (vuelta de manos) en el futuro.

H1: Claro, porque nadie se preocupaba de mí. ... si me moría por ahí me moría del hambre. Pero Dios es tan grande, cuando uno quiere levantar a un inocente digamos, y yo era una inocencia, no era una persona. Porque hubiera sido una persona que hubiera tenido mi madre, mi padre, hermana, se preocuparían... y entonces si estaban sirviendo alguna cosa buena ya está mirando otra vez, y llegaban y me cerraban la puerta. Por eso a mí me da no sé qué cuando quedan los platos en alguno de los chicos. Sobre todo mi nieto, cuando reclama la comida, me duele. Me duele el corazón porque yo pasé por ese punto. Y si no me quitaban la comida la dejaban colgada pa' donde no iba a alcanzar yo¹⁴⁰.

La historia de vida de entrevistada grafica las condiciones en que se podría encontrar un niño discapacitado dentro de una familia. Incluso la muerte por abandono o por voluntad asehaba a los niños personas con discapacidad, por ello se puede deducir que las expectativas de vida de ellos eran muy bajas si no existían las condiciones adecuadas de protección e integración de estos niños para que se convirtiera en adultos. Según los entrevistados, la situación expuesta podría explicar el desconocimiento de la existencia de un número importante de personas con discapacidad por lo cual se tiene muy poca memoria de haber conocido a alguno.

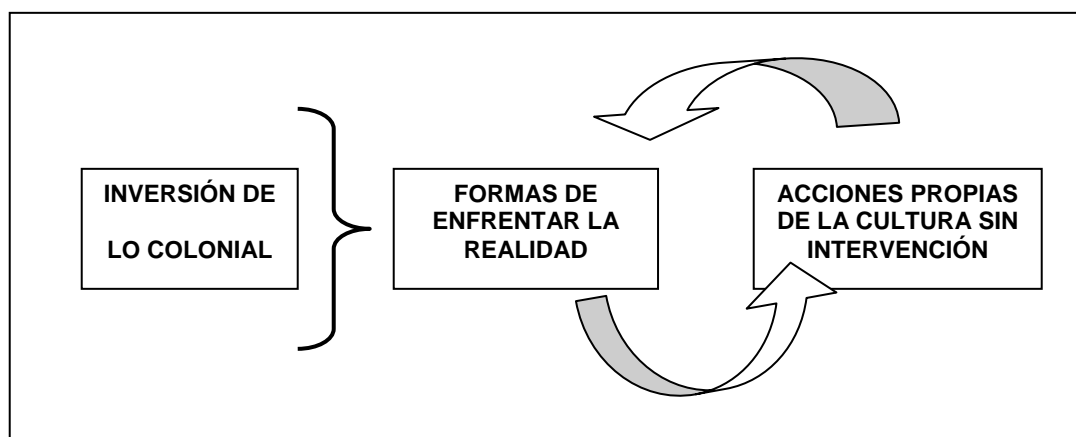
¹³⁹ *Santiguadora* en entrevista a *lawentuncheve*, 18 de Mayo.

¹⁴⁰ Relato de *lawentuncheve*, 18 de Mayo.

En consecuencia, las acciones o conductas desarrolladas por las comunidades pewenche debieran entenderse en el contexto histórico. Ha sido interesante exponer un fenómeno poco discutido por la propia comunidad *pewenche* y poco conocida fuera de ella, donde entran en juego la cosmovisión del pueblo con la realidad, de modo, que las respuestas a circunstancias particulares se encuentran enmarcadas en la propia cultura, es decir, en sus formas de percibir el mundo y las relaciones del hombre con lo que le rodea y es parte de él.

En este punto se ha descrito situaciones complejas desde la cultura pewenche versus la intervención de lo llamado “*winka*”. La “modernidad” a traído consigo profundos cambios dentro de las comunidades indígenas y en este caso sobre las comunidades pewenche de Alto Bío Bío. La ruptura entre el pasado y la incorporación de la cultura campesina chilena a la pewenche generan en sí nuevas dinámicas, cambios que estaría siendo comparados con el pasado por los actores sociales presente en este estudio.

Figura 5: Inversión de lo *winka* o colonial



Esta figura sintetiza las conductas que asumían las familias cuando un niño nacía con alguna malformación. Por una parte existían diversas formas de enfrentar una realidad compleja como una malformación congénita por ejemplo. Esto se traducía en actitudes individuales que se podrían explicar desde la cosmovisión y por ende todo esto se traducían en acciones asumidas dentro de la cultura sin intervención de lo *winka* que asumían las familias.

4.2 Mecanismos de Integración de las personas que presentan déficit físico y o mentales

Para iniciar esta exposición se presentan las estrategias o medios de integración que las personas pewenche con déficit funcionales y o estructurales, disponen para establecer las conexiones necesarias dentro de sus familias y la comunidad. Es decir, que procuran -y/o se les facilitan- logros físicos, mentales y sociales conducentes a tener una “buena vida” o bienestar en sociedad. Y que presentan una predisposición vital conducente a la realización de actividades, a la participación y a la representación y demanda de derechos garantizados.

De otra parte, en lo referido a sistemas inclusivos, hay que reparar en que el contexto no opera como un marco pasivo, sino como sistemas dotados de recursos y de voluntades (gestión) a nivel de la sociedad, la comunidad o la familia, y que pueden ser excluyentes y discriminatorios o acogedores e inclusivos.

La sinergia de estos factores, sistemas inclusivos y personas con disposición a integrarse, da lugar a espacios sociales (territorios¹⁴¹, comunidades, barrios, organizaciones sociales, establecimientos, instituciones) pluralizados o propensos a la diversidad, que lo son en la medida que tanto el sistema, como el colectivo asumen y otorgan valor a todas las diversidades (no sólo las físicas y mentales). Lo contrario da lugar a situaciones uniformadas o propensas a la homogenización en torno a lo que el sistema define como correcto y esperable, negando y descalificando la diversidad, y, por tanto, excluyendo de sus jerarquías y funciones a los que presentan diferencias con esa normalidad así definida y socializada.

Constituye desde este ámbito, un desafío establecer qué tipo de integración tienen personas indígenas discapacitadas dentro de sus propias sociedades, ya que el Estado reconoce “el derecho a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales”¹⁴².

El modelo operativo CIF sostiene que “el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como la relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales y personales).

¹⁴¹ Entendidos como espacios geográficos, sociales y simbólicos.

¹⁴² Ley 19.253, Título 1 Párrafo 3, artículo 7

Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interrelaciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible” (FONADIS 2004:15). Por lo señalado, conocer y describir la dinámica del tipo de relaciones que pueden establecer las personas con discapacidad pewenche conlleva la comprensión de la enfermedad (*kutran*), su origen, las prácticas terapéuticas y las relaciones de reciprocidad entre las personas y su comunidad.

La dinámica de la sociedad pewenche y de la sociedad mapuche en general, en parte ha sido determinada por los procesos relacionales experimentados con la sociedad chilena criolla, que llevó a las comunidades indígenas a adoptar otro tipo de patrones sociales diferenciadores, y que se manifiestan en los resultados de este estudio. Sin lugar a dudas, la influencia de la sociedad criolla, colona y chilena, han sido decidoras a la hora de observar actitudes del grupo frente a las personas indígena que presenta algún tipo de discapacidad.

Lo anterior está referido, a lo que antes se ha señalado como dos estados de salud: uno pewenche, que es total y que se relaciona con la convicción de que la salud (“la buena salud”) es inmanente al ser humano, desde el criterio que “nadie se enferma”; y otro *winka*, cuyo alcance o logro, la salud total y permanente, es un ideal esperable que no siempre se logra o que se pierde en el transcurso de la vida, y que se asocia a la idea de que todos potencialmente pueden estar enfermos. Por lo tanto, un mismo sujeto puede estar completamente sano (no enfermo) en un sentido pewenche, mientras que al mismo tiempo es víctima de innumerables patologías (en un sentido *winka*).

Así, se puede conjeturar que la perspectiva *winka*” al aceptar las enfermedades en el rango de lo normal, y la salud perfecta como un horizonte deseable que se pierde en algún momento de la vida, crea una gradiente que obliga o al menos plantea la demanda a la comunidad para que se haga cargo de sus enfermos, pues estos existen y el estado de salud deseado es nulo o casi inexistente. Es decir, se crea al menos una situación transitiva o al menos la coexistencia, de un estado donde nadie se enferma a un estado donde todos están enfermos, de una responsabilidad por la integración alojada en cada individuo, a una responsabilidad que se traslada a la comunidad.

Se ha señalado que la cosmovisión pewenche traslada al individuo la responsabilidad de construirse como sujeto en sociedad, y, por ende, establecer y desarrollar vínculos y redes sociales. La integración de la persona, al grupo, surge desde lo individual y, una vez conciente de su individualidad, el sujeto se hace presente de modo que puede darse la posibilidad de generar nexos con su sociedad o comunidad (Wiviorka 2003)¹⁴³.

En el marco cultural pewenche la sociabilidad gira en torno al desarrollo de relaciones recíprocas que se establecen entre todas las personas, y, por tanto, funcionan –idealmente– en un perfecto equilibrio. La participación de la persona en estas relaciones recíprocas, le permite generar un sentimiento de pertenencia hacia determinado medio social, siendo la comunidad, en este caso. Siempre dentro de ese marco cultural, el individuo para generar esta red de relaciones, requiere encontrarse, idealmente, en perfecto estado de salud, física, psíquica y espiritualmente. Cuando esto no acontece, hipotéticamente podrían generarse conflictos individuales, redundantes posiblemente en una automarginación temporal o permanente del medio social.

Para analizar las distintas aristas que puede presentar el concepto de integración, se profundizará en aspectos referidos a las actitudes que presentan los individuos en vinculación a la capacidad de integración social, de acuerdo a las deficiencias que presentan. Se inicia este análisis con la descripción de las actitudes que asumen las personas con algún tipo de discapacidad, y de qué manera éstas les permiten o no entrar en el juego de relaciones dentro de su espacio vital.

¹⁴³ Wiviorka al referirse a la cuestión del sujeto en la concepción hegeliana dice que “al reconocer los particularismos culturales, en la medida en que los mismos respetan los valores universales del derecho y la razón, se brindan mejores oportunidades a los individuos que proceden de ellos para su participación en la vida de la polis”, Pág. 58. Del mismo modo, en el marco cultural pewenche las relaciones establecidos entre los sujetos y la sociedad permite el dialogo inclusivo.

4.3. Voluntad personal a la integración

En muchas oportunidades, la participación de las personas con algún tipo de discapacidad pasa por las posibilidades que éstas tengan contextualmente, pero además, por la voluntad y capacidad del individuo para sortear las dificultades que el medio le presenta y desenvolverse en el mismo. Si bien lo señalado resulta obvio, ello depende de la autopercepción que cada individuo tiene de sus propios déficit estructurales y o funcionales, y de la percepción de cuanto lo acepta, lo ignora o la rechaza la comunidad; percepción de rechazo que, incluso, impide reparar en instancias sociales que pudieran presentar algún grado importante de disposición inclusiva. Esta situación, bastante lógica por lo demás, queda reflejada en el siguiente testimonio, respecto de una persona que padece de sordera desde hace algunos años.

“Cuando llega, por ejemplo, sus amigos aquí entonces, poco lo... se acerca a él... como que se aleja, como que le da vergüenza... nos deja a nosotros conversando [...] Se queda callao’, se sale...”¹⁴⁴

Lo testimoniado se traduce subjetivamente en una “vergüenza” por su estado. Esta situación inhibe el desarrollo de relaciones sociales, aún cuando el resto parece mostrarse abierto a establecer las mismas con él. El individuo se auto repliega como mecanismo de defensa frente al potencial rechazo social, aislándose y rehusando la oferta relacional, y luego “no quiere ni bajar”.¹⁴⁵

Muchas veces estas percepciones provienen de los cuidadores de las personas con discapacidad, ya que ellos se encontraban imposibilitados de ser considerados directamente en el estudio por razones más bien obvias. Este es el caso de los siguientes testimonios:

“Ehh, en realidad son rebeldes por el hecho de que no puede comunicarse, no pueden decirle a una persona lo que sienten o inmiscuirse en una conversación, ellos no lo pueden hacer. Y también estuvo un tiempo agresivo que, que como reaccionaba así con rabia, pero después él llegaba sólo, y llegaba como buscando el lado bueno, y

¹⁴⁴ Hija de persona sorda de 67 años, Cauñicu, domingo 4 de mayo.

¹⁴⁵ Bajar significa ir la zona donde se encuentra el camino enripiado que une las comunidades del Queuco con Ralco, donde se encuentra la posta y donde se realiza el pago de pensión cada mes.

como que de alguna manera ellos piden disculpas o perdón...cuando han faltado a algo".¹⁴⁶

“Mi mamá me contaba que cuando ella fue chiquitita y nació con su defecto físico, a ella como que le daba mucha vergüenza igual, porque no se sentía normal, no era como toda la gente”.¹⁴⁷

Estos testimonios ponen en evidencia que, aunque la persona desde un comienzo desee integrarse, se siente de plano en una “situación desventajosa” (el personaje aludido padece de deficiencia mental), entre otras razones, en la imposibilidad de comunicarse con los otros, en otras palabras, de generar vínculos recíprocos de sociabilidad. En el segundo caso, la persona aludida como presenta “un defecto físico”, haciendo alusión a la diferencia que presenta ésta con respecto a la “normalidad” del resto. Esta situación, por cierto, era internalizada por su madre en forma de “vergüenza”, marcando desde ese punto una cortapisa en referencia a la potencialidad de establecer relaciones con el resto.

Es decir, al inaugurarse una situación de transitividad, desde la no enfermedad a la enfermedad (unas y otras con igual rango de “normalidad”), surge con ello dos ejes opuestos de visualización y actuación frente al problema: de una parte la obligación – no reconocida y no asumida muchas veces- de la sociedad de hacerse cargo de sus enfermos, y, de parte de las personas con déficit, de la percepción de su propia diferencia respecto de los demás, asumido como clara desventaja y motivo de vergüenza.

A la inversa, existen individuos que pueden y quieren integrarse a la red de relaciones sociales. Y, que a la par, perciben al resto”, es decir, la comunidad, dispuesta a recibirlos y a entrar en relaciones recíprocas con ellos, visualizando una posibilidad de integración casi ideal. El siguiente ejemplo ilustra como una persona con discapacidad mental, en apariencia leve, logra ser aceptada por la comunidad y formar parte de ella sin mayores diferencias con cualquiera otra persona de su comunidad:

¹⁴⁶ Cuidadora y madre de joven con déficit mental, Callaqui, domingo 18 de mayo.

¹⁴⁷ *Santiguadora*, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

“...cuando [mi hermano] se integra, se integra. Y se siente con... unido con todos los demás. Hay una reunión, él allá está, riendo, sonriendo, diciendo alguna cosa. Él no se siente diferente a los demás, la mayoría lo quiere. Los que son raros con él son una minoría [...] En todas las cosas que se hacen él siempre llega ahí. Entonces eso indica que le gusta hacer mucho [...] está inscrito en la comunidad. Es un miembro del listado de la comunidad. Es un miembro del listado de la comunidad, entonces cuando hay que firmar un apoyo a él también lo llaman, va a poner su dedo ahí. Si, sí, es tomado en cuenta.”¹⁴⁸

Como se puede observar, la condición personal de Juan, el hermano de quien entrega este testimonio, no le impide, y es más, quizás incluso incentiva su participación en las actividades de la propia comunidad. Y es que incluso en las actividades que podría suponerse le debiesen estar vedadas, como las políticas, Juan participa sin ninguna dificultad.

Cuando la discapacidad es de mayor magnitud, las personas afectadas lógicamente parecen tener mayores reparos subjetivos con referencia a la integración. Así por ejemplo, muchas veces por iniciativa personal o familiar, los individuos levantan una serie de barreras protectoras a objeto de evitar ser lastimados por “el resto”, sea la comunidad o la sociedad en general. De esto da cuenta el siguiente testimonio:

“[A mi hijo la familia lo ve] diferente. Porque para ellos ya es una diferencia muy grande, entonces en parte como que lo discriminan un poco [...] cuando no puede explicarse lo que él quiere, lo retan [...] Entonces la familia como que no tiene mucha paciencia de escucharle lo que él quiere”.¹⁴⁹

En este testimonio se puede observar la manifestación vívida de la discriminación por la “diferencia”. Es interesante constatar que en gran parte ésta se debe a las dificultades de comunicación del niño del caso citado. Existen entonces dos posibilidades. La primera radica en que la presencia/ausencia de discriminación tenga relación con la profundidad de la

¹⁴⁸ Facilitador cultural, Cauñicu, lunes 5 de mayo.

¹⁴⁹ Cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje, Callaqui, viernes 16 de mayo.

deficiencia que presente el sujeto. Como en este caso la deficiencia es “mayor” que en el anterior, es posible que este individuo sea discriminado y el anterior se pueda integrar sin problemas.

Pareciera que parte importante de la voluntad de integración, entre los pewenche, radica justamente en la percepción personal de la capacidad que se tiene para establecer relaciones sociales. Esto se ve reafirmado, en particular por en aquellas personas afectadas directamente en su capacidad o déficit funcionales para comunicarse y establecer sociabilidad.

A modo de reflexión, es posible adelantar a partir de los testimonios citados, una interrogante que está relacionada con la auto-percepción del estatus de la discapacidad y que a continuación se describirá. Pero antes cabe hacerse la pregunta sobre ¿cuando se pierde la voluntad de participación?

Emocionalmente la persona con discapacidad indígena, puede verse afecta por las limitaciones que tiene para el desempeño de sus actividades y por las restricciones que percibe se le presenta tanto el medio geográfico como social a su participación en sociedad.

Al poner como ejemplo a las personas que por la edad, accidentes y enfermedades se fueron discapacitando en el tiempo, se puede observar que existe una mayor presión sobre su propio estatus, es decir, las personas se sienten sobrepasadas por dichas enfermedades y el peso de ellas se percibe con mayor incidencia, debido a que se compara con la vida que se llevaba antes de que se manifestaran. Desde esta perspectiva, es importante reparar en cual será la auto-percepción de las propias discapacidades o limitaciones que tienen estas personas y que puedan entregar pistas sobre los posibles requerimientos para hacer posible su participación.

4.4. Auto-percepción de estatus (enfermedad o limitación)

Durante el estudio fue posible observar diversas situaciones en que los sujetos autodefinen su condición de enfermedad, y las implicancias que tiene la misma dentro de su contexto cotidiano. No obstante, es necesario aclarar que hay un segmento que difícilmente puede ejecutar esta reflexión sobre su estado. En este caso, resulta fundamental el pensamiento que tienen los cercanos al sujeto con discapacidad. En esta diversidad de aproximaciones, es posible encontrar un amplio espectro de auto-comprensiones (desde una primera o tercera persona, dependiendo del caso): desde las que van de una visualización general donde las limitaciones propias no son relevantes o no se constituyen como un obstáculo, hasta las que enarbolan las deficiencias como cortapisas determinantes e insalvables desde la subjetividad de cada cual.¹⁵⁰

Como ya se ha esbozado en páginas recientes, uno de los elementos en que los sujetos centran sus interpretaciones con respecto a la discapacidad es en la posibilidad de comunicación. Este parece ser uno de los elementos centrales para mensurar la discapacidad, en tanto la comunicación –como dispositivo que solo puede ser gatillado desde las individualidades- es el mecanismo sin el cual la construcción de identidad y de sentidos, de una parte, y de sociabilidad, de otro, aparecen como una empresa casi imposible.

La situación, desde la subjetividad de las personas, no parece variar significativamente entre quienes tienen dificultades funcionales para comunicarse (desde las sensoriales hasta las mentales y conductuales) y quienes presentan, por ejemplo, dificultades de desplazamiento severas lo suficiente como para dañar su potencial de sociabilidad. En el siguiente caso se observa como una anciana percibe su estado de salud como en decadencia, justamente en consideración de este aspecto, y comparando el presente con su añorada juventud:

150 Aquí es válido un principio fundamental en sociología formulado por William I. Thomas en su libro *The Child in America: Behavior Problems and Programs* (1928), conocido como Teorema de Thomas, que suele enunciarse de la siguiente manera. "Si se define una determinada imagen de la realidad, esa imagen tiene efectos reales". O dicho en otros términos, la imagen que los hombres se forman de la realidad, sea cierta o no, siempre es real por sus efectos.

“Ahora estoy harto mal... decayendo ya. Todos estos días que estoy aquí [...]”.¹⁵¹

El testimonio reciente muestra cómo desde una perspectiva subjetiva es aprehendida una condición física limitante, aunque no necesariamente imposibilitante. Se limitan las actividades diarias y se genera un estado de decaimiento que se incrementa a contraluz de la etapa vital anterior, afectando fuertemente la autoestima. Esto puede percibirse también en el testimonio de una persona que asisten con cierta regularidad a diversas actividades sociales, pero su condición de avanzada sordera lo lleva a percibirse personalmente de manera nefasta, lo que incide finalmente en una baja autoestima e incluso, supuestamente, en la aparición de otras dificultades (el testimonio es de sus hijos).

A: “¿Qué le pasa a su papá?”

H2: “Dijo que le da como una pena, así”.

H1: “Y le da vergüenza, porque como él está así, solo”.¹⁵²

En suma, la discapacidad es un tema relevante en tanto incide negativamente en el establecimiento de relaciones recíprocas entre individuos. Y, de la misma manera, esta negatividad trasunta hacia otras esferas personales; se trata de discapacidades que objetivamente muchas veces afectan solo una esfera, pero que subjetivamente son múltiples, e incluso implican depresión:

H1: “No, pero nosotros igual lo ayudamos porque él no es capaz solo”.

H2: “Que a veces se siente mal igual po’, decaído, no tiene fuerza [...] Dice que no le da ánimo, que no tiene fuerza.”¹⁵³

Se trata de una suerte de decadencia total. De un decaimiento profundo que afecta todas las esferas de la vida. No obstante, ¿es posible plantear que esto se deba, en la mente pewenche, sólo a la causa inicial: la sordera? Es probable que no. De lo que se tratará, primero, es de sopesar las causas que generan el efecto sordera, y cómo esas también inciden en otras esferas del ser.

¹⁵¹ Persona con problemas de desplazamiento, Cauñicu, domingo 4 de mayo.

¹⁵² Domitila y Hijo de persona sorda de 67 años, Cauñicu, domingo 4 de mayo (A: Ana Ancapi).

¹⁵³ Hija e hijo de persona sorda de 67 años , Cauñicu, domingo 4 de mayo.

Basta recordar la naturaleza cultural que tienen muchas de las enfermedades. Situación similar puede ocurrir perfectamente en los niños cuya discapacidad es “dada”. Véase el siguiente relato a este respecto.

“...el (niño) está casi constantemente enfermo porque... asiste poco a clases, todo el tiempo [...] O está con resfrío o está con reumatismo a los huesos. Y le duele la manito...y todas partes del cuerpo.

M: “¿Y qué tiene él?”

“Tiene labio leporino. Según lo que me dijo el [médico] tiene frenillo en la lengua parece [...] Y tiene problemas al oído, de medición y escucha ruidos de agua”,

M: “¿Y se puede comunicar bien él, o no?”

“Hay que hablarle fuerte, sí. Si le habla fuerte uno, así en voz alta, escucha, pero poco”.

M: “¿Y habla?”

“Poco. Trata de hablar, pero lo que habla no se le entiende... lo que dice [...] para asistir a una clase, no puede po’... por el dolor que él siente. Entonces es un problema para él porque como no asiste a clases, entonces es difícil aprender”.¹⁵⁴

Véase ahora la cara opuesta. Se trata de sujetos que asumen de manera totalmente positiva las deficiencias que presentan. Y, de manera totalmente afín con lo aquí se ha planteado. Las deficiencias presentadas son de una naturaleza especial, que no ponen ningún obstáculo mayor a la facultad de comunicarse y, por ende, de construir relaciones sociales, es decir, no limitan la sociabilidad. Un ejemplo claro en este sentido lo constituye el testimonio de una *lawentuncheve* de Callaqui, quien presenta una malformación congénita en ambas piernas, la que incide en que tenga problemas para desplazarse:

“...siempre me he sentido media agotada, pero yo hago valores. No me dejo estar acostada en la cama y hago valor de levantarme y al final después me relajo. El relajamiento me viene como contentura, como que se me alegra el corazón. Cuando ya me veo mi cuerpo liviana, pero me quedaron a mí, por lo menos [...] [yo en la casa] tenía que barrer mi casa, tenía que lavare (sic), no podía ir a enjuagar mi ropa.

¹⁵⁴ Cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje, Callaqui, viernes 16 de mayo (M: Marcelo González).

Lavaba, mi esposo tenía que sujetarme, él tenía mucha paciencia conmigo. Me sacaba en brazos, me dejaba sentada en una parte pa' haber sacado la ropa pa' lavar y ponía a lavarme ropa. Pero pa' enjuagarla no me daba la pierna porque estaba lejos el río. Y entonces cuando ya llegaban a la hora, porque él andaba trabajando afuera, iba a enjuagar la ropa y si no mis hijos. Y el estaba todo el día al lado pa' poder hacer mi comida".¹⁵⁵

Más allá de las dificultades que presenta, la entrevistada manifiesta una actitud siempre dispuesta y positiva frente a las distintas actividades que debe realizar. Se trata de una apertura subjetiva a obviar la deficiencia que contextualmente incide en su discapacidad, probablemente sustentada en que su deficiencia no impide, sino sólo dificulta moderadamente, el establecimiento de relaciones recíprocas con el resto.

4.5. Autonomía relativa de los sujetos

Se debe recordar que de acuerdo al modelo de la CIF: "El funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales y personales). Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tiene el potencial de modificar uno o mas de los otros elementos [...] La interacción funciona en ambas direcciones, así la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud". (FONADIS-INE 2004:15). Luego, la definición posible de la autonomía depende de la confluencia de factores personales y del entorno, generándose un juego recíproco entre ambos órdenes. Y, por lo mismo, frente a distintos contextos una deficiencia puede y no puede tener resultados discapacitantes, o diferentes deficiencias tienen disímiles interacciones frente a un mismo contexto.

"[Las enfermedades pueden ser limitantes] Harto. Sobre todo en los varones en las construcciones. Trabajar en construcción de edificios, de caminos, de carreteras, es muy complicado [...] [Yo, por ejemplo, no puedo] correr. Trabajar sin descansar,

¹⁵⁵ Lawentuncheve, Callaqui, domingo 18 de mayo.

porque antes eso lo hacía, podía correr todo el día y no me cansaba. Recorría la comunidad entera corriendo y nunca sentía cansancio”.¹⁵⁶

En el caso recién citado se expresa como, y en ciertos sentidos, las enfermedades pueden ser discapacitantes. Específicamente, se hace referencia a una patología que es asumida en la subjetividad de cada cual como una discapacidad, pero a la que comúnmente no se le considera así. Se trata del asma, y éste tiene incidencia en que exista una distancia entre lo que se cree que se podía hacer antes y lo que no se puede hacer en la actualidad (el giro reflexivo mapuche sobre el pasado, pero ahora a nivel personal). No obstante, la existencia de esta enfermedad no genera ninguna dependencia, no hay imposibilidad alguna en el caso específico, como en muchos otros observados. Aún así, sí hay obstáculos, limitación a la acción.

Por cierto, existe también la situación inversa, donde la autonomía se encuentra, de manera objetiva, comprometida en distintos niveles.

H1: “[Él hace cosas en la casa] él hace sus trabajos...arreglar su casa... en eso trabaja [...] Animales, sí [...] pero nosotros igual lo ayudamos porque él no es capaz solo”.

H2: “Antes trabajaba más, por ejemplo, sembrar papas, todo esa cuestión, y ahora no. Ya no puede trabajar en recoger papas, a veces se preocupa de la huertita, ahí no más la huertita”.¹⁵⁷

Este testimonio ilustra una situación intermedia entre la autonomía y la dependencia plena. Se trata de un individuo cuyas patologías han incidido de manera más decisiva en su vida cotidiana. Un individuo que, en términos pewenche, puede ser denominado con propiedad como discapacitado.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Autoridad cultural local, miércoles 14 de mayo.

¹⁵⁷ H1: Hijo de persona sorda de 67 años; H2: Hija de persona sorda de 67 años, Cauñicu, domingo 4 de mayo.

¹⁵⁸ Tal como se señaló anteriormente, los pewenche carecen de un concepto propio de discapacidad. Luego, toda su reflexión al respecto se articula a partir de lo que han podido conocer sobre ella desde la sociedad winka, y fundamentalmente a través de los medios de comunicación. Es la “imagen de realidad” que, con propiedad, se podría denominar como el paradigma Teletón de la discapacidad;

Se puede visualizar un estado de mayor dependencia, donde sólo algunas labores que se constituyen más bien como pasatiempo no necesitan auxilio de terceros, y aún estas se ven restringidas contextualmente. El hogar y las labores que pueden ser agradables para las personas que presentan discapacidad, pueden otorgar grados de independencia, siendo muy importante el apoyo y la estimulación de la familia.

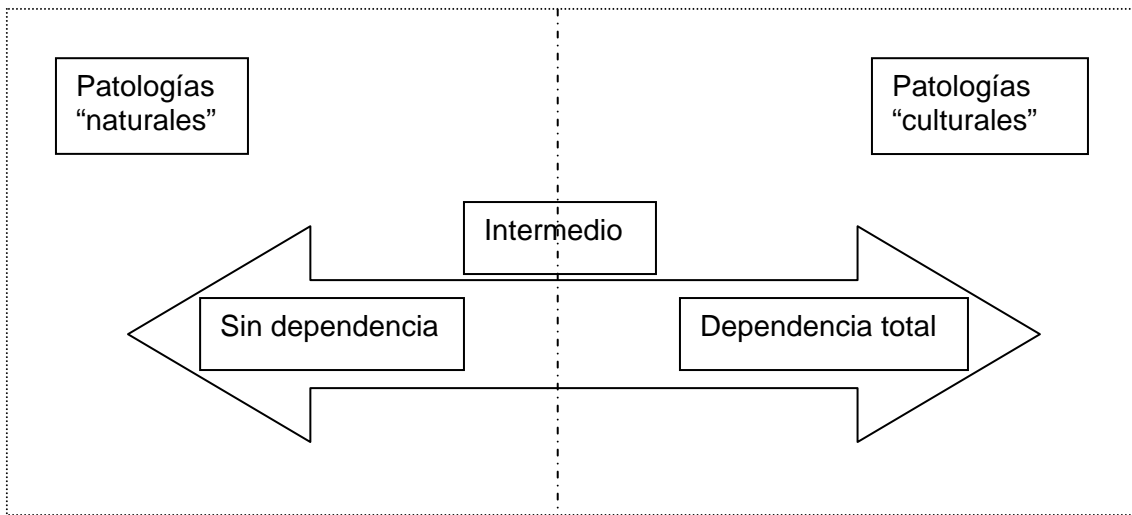
Al adentrarse en el marco de la participación se crea un espacio de cuestionamientos frente a las respuestas obtenidas por los entrevistados: ¿cómo podrían tener una mayor integración las personas con discapacidad en las comunidades, pero ahora partiendo desde el grupo, es decir, desde la disposición y capacidad inclusiva de la comunidad?, ¿la autopercepción de su discapacidad sobrepasa las posibilidades de integración, es decir, la barrera personal supera a la barrera social?

Existe un continuo con respecto a la autonomía de acción. En este continuo se reconoce un estado general de enfermedad que incide en diferentes dificultades para enfrentar y desenvolverse en el contexto, tanto físico (geográfico y arquitectónico) como social (criterios y prácticas sociales). Este continuo considera desde las deficiencias que dificultan las actividades pero no generan de modo alguno dependencia, hasta las deficiencias que generan dependencia absoluta (el caso paradigmático al respecto es el de los postrados). Ciertamente existe un amplio grupo intermedio, donde se encuentra además la mayoría de los sujetos comúnmente referidos como personas con discapacidad.

Resulta interesante, por un lado, ver como las enfermedades que no generan dependencia, están más asociadas a “lo natural”, mientras que las que si lo hacen tienen que ver con lo cultural, como se expresa en la siguiente figura con la que se cierra este capítulo.

niños y jóvenes postrados, con severos problemas de movilidad y autovalencia, producto de malformaciones congénitas, parálisis cerebrales o accidentes.

Fig. 6: Continuo de autonomía individual.



5. LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LOS PEWENCHE

La inclusión social constituye uno de los elementos centrales del modelo CIF, coherente con el hecho de trasladar a la sociedad la responsabilidad de morigerar o poner fin a las limitaciones que se les imponen para su desempeño en ciertos dominios vitales, y eliminar todas las barreras que restringen su participación social y la demanda de derechos. Se trata, en definitiva de un gran cambio cultural que debe ser impulsado desde las políticas de Estado, en la perspectiva de crear espacios sociales plurales¹⁵⁹ o propensos a la diversidad, que lo son en la medida que tanto el sistema que organiza a la comunidad, así como los miembros o el colectivo de esa comunidad¹⁶⁰, asumen, legitiman y confieren valor a todas las diversidades (no sólo las físicas y mentales).

Esta es la pretensión programática de cualquier política de Estado sustentada en los nuevos paradigmas. Sin embargo, es una tarea aún pendiente. A nivel del sentido común cada sociedad define e interpreta desde su propio marco cultural y conductual, lo que es normal y anormal, definiciones que muchas veces se manifiestan en conductas diferentes, y excluyentes, hacia lo que es “anormal” o diferente.

Ha contribuido a esta situación que durante un largo trecho la discapacidad en sí, no haya sido considerada como un tema de discusión dentro de las sociedades. Este silencio social se ha traducido en la omisión de la problemática en los distintos grupos, en donde, además, se suceden relaciones de poder que se traducen en la disminución de derechos de las personas que presentan déficit funcionales y o estructurales

¹⁵⁹ Concepto absolutamente provisorio, pero que intenta destacar el hecho de que el reclamo por la integración deviene de una diversidad no reconocida como legítima, y así (des)valorada. Lo que se demanda a la sociedad (al sistema y a su colectivo) es pluralidad, entendida no como tolerancia de lo diverso, sino como reconocimiento y valorización de lo diferente. Además, apunta a una visión más global relativa a una sociedad plural, por oposición a una sociedad autoritaria y uniformadora.

¹⁶⁰ Este colectivo o membresía de cada comunidad, en este caso, existe en la medida que sus individuos en general comparten esquemas de observación e interpretación, en este caso sobre la discapacidad, y similares sentimiento de identidad y pertenencia. Este colectivo opera como un actor del sistema y configura el contexto social activo de la comunidad en que está o se desenvuelve la persona diferente, y que, en tanto tal, puede ser o no ser reconocida por los demás como parte de esa membresía.

Según Foucault, una relación de poder existe en la medida en que haya un “otro” sobre el que se ejerza el poder y un campo de respuesta, reacciones y resultados que respondan a dicha relación¹⁶¹. En este caso, estas relaciones de poder dan lugar a espacios sociales uniformados o propensos a la homogenización en torno a lo que el sistema entiende por lo correcto, lo permitido y esperable, negando y o descalificando la diversidad, y, por tanto, excluyendo de sus estructuras y funciones a quienes presentan diferencias con esa normalidad así definida y socializada.

Sin embargo, cabe la pregunta, de si en la comunidad pewenche existen tales espacios uniformados o extendido reclamo a favor de homogenización de los individuos, con el consiguiente rechazo a quienes presentan discapacidad, en este caso. Y si el resultado social ha sido la omisión de la discapacidad seguido de diversas formas de exclusión o marginación social e individual, en base a la estructura cultural y simbólica propia de las comunidades mapuche-pewenche. Se puede poner como ejemplo en este caso, que muchos de las personas pewenche con discapacidad no pueden ejercer su derecho a voto, educación, incluso salud; ésta última con las variables contextuales actuales (salud intercultural).

La persona indígena discapacitada se podría ver expuesta a una doble discriminación: a una discriminación desde afuera (los otros no indígena) y una discriminación o marginación desde dentro (la comunidad, incluso de parte de la familia) según los discursos de las personas entrevistadas. Las situaciones de exclusión se darían en dos marcos de comprensión. El primero tiene que ver con que el discapacitado representaría una carga para el grupo, es decir, un mayor gasto de recursos o “un no vuelta de manos”, y un gasto de energías que no todas las personas están dispuestos a hacer. Y en un segundo marco, por la interpretación desde el ámbito netamente cultural: el grupo asignaría a la enfermedad/discapacidad significaciones culturales, las que serían explicadas como los quiebres o desequilibrios causado por el individuo, y que a su vez incidirían en los cambios sobre los patrones de vida de estas comunidades.

¹⁶¹ Michel Foucault, *Microfísica del poder*

En este último sentido, opera un marco cultural de observación e interpretación propiamente mapuche, que difiere radicalmente del marco cultural occidental respecto de la tríada salud/enfermedad/discapacidad, y que ha sido expuesto latamente en este estudio.

Parte importante de las patologías (dicho en lenguaje occidental) que están presente en ciertas discapacidades son aquellas que bajo la óptica mapuche, son denominadas como lo “dado”. Estas enfermedades, tal como se ha señalado en capítulos anteriores, se relacionan con dolencias que están más allá de la agencia (voluntad y acción) de los individuos, y por tanto, pueden perfectamente ser catalogadas como inmutables, y frente a las cuales la actitud más obvia y recurrente es la resignación o la fatalidad. Entre estas enfermedades podrían estar las “naturales” (enfermedades *winka* o *winka kutran*), y las enfermedades con las que viene el individuo al momento del alumbramiento, cuya proveniencia, posiblemente, es atribuida a la herencia o ascendencia (*küpalme*).

En un sentido muy pragmático la familia de la personas con déficit, acude a las instituciones para que se hagan cargo de él, por ejemplo internándolos en un centro especializado. Desde una mirada occidental, tal comportamiento puede ser interpretado como un posible abandono, tal vez no conciente por la familia¹⁶². Bajo esa misma mirada, podrían ser juzgadas como conductas discriminatorias aquellas en que el individuo con déficit puede aparecer excluido de los espacios sociales, de la educación, o de otras instancias de desarrollo personal, por decisión de su propia familia.

A continuación se describen situaciones y espacios de inclusión de la persona *pewenche* con discapacidad, y los modos en que se dan los procesos de parte del grupo. Se inicia esta descripción con la exposición de la actitud de la comunidad frente al discapacitado, continuando con la apertura de roles en la familia y comunidad; luego se expone los modos de inclusión, y finalmente los tipos de ayudas para el discapacitado.

¹⁶² Se debe comprender esta situación bajo la mirada de las instituciones, cuando se considera que la despreocupación de las familias de un niño internado es una forma de abandono.

5.1 Actitud de inclusión de la comunidad y la familia

En este estudio se hacen dos distinciones en torno a la actitud hacia la persona discapacitada. La primera describe las conductas de la familia frente a la inclusión del discapacitado; la segunda describe las actitudes que toma la comunidad hacia el discapacitado, sean estas incluyente o excluyente.

En el ámbito familiar se producen situaciones complejas, en el sentido en que el grupo familiar y los padres del afectado toman conductas influenciadas por la propia cultura¹⁶³ y o por el contexto en que se desenvuelven. Es por ello que se puede encontrar diferentes formas de enfrentar la discapacidad en general: según el tipo y grado de discapacidad, la familia responderá de diversas maneras. Durante la investigación en terreno se observaron situaciones en que las familias pasaban de la extrema protección a circunstancias de casi abandono de la persona con déficit físico y o mental.

En los casos donde se presentó discapacidad por retardo mental profundo, las madres, tendían a sobreproteger al niño o joven, manteniéndolos al margen de las relaciones sociales extrafamiliares. En este caso, es posible que se tienda a “ocultar” al discapacitado frente al posible rechazo que se daría en el entorno no familiar. Sin embargo, no se trata de una exclusión o discriminación *a la winka*, sino que a un mecanismo de autoprotección ante el temor que la enfermedad mental sea asociada, por parte de los demás, a castigo divino por ruptura del equilibrio provocado por algún familiar, o simplemente a brujerías, o porque se exponen al rechazo en vista de conductas abiertamente agresivas o impredecibles.

En este último sentido (conductas agresivas e impredecibles) si es posible observar ciertos resguardos de la comunidad relacionada con la consideración subjetiva de que el individuo con el que se ha de establecer una relación social no posea las características para desenvolverse en el medio social de una manera adecuada. Entre estos hay dos tipos de personas que presentan déficit funcional y que son paradigmáticos: los locos (*wei wei lonko*) y los borrachos. Esto sin embargo, no anula para nada la hipótesis de que la comunidad, en general, no excluye *per se* a las personas con discapacidad, sino que más bien no tiene mayores preocupaciones por incluirlos, dejando en manos de cada cual la posibilidad de construir sus propias relaciones en la sociedad

¹⁶³ Actitudes hacia el discapacitado: manifiestas, encubiertas, severas, leves, singulares o múltiples y crónicas o intermedias.

Volviendo al caso de personas con severos problemas psicoconductuales y reteniendo la hipótesis arriba reiterada, se observó en el trabajo de terreno la participación de una persona de esas características, tanto en las actividades familiares, como en trabajos de temporada fuera de la comunidad, y donde se señaló que, “*los patrones le toman buena, lo sacan a pasear*”; dando a entender que tiene una buena recepción con “los otros” fuera de la comunidad. De esto se podría inferir que en la propia comunidad era ignorado, ya que no existe mención, durante el diálogo sostenido, de situaciones en que la comunidad lo necesite o lo invite a participar como individuo. Y mientras que, fuera de la comunidad se hacía visible su presencia cuando se nos dice: “*llega él lo toman buena*”, atribuyendo esto a los trabajadores temporeros frutícolas y “patrones” que invitan a este joven a “pasear” o a entrar en sus relaciones laborales y de amistad, precisamente fuera de la comunidad.

En el caso de personas con déficit mental moderado, tanto la inclusión en el grupo familiar como en la comunidad queda abierta en la medida de la propia actitud integrativa “no disonante” (como podría ser la de los borrachos y los locos) de la persona que presenta ese tipo de discapacidad, la que no le obstaculiza para desarrollar actividades familiares y sociales que son valoradas por la comunidad. Por ende y dentro del marco interpretativo *pewenche*, todo por la voluntad del sujeto para integrarse y sentirse parte de la comunidad:

“Yo creo que no [es diferente], porque cuando se integra, se integra. Y se siente con... unido con todos los demás. Hay una reunión, él allá está, riendo, sonriendo, diciendo alguna cosa. Él no se siente diferente a los demás, la mayoría lo quiere.”¹⁶⁴

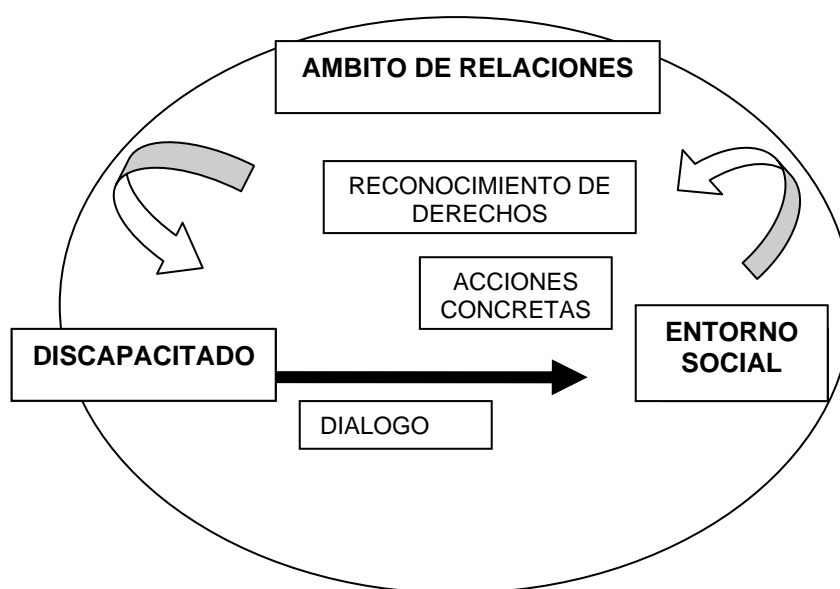
Se percibe en este caso en que el individuo discapacitado logra poner en acción sus potencialidades, ejerciendo actividades con absoluta independencia, y donde además su condición de salud general le permite tener una mayor integración social. Esto le facilita mantener un desplazamiento amplio donde el entorno social lo acoge positivamente, y por lo general, le da espacios de participación acotados a sus posibilidades de acción¹⁶⁵. Esta conducta del grupo podría parecer normal o habitual, dejando de lado a las personas que no puedan cumplir una funcionalidad para la comunidad, como se evidencia por ejemplo, al no visitar a los ancianos, los que van quedando relegados al entorno familiar.

¹⁶⁴ Testimonio de facilitador cultural, Cauñicú, entrevista 5 de Mayo.

¹⁶⁵ Esto fue observado en el velorio y funeral de un *kimche*, donde la persona aludida ayudó cortando leña y llevándola a las fogatas que estaban dispuesta para atención a las personas.

En presencia de esta circunstancia y o conducta social, se podría asumir desde una perspectiva occidental, que en cierto modo la integración y la inclusión social dentro de la comunidad pewenche se da términos utilitarios. En otras palabras, se podría decir que esta situación se da para cumplir una funcionalidad dentro del espacio comunitario, como por ejemplo cuando hay una elección de dirigentes, una planificación para alguna actividad ritual o un problema de magnitud donde se requiera a todos los miembros de la comunidad¹⁶⁶. Siendo factualmente así, más al fondo la comunidad responde hacia el discapacitado en cuanto a la posibilidad de que éste ejecute ciertas actividades dentro del marco de relaciones de reciprocidad, es decir, de vuelta de mano. Por tanto la acción del vínculo entre el sujeto y el entorno social se hace efectiva si la persona inicia el diálogo de relaciones.

Figura 7 Marco de relaciones de reciprocidad
Discapacitado - comunidad



Frente a estas condiciones, la dinámica de modelo de participación-inclusión tiende a ser la misma en casos donde la edad es un factor de exclusión, cuando la vejez en vista como una deficiencia ante la pérdida manifiesta de capacidades en ciertos dominios vitales. De este

¹⁶⁶ Por los comentarios de los entrevistado habitualmente cuando hay elecciones internas en la comunidad se busca a estas personas para que voten por algún candidato, pero en caso de consulta por circunstancias particulares, por lo general, no son tomados en cuenta. .

modo, pueden suceder situaciones donde el sujeto “no es tomado en cuenta”¹⁶⁷, situaciones por lo demás, habituales tanto en las comunidades estudiadas, como en la sociedad chilena en general.

No obstante lo señalado, la inclusión por parte de la comunidad puede -bajo ciertas circunstancias- ir acompañada de la exclusión dentro de la familia, donde se podrían dar situaciones extremas de marginación.

“Sí, mi mamá dice que ella, cuando nació ella, como que los mismos papás... ellos se avergonzaron de que el hijo naciera así inválido. Se avergonzaron de ella y como que la dejaron de lado, no les importaba qué comía, no les importaba si ella llegaba, no les importaba si a mi mamá la trataban mal. O sea, no había importancia por ese niño que había nacido mal.”¹⁶⁸

La no atención al niño discapacitado, en este caso, se circunscribe a las creencias sobre el origen de las enfermedades o “anormalidad” que tenía la persona que presenta alguna discapacidad, como se explicó en el punto 1 de este informe. Entendiendo que el ser humano está influenciado por fuerza superiores que puede incidir en la salud o nacimiento de un niño o niña, por lo tanto, las creencias en tales fuerzas y los posibles quiebres en los espacios vitales constituirían un riesgo para la madre y el feto en gestación, y en consecuencia generaría algún tipo de anormalidad. Por ende, el recién nacido tendía a ser rechazado o ignorado por la consiguiente significación de su anormalidad, entendida como una especie de castigo

Por tanto, en el ámbito comunitario, las condiciones de inclusión social tienden a ser más complejas dado a que, si en la familia recibir a un niño discapacitado genera problemas (cuidados especiales, cambio de hábitos, gasto de recursos etc), la comunidad tiende a reproducir dichas conductas si estos problemas no han sido abordados. Sin duda el tipo de inclusión familiar está interrelacionado con la inclusión comunitaria, porque la familia es la que inicia el proceso de inclusión y participación del individuo. Desde ella se parte con la inclusión del individuo en la socialización primaria; además es la sostenedora para la

¹⁶⁷ Persona de 67 con problema de desplazamiento, entrevista 4 de Mayo.

¹⁶⁸ *Santiguadora*, hija de *lawentuncheve*, entrevista 18 de Mayo

socialización secundaria del discapacitado, la que se debería mantener en el tiempo hipotéticamente.

En conclusión, frente a muchas situaciones de discapacidad, más que una actitud de no aceptación de lo diferente, la comunidad pewenche, y mapuche en general, tiende a asumir como criterio de normalidad una vasta gama de actitudes que escapan a los criterios definidos como normal por la cultura occidental moderna: la omisión frente a una realidad dada e inmutable, la aceptación de que ciertas dolencias son deudas karmáticas que hay que saldar, la tendencia a esconder y o negar la existencia de alguien con cierta discapacidad, como mecanismo de autoprotección frente a la comunidad, y, por último, la apertura hacia una integración e inclusión, sociales, que están bajo la responsabilidad de cada cual por construir.

El vector percibible, la realidad inmediata bajo la cual pueden operar causalmente cualquiera de las actitudes reseñadas más arriba, es en general la tendencia a “ignorar” a las personas con déficit físico y o mental, actitud que puede darse en la familia y más habitualmente en la comunidad.

No obstante, es necesario reparar en que aquellos esquemas culturales propiamente pewenches que están bajo aquel vector o realidad inmediata, cohabitan y se interpenetran, inevitablemente, con la mirada *winka* sobre la discapacidad y, con, ello emergen, puede que no de manera predominante, otra vasta gama de actitudes: desde la piedad y la ayuda hasta la vergüenza y la abierta discriminación, tanto en la familia como en la comunidad.

Es necesario acotar el hecho de que la comunidad pewenche como concepto es más simbólica que real,¹⁶⁹ dentro del espacio territorial específico, y es, en la mayoría de los casos, tal como se ha señalado en capítulos anteriores, un agregado de relaciones diádicas. En general, la comunidad pewenche emerge como ámbito de identidad y pertenencia colectiva solo en contextos y o coyuntura propicias (elecciones internas, ngillatun, machitun, velorios). Aquí la participación del sujeto con discapacidad dependerá del mismo sujeto; cuanta más habilidad o utilidad presente dentro del grupo, mayor será su integración y más inclusiva será la actitud de la comunidad. Es decir, la inclusión social dependerá de si el sujeto tienen una predisposición vital a integrarse a las actividades de la comunidad.

¹⁶⁹ Al respecto léase Benedit Anderson “comunidad Imaginada”

5.2 La apertura de roles en la familia y la comunidad

Rol de la familia y la comunidad

Los indicadores actitudinales de la comunidad y la familia en relación al abrir mayores espacios para los personas con discapacidad dependerán de las situaciones particulares de cada grupo social. En sí, las potencialidades de los personas con discapacidad pasan algunas veces desapercibidas o ignoradas. En el caso de los niños con limitación mental leve o moderada, puede darse la posibilidad de realizar actividades dentro de la familia siempre y cuando los propios miembros de la familia creen los espacios necesarios para su participación.

En la cultura mapuche-pewenche, los miembros de la familia tienen roles específicos que cumplir dentro de ella y dentro del espacio comunitario; estos roles se van reproduciendo en cada generación, modificados en muchos casos debido a la aculturación experimentadas por las comunidades indígenas. Pero, las conductas o las expectativas que tiene por ejemplo la familia del niño, que posee las habilidades y condiciones suficientes para una socialización secundaria en mejores condiciones generará una mayor apertura de roles¹⁷⁰.

Pero también se tiene otra visión frente a situaciones en que se involucre las actividades laborales como nuevos roles para las personas con discapacidad. La opinión respecto de permitir que los niños tengan actividades dentro o fuera de la casa puede ser divergente, situación que fue expresada por una autoridad cultural, quien considera que los niños no deberían trabajar, entendiendo el trabajo como una obligación de dependencia salarial y no como una estimulación de participación del niño en actividades domésticas o sociales. Señaló: “Yo lo dejaría a su voluntad, no le exigiría que trabaje, que haga tareas de la casa, porque ellos son incapacitados para eso. Porque es un niño más no más.”¹⁷¹

¹⁷⁰ En la entrevista realizada a cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje, madre del niño con labio leporino se le preguntó si su hijo podría realizar actividades solo, de forma independiente, a lo cual respondió positivamente, por ejemplo va solo a la escuela, puede ir a comprar con una nota.

¹⁷¹ Autoridad cultural, 17 de Mayo.

En esto se puede ver una idea de sobreprotección o no consideración para abrir espacio al niño que presenta discapacidad; se vuelve a la idea de que “es incapaz”, que “no puede porque está enfermo”. Implícitamente se le atribuye un estigma, se lo incapacita ya desde el discurso creando indirectamente una marginación de la persona que desea integrarse, a partir, por ejemplo, de las tareas domésticas.

Un caso favorable encontrado y vinculado a la apertura de roles dentro del espacio comunitario corresponde a una persona con discapacidad que por su propia voluntad creó mecanismos de socialización, atribuibles a la espiritualidad pewenche expuesta en el capítulo 3. La historia de vida de una médica y *lawentucheve* en la comunidad de Callaqui se ilustra en el siguiente relato:

”Yo entré de obligada de una casa. Y entré como una casera... Le plantaba de todo a la patrona.... Entonces me agarró tan buena señorita, y así que siempre me llamaba ella, pa’ que fuéramos... pa’ que yo fuera a acompañarla a tomar desayuno... Yo antes en mi juventud, me levantaba a las seis de la mañana, me hacía un buen fuego, le hacía una rica tortilla a mi marido. Tenía que acarrear agua a las seis de la mañana, dejaba todas mis aguas listas, terminaba de hacer mi huerta, tenía que dar la vuelta a la tortilla, cualquiera cosa, y tenía que salir a tiempo, igual el almuerzo, aunque tuviera lavando yo tenía mi ropa puesta, uno se acostumbra en esa forma”¹⁷².

Ella logró desarrollarse plenamente pese al lapidario futuro que se preveía para ella de parte de la familia, que inicialmente la abandonó. Por su parte ella asumió conscientemente que su discapacidad o enfermedad era la señal de que había sido predestinada para ejercer un rol mucho más relevante dentro de la comunidad, es decir, un rol que tiene que ver con la cultura y los conocimientos tradicionales de medicina pewenche.

En el caso de esta persona la socialización secundaria le permitió integrarse a los roles sociales como trabajadora y posteriormente dueña de casa, con dos matrimonios y 4 hijos. Evidentemente que en su caso, el perfil de médica, por el cual es conocida hoy en día, le abrió más espacios de participación social, destacándose el requerimiento que se tuvo y se

¹⁷² Entrevista a *lawentuncheve*, entrevista 18 de Mayo.

tiene de ella en función de su roles de *lawentuncheve* y médica reconocida social e institucionalmente.

Es así que se observa una atribución o reconocimiento de un rol social propio de la cultura pewenche o indígena. Sin embargo se debe considerar que es la persona la que se va haciendo su rol, aunque inicial y paradójicamente, en este caso, se hiciese fuera de la comunidad pewenche¹⁷³. Hecho que opera con independencia de otro factor no menos importante: este rol fue advertido, iluminado, previamente en su niñez según su relato mencionado en el capítulo 3 de este informe. En teoría, los “dones” o atributos especiales son entregados por *Ngenechen*, quien escoge para ello, o bien se van heredando dentro del *küpalme* y el *Ad*¹⁷⁴, dentro de un marco de maestros y aprendices

La diversidad de actividades que puede realizar una persona, si existe la voluntad de parte de ella para esto, sumado a las posibilidades que le abre la sociedad, evidentemente crean una gama de posibilidades integrativas. Por tanto, en este caso, los roles se han ampliado en tanto persona integrada e incluida por el medio. Otro ejemplo de las actividades que logró realizar fue la incorporación a un taller de textelería:

“Hicimos una capacitación del trabajo. Terminábamos sus sacos de lana. A la semana los terminábamos. Tejíamos la manta, a los ocho días teníamos lista la manta, las frazadas igual, y así”¹⁷⁵.

Para continuar con la descripción de los tipos de roles en la sociedad se expone a continuación otros espacios donde puede ser posible la apertura de roles para la persona que presenta alguna discapacidad

¹⁷³ Sus accionar fue catalogado de “brujería”, condición que se les asignaba a las personas que “hacían remedios” de hierbas o de otra índole. Hay que recordar que en el alto Bio Bío ha existido la tendencia a creer que las machi fueron portadoras de significaciones negativas, atrayentes o participantes del “mal”, “weküfü”, lo que explicaría la no presencia de nuevas machis.

¹⁷⁴ Citarilla 2000, Levi Strauss

¹⁷⁵ Entrevista a *lawentuncheve*, 18 de Mayo.

La escuela y la iglesia

Conviven con estos modos de integración e inclusión dos instituciones relevantes en la generación de espacios de participación social para las personas que presenta déficit físicos y o mentales: la escuela y la iglesia, instituciones propias del mundo *winka*.

En la actualidad, uno de los espacios sociales más relevantes de integración y de inclusión, es la escuela. En ella se reproducen una serie de condiciones favorables para los niños con dificultades, especialmente de aprendizaje y lenguaje. En Ralco existe una escuela pública que tiene docentes especializados en educación integral, además, la escuela está en el programa de Educación Intercultural Bilingüe del Ministerio de Educación, lo que ha permitido crear una línea de trabajo de incorporación de la cultura pewenche al currículo y a las actividades de la escuela.

En este espacio social, niños con dificultades o limitaciones logran ser acogidos y se les otorga apoyo pedagógico para irse superando. Este fue el ejemplo explícito de un niño con labio leporino, el cual no puede hablar bien, pero es un niño aparentemente normal. Este niño ha tenido muchas dificultades para comunicarse, sin embargo en la escuela, se ha ido dando formas de integración y colaboración con su particular discapacidad. En el relato la madre daba a entender que las tías o profesoras acogían al niño, siendo además recibido por *un otro igual*, un niño mayor que él, con problemas de lenguaje. Además, se suma a lo anterior una educación inclusiva enmarcada en los programas de integración del Mineduc.

Para los padres la inclusión de los niños con dificultades o limitaciones es fundamental, más aún si existen docentes especializados.

“El *wetripantu*¹⁷⁶ y otras cosas que hacen en el colegio, los hacen participar a todos los niños personas con discapacidad. En el colegio los tratan como niños más no más. Con la diferencia que les dan una educación diferente”¹⁷⁷.

Otro espacio social importante de integración e inclusión lo representa la iglesia evangélica, y las relaciones que emergen entre los familiares de personas con déficit físico o mental, seguidores de esta iglesia. En Cauñicú fue posible observar esta dinámica en el seno de una

¹⁷⁶ Celebración del inicio de un nuevo ciclo de vida, o “año nuevo” mapuche.

¹⁷⁷ Comentario de santiguadora, entrevista a cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje, 16 de Mayo.

familia de religión evangélica; el jefe de familia, que presenta discapacidad, se encuentra a cargo de la iglesia, la que está ubicada en el mismo sitio donde está su casa. Aquí la integración y la inclusión se hace posible y o más evidente a partir de un hecho clave: el uso de la lengua o *chedungun* para la comunicación. La lengua indígena es un facilitador de relaciones interpersonales y comunicación intergeneracional, y un estímulo para la socialización secundaria (comunidad), lo que pudo ser observado en el periodo en que se investigó. Por tanto, el uso de la lengua podría ser una herramienta favorable dentro de la consideración del discapacitado.

“Es que acá uno se entiende más en su idioma de uno, entonces ahí le explican bien y ahí entiende” [padre]¹⁷⁸

El, hablar el idioma y comunicarse a través de él, facilitaba su inclusión social (aceptación y valoración por parte de la comunidad), sin embargo su sordera lo induce a asumir conducta de retracción, de escasa integración a ciertas actividades, incluidas alguna de su propia iglesia. Aunque por otra parte, la familia le ha apoyado acompañándolo a las actividades donde su presencia es requerida.

A modo de síntesis, se puede señalar que la relación estado-pueblos indígenas ha modificado el tipo de organización que se tenía en el pasado, generalizando hacia la sociedad mapuche elementos que se han venido manifestando en la sociedad chilena desde hace ya bastante años. Esto se ha expresado en un fuerte debilitamiento de la sociabilidad en varias esferas: las relaciones cara a cara, las relaciones parentales, la transmisión consuetudinaria de tradiciones y creencias, el rol y la valoración asignado a los ancianos, el reconocimiento de líderes culturales y espirituales, entre otros.

La edad era símbolo de conocimiento, experiencia y poder de decisión. Ancianos y ancianas eran símbolo de sabiduría y debían ser reconocidos como tales en su vejez. En los testimonios recogidos, ha quedado en evidencia que las personas mayores han quedado de lado, su saber o conocimiento acumulado por la experiencia de vida no constituye una herramienta relevante para que el grupo le otorgue o les reconozca roles que les eran propios antiguamente.

¹⁷⁸ Entrevista a cuidadora, 4 de Mayo, refrendando el hecho de que el uso del *chedungun* tiene un gran valor para los adultos mayores en esta zona.

Los líderes, por su parte, llegaban a tener un rol social relevante para el orden de la sociedad (Grebe 2000, Faron 1976); liderazgos que en ciertos ámbitos se incrementaba con la edad. El líder existía en el reconocimiento de los demás, en primer lugar, entre su iguales (*primus inter pares*), respecto de una superior condición moral e intelectual, al punto que se delegaba en ellos la conducción espiritual de la comunidad.

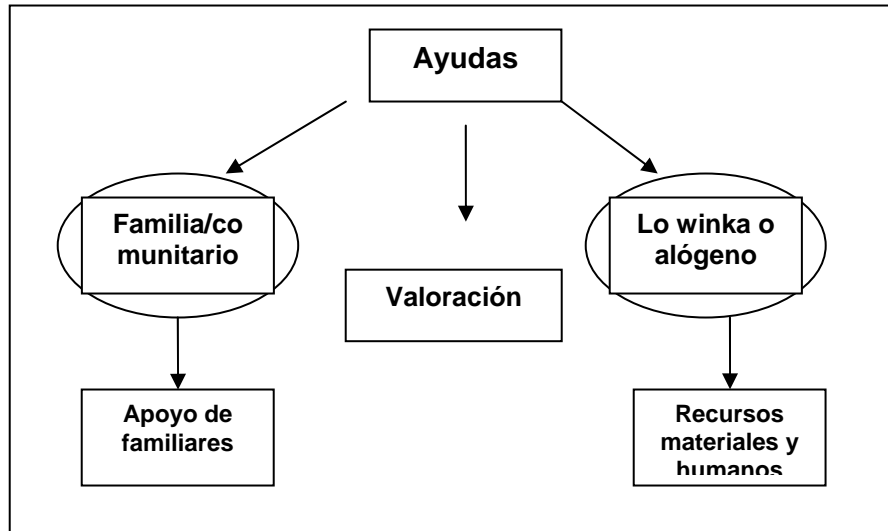
En suma, lo modos de inclusión dependen del entorno de la persona que presenta alguna discapacidad. En contextos sociales inclusivos, por ejemplo familiar, escolar, religioso se logra establecer acciones conducentes a la integración. Sin embargo, en los espacios donde existe poca o nula colaboración de la familia o la comunidad hacia el discapacitado, evidentemente esto no sucede.

5.3 La ayuda o colaboración directa al discapacitado

En este ámbito, las observaciones y en testimonios recogidos, han configurado dos espacios o dimensiones para entender la ayuda o colaboración del grupo: lo *pewenche* y lo *winka*. Desde éstas dimensiones, se puede considerar, que la ayuda al discapacitado se enmarca en la posibilidad de generar formas de inclusión, de modo que el contexto sea favorable y se presenten las condiciones para tal efecto. Ahora bien, las personas tienen distintos tipos de socialización, que va desde su núcleo familiar, comunitario y extracomunitario especialmente en busca del mejoramiento de la calidad de vida de la personas discapacitada.

Para profundizar en estos ámbitos se analizará “lo *pewenche*” en una primera mirada, y luego “lo *winka*”, a partir de las conclusiones obtenidas de los testimonios emanados durante el estudio. Y será representado en el siguiente gráfico:

Figura 8: Tipos de Colaboración o ayudas



En el ámbito familiar, no obstante el marco cultural pewenche expuesto hasta aquí, se generan situaciones de hecho frente a la existencia de un familiar con déficit físico y o mental, que cubren una amplia gama de actitudes, que no se separan mucho de lo que es posible encontrar en cualquier grupo familiar puesto en estas circunstancias. Así, dentro de la familia, hay miembros que sí ayudan o colaboran con la persona que presentan discapacidad (esposa, hijos, nietos), tanto en las actividades cotidianas, como en cuidados que se les deben dar a estas personas, por lo general, mayores de edad.

A: ¿Y hace su comida, o hay otra persona que la hace?

H1: Mi nieta no ma'.

H2: La nieta que está al lado no ma'. Ella hace todo¹⁷⁹.

En el caso, de la colaboración a hacia niños o jóvenes, las madres y o las abuelas tienen el papel principal. La madre tiene un rol importante como de agente de estimulación, reflejado en expresiones como, "...nosotros que estamos como... al final de repetir varias veces las

¹⁷⁹ Entrevistada de 67 años con problema de desplazamiento entrevista 4 de Mayo.

*palabras hasta que le salieran bien*¹⁸⁰. Sin duda, las madres se convierten en la “principal ayuda” para los niños con problemas. Lo señalado se puede ejemplificar con situaciones en que las mujeres a cargo crean mecanismos o herramientas de comunicación (lenguaje de señas) con el niño o niña con dificultades de lenguaje¹⁸¹.

Lo que sucede en el espacio familiar en parte importante lo determinan las expectativas de rehabilitación que tienen los familiares directos y más inmediatos respecto de las personas que presenta discapacidad. La familia se convierte en el apoyo fundamental, generando los medios y mecanismos que estén a su alcance. A la vez, juegan un rol esencial para recibir estas ayudas, las expectativas de las propias personas con discapacidad. Paradojalmente, ha contribuido a la generación de expectativas de rehabilitación, la presencia de la medicina alópata y, en términos más generales, la presencia de ciertos aspectos de la cultura occidental y sus criterios sobre la tríada salud/enfermedad/discapacidad.

En particular, ha jugado un papel importante la gradual aceptación del axioma “occidental” de que todos pueden enfermarse en algún momento de sus vidas, y que, por ende, la sociedad y o la familia tienen que hacerse cargo de sus enfermos, trasladando, a *contra sensu* del sentimiento *pewenche*, a la sociedad la responsabilidad principal de rehabilitar e integrar a quienes presentan déficit físicos y o mentales. Además, la presencia de agentes de salud tradicional constituye una evidencia práctica de que es posible recibir ayudas especializadas (aunque a veces sólo se queden en las expectativas y sean atendidos solo por paramédicos).

La comunidad, conformada por las relaciones entre las familias y el territorio donde se desenvuelven, tiende a repetir las conductas de las familias en esta esfera de problemas.

¹⁸⁰ Cuidadora y madre de niño con labio leporino y problemas de lenguaje ayudando a su hijo a modular, entrevista 16 de Mayo.

¹⁸¹ Otra hija de la *lawentuncheve* entrevistada tiene un niño que nació con dificultades auditiva, no pudo aprender hablar durante sus primeros años, pero ella junto a sus hermanos idearon un sistema de señas para lograr comunicarse con él. En la actualidad este niño o adolescente asiste a un liceo y está en segundo año medio.

5.4.1 La ayuda o colaboración desde lo *winka* o extra comunitario

Las comunidades pewenche de Alto Bío Bío se mantuvieron aisladas del resto de la región durante mucho tiempo, sin disponer de obras de infraestructura, en comparación con otras zonas rurales. Se agrega, la reducción del territorio que quedó en manos de colonos chilenos y especuladores¹⁸² a partir de la Pacificación de la Araucanía y los procesos de reduccionales, parcelación y posterior instalación de chilenos y empresa sobre estos territorios (Cantoni 1976, Bengoa 2000). Esta serie de procesos arbitrarios incidieron en que los pewenche se fuera empobreciendo, quedando al margen de un desarrollo económico que benefició principalmente empresarios chilenos y extranjeros.

La intervención de lo *winka* se complementó con la instalación de diversas instituciones que colaboran a aquel proceso, siendo uno de las primeras la iglesia católica. La presencia de esta iglesia en la comunidad de Cauñicú ha girado en torno a la educación; congregaciones católicas lograron instalar, con ayuda del Estado, varias escuelas en el territorio, y ha influido decisivamente en el proceso de “cristianización del territorio” ya desde hace 2 siglos, dando curso al desarrollo de un sincretismo religioso que se manifiesta hoy en día en el uso de oraciones católicas durante las actividades religiosas propiamente pewenche, y a la vez en las creencias individuales.

A: ¿Y quién le enseñó a santiguar?

H1: Ehhh, yo empecé a santiguar cuando empecé trabajar en la iglesia católica.

A: ¿Ahí le enseñaron?

H1: Empecé a misionar, fui a capacitarme, capacité mucho, anduve por todas partes, Temuco, Chol-Chol, ‘tonces lo que hace la capacitación dicen todo eso que así...así hay que prestar servicios, pero tiene que tener mucha fe.

A: Y el santiguario usted lo hace en ¿chedungun o en castellano?

H1: Chedungun y castellano.

A: ¿Y hace así como un rezo de la Biblia?

¹⁸² Jorge Pinto 2005

H1: Sí, con el Padre Nuestro, el Ave María, todo. ¹⁸³

Otra de las instituciones relevante es el Servicio de Salud. Solo desde hace algunas décadas se logró instalar postas rurales en el territorio, siendo una de las demandas de los dirigentes de estas comunidades. Los compromisos que asumieron el Estado y las instituciones que se fueron instalando en la zona generaron muchas expectativas, las cuales no han sido satisfechas del todo. Una de ella fue mejorar las condiciones de salubridad, acondicionando las postas, aumentando los recursos materiales y humanos (rondas médicas) lo que constituye hasta hoy, en la principal ayuda que reciben los habitantes del sector. Pero que se sigue cuestionando debido a la falta de médico de forma sistemática en las postas. Cabe destacar la creación de los CESFAM (centro de salud familiar) apoyado por un facilitador intercultural que trata de ser un intermediario entre la comunidad y los centros médicos.

Se deduce de las entrevistas que la medicina chilena o alópata constituye la más importante colaboración externa. La demanda de médicos (horas médicas) es constante, pero a la vez existen otro tipo de dificultades entre la población, en particular las dificultades para acceder a la posta. Por otra parte, desde aquí se reciben ayudas en medicamentos, artículos ortopédicos y derivación a otros centros de atención, que se dan como interconsultas a centros especializados: Hospital de Santa Bárbara, Hospital de Los Ángeles, Hospital Regional de Concepción, Teletón, centro de estimulación temprana entre otros.

Otra de las ayudas relevante encontradas es la asistencia educativa de los niños con discapacidad. Ha sido fundamental el aporte de las educadoras diferenciales en la escuela pública, la cual recibe a un número importante de niños de varias comunidades del Alto Bío Bío.

Estos docentes colaboran generando una integración positiva de los niños y niñas¹⁸⁴, ya que les permiten mejorar sus relaciones familiares y comunitarias. Así, el niño puede ir desarrollando un papel activo en los espacios de socialización, logrando una mejor

¹⁸³ *Santiago*, 5 de Mayo.

¹⁸⁴ El programa de inclusión escolar del Ministerio de Educación tiene como principal objetivo la inclusión de niños con dificultades de aprendizaje de tal manera que cada escuela debiese contar con el personal especializado. además de integrar a escuelas con programas normalizados a niños con dificultades de aprendizaje.

integración dentro de la familia, la escuela y el entorno comunitario. La escuela y su entorno pasan a ser referentes en sí para el niño, por lo que le permite aprender, jugar e interrelacionarse con sus pares. Por ende la escuela, ha tenido un papel fundamental en la formación de la persona siendo entonces, una ayuda en el desarrollo del niño o niña, especialmente en aquellos con problemas mayores.

La otra forma, de apoyo material que tiene una importancia para toda la comunidad es la pensión o ayuda monetaria de parte del Estado. Todas las personas entrevistadas tienen pensión de invalidez, pensión asistencial y o pensión de vejez. El monto no supera los 50 mil pesos, pero para cada familia es de gran ayuda porque solventan algunos gastos, sin embargo, dependiendo de la afección del adulto o niño, este monto puede ser insuficiente¹⁸⁵.

En general, las comunidades indígenas se encuentran en los círculos de pobreza extrema del país, por tanto, cualquier situación de ayuda ha sido bien recibida dentro de este contexto. En particular, las comunidades estudiadas carecen de medios adecuados para una mejor atención de las personas con discapacidad; por ello la asistencia médica tiene una gran demanda e importancia. Entre tanto, las capacidades de atención social se ven sobrepasadas al actual estado de cosas, en particular por la falta de médicos especialistas en la zona.

Se considera evidente que, las condiciones periódicas de semi-aislamiento de estas comunidades las hacen más vulnerables, por ende, sus miembros están sobrepuesto a situaciones de alto riesgo. Se ha descrito el tipo de ayudas que reciben las personas con discapacidad dentro y fuera de la comunidad, sobre todo en lo que tiene que ver con la satisfacción de necesidades en cuanto a recursos materiales, motivo por el cual se observa una alta valoración por los servicios que son entregados por las instituciones sociales.

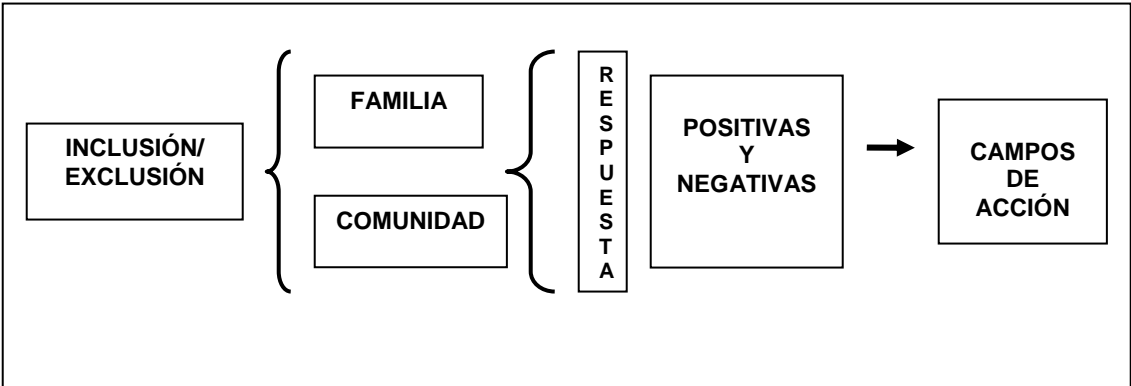
Resulta interesante exponer los dos ámbitos en que la “ayuda” juega un papel muy importante para el desarrollo de la persona con discapacidad en un entorno geográfico extremo. Pues las distancias, los caminos e infraestructura son uno más de las barreras que tienen las personas con discapacidad para poder desenvolverse, por tanto, las condiciones de accesibilidad que se abran de parte de los miembros de la familia, la comunidad y en general de entorno podrán favorecer dicha integración. En relación a esto, se ha visto que

¹⁸⁵ La madre y cuidadora del niño con síndrome de Dawn afirmaba que con el monto entregado no le alcanzaba para costear los gatos de su hijo

desde “lo winka”, es decir, de la intervención externa (alógena), constituye una herramienta fundamental a la hora de evaluar quienes, entre los miembros de la comunidad, son los colaboradores de los personas con discapacidad.. La evidencia empírica señala a la familia como principal colaborador dentro de la comunidad; esta última queda relegada a las posibilidades de establecer interrelaciones de los propios sujetos que presentan alguna discapacidad con su entorno, de tal modo que ellos puedan desde su propia voluntad, ejercer algún tipo de acción conducente a una posible colaboración o ayuda externa, y, como se plantea, la demanda está orientada hacia lo winka.

Para finalizar con este capítulo se propone el siguiente esquema que permite sintetizar el proceso de inclusión/exclusión vivida por las personas pewenche con discapacidad en ámbito familiar y el ámbito comunitario. Estos espacios de intervención responderán positivamente o negativamente a la acción del sujeto que desea integrarse, según la patología y la relación que tenga que ver el origen de ella.

FIG. 9 inclusión /exclusión



6. PRESENCIA CHILENA Y CAMBIOS EN LA DIETA ALIMENTARIA DE LA POBLACIÓN PEWENCHE

La “modernidad” en las que se encuentran las sociedades o comunidades, están generando una serie de cambios que pueden ser profundos, para mal o bien, de las sociedades tradicionales¹⁸⁶. Estos cambios culturales trascienden al grupo, incidiendo a nivel de los individuos y de la familia. En el transcurso del estudio se fueron presentando, por parte de las personas entrevistadas, referencias a situaciones externas al grupo, que incidirían en las condiciones de salud física y espiritual de los individuos. En los pewenche, y en los mapuche, en general, hay, tal como se ha señalado extensamente en este estudio, una clara relación entre la llegada de los *winka* (que aquí se consigna como *lo colonial*) y la pérdida de “lo natural” y el consiguiente surgimientos de ciertas patologías propiamente *winkas* (*winka kutran*). Más al fondo, la pérdida de lo natural por intromisión *winka* terminó por debilitar una cultura para la cual es esencial la naturaleza y la relación que los hombres -como parte de la naturaleza- establecen con ella.

Un aspecto sustantivo en que se expresa la pérdida de lo natural, y que a juicio de los pewenche, y mapuche en general, explicaría el surgimiento de numerosas enfermedades, han sido las radicales modificaciones de la dieta alimentaria y la pérdida tanto de los recursos como de los hábitos alimenticios ancestrales. Se dejó de lado “lo natural”, lo prodigado por la tierra con sabiduría y abundancia, que contenía naturalmente la potencialidad de la gente a enfermarse, y que se ilustra en la afirmación de que “...las enfermedades siempre existieron, el problema es que como le decía yo antes, la gente se medicaba antes de que le diera por las mismas comidas naturales...”¹⁸⁷. De lo que se trata, en suma, es que el cambio de dieta producido por el mayor contacto con la sociedad chilena, incide, según los pewenche, en una recurrencia mayor de las enfermedades.

¹⁸⁶ Alain Touraine. *Critica de la Modernidad* 1994. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

¹⁸⁷ *Santiguadora*, intervención durante el grupo focal realizado en Callaqui, domingo 18 de mayo.

6.1 La dieta y sus transformaciones

Hoy en día existe una discusión referida a la conservación de los recursos naturales y alimentarios, que por siglo han producidos las comunidades indígenas y que están desapareciendo de la dieta diaria y como recurso propio¹⁸⁸.

Como es conocidos las comunidades pewenche tenían un a dieta basada en carne¹⁸⁹, cereales, frutos silvestre y especialmente de piñón¹⁹⁰. Con este último recurso se elaboraban diversos subproductos que se podían conservar durante todo el año. Con la constante presión sobre los territorios ocupados, por parte del Estado y los colonos, las pinalerías pertenecientes a las familias y comunidades fueron disminuyendo cada vez en mayor proporción, lo que traería un nuevo problema, la disminución del principal recurso alimenticio: el piñón. Por otro lado, el intercambio de productos con otros sectores fue disminuyendo paulatinamente, haciendo cada vez más visible la escasez, a lo que se asocia también el factor climático, limitante en la obtención de recursos. Por ende, es posible que esto haya incidido en la nutrición de la población, que ha estado obligada a adquirir productos externos como el arroz, fideos y cereales de baja calidad.

¹⁸⁸ Convenio 169 OIT

¹⁸⁹ Luego de la expansión de ganado bovino, ovino y equino entre los siglos XVII y XVIII, la dieta entre los pewenche se diversificó aumentando a su vez el consumo de proteína animal. Al respecto Eduardo Téllez señala: "el mantenimiento de los pehuenches pasó a ser la carne de potro asada, aunque no se privaron de comerla cruda, cocida, seca o ahumada. Semejante interés atrajo la carne, la sangre coagulada y las viseras de res (consumidas crudas, hervidas o ahumadas), particularmente las de novillo, por las que sintieron marcada predisposición" (Téllez 1990:81). La caza de esto animales y luego su domesticación generó cambios en la estructura social-económica de las familias por la necesidad de pastizales, ahora en extensiones mayores.

¹⁹⁰ La recolección por su parte, no solo se centraba en el piñón, sino en una serie de recursos, que hoy, escasamente se utilizan. Téllez describe las condiciones del siglo XVIII en que "la actividad de recolección no se reducía únicamente a la cosecha del piñón. Además, en los diversos habitats que controlaban los pehuenches recolectaban especies como michai, chañar, molle, algarrobo, maqui, murta, avellano, variedad de hongos, raíces tuberosas, tallos y manzanas...a esto se debe añadir coligue y quila para la fabricación de armas, soporte de toldo y cerco para el ganado, hierbas venenosas con cuya sabia se bañaban las puntas de flechas, plantas medicinales, arcillas aptas para el consumo humano, puesto que practicaban la geofagia, obsidiana y madera fosilizada para la producción de punta de flechas, sal, yeso, resina de araucaria, tierras colorantes, huevos de ñandú y otra infinidad de productos" (Tellez 1990:84)

De otra parte, cabe destacar que las nuevas conductas alimentarias y la falta de recursos han incidido en comercializar el piñón, que se vende en grandes cantidades a supermercados e intermediarios, con la consiguiente desaparición de unos de los alimentos más característicos de la dieta tradicional pewenche, consumido por siglos. “*Ni piñones ya no comimos ahora*”¹⁹¹, se dice.

“Antes comíamos hartas verduras, el yuyo que sale en el campo”... “hoy día vemos niños que nacen del año '70, '80, tienen 25 años y andan todos jorobados...”... “porque hoy día los niños se están criando artificialmente, crecen luego y se envejecen rápido”¹⁹²,

Se puede percibir que existe una conciencia frente a lo que ellos interpretan como un cambio cultural, manifestado en una transformación en sus conductas, en este caso, con la introducción de alimentos alógenos¹⁹³.

“Por qué razón, porque ya no consume los alimentos naturales que antes se consumían. Porque antes no se conocía lo que ahora consumimos, por ejemplo, el fideo, el arroz, el aceite, qué sé yo. Eso antes no se conocía”.¹⁹⁴

Asociado al cambio de alimentación aparece el surgimiento de patologías antes desconocidas: “*la gente era mucho más sana...*”¹⁹⁵ Las médicas y los otros agentes de salud mantienen la misma percepción y esta idea también a sido sostenida en otros territorios señalándose que “*esta situación lleva a reflexionar a los lawehtuchefe a inferir que un cambio de dieta absoluta, produce enfermedades de distinto orden, debilitando el organismo y transforma al che en un ser más vulnerable al estar con una dieta no mapuche*”¹⁹⁶.

¹⁹¹ Grupo focal de Callaqui, Lawentuncheve, 18 de Mayo

¹⁹² *ibid*

¹⁹³ La alimentación se ha hecho rica en carbohidratos, azúcares, y grasas. Estos productos están más a la mano por su fácil comercialización y las mejoras en las condiciones de traslado hacia Ralco y Santa Bárbara para abastecerse.

¹⁹⁴ Grupo focal Cauñicú, Santiguador y Partera. 5 de Mayo

¹⁹⁵ *ibid*

¹⁹⁶ Segundo encuentro de Epidemiología e Interculturalidad. Makewe, Región de la Araucanía, Chile 10 y 11 de 2001.

Obviamente, esto se reflejaría, supuestamente, en la cantidad de años que vivía la persona; pues para ellos, “*Antes la gente llegaba a 110, 120 años y podía correr la gente todavía*”¹⁹⁷. En otras palabras, existía, asociado a la dieta ancestral, una mayor longevidad de la población, la que podía tener mejores capacidades de desplazamiento. Contrasta esta percepción con los estados de salud en que se encuentran en la actualidad los ancianos y ancianas de estas comunidades, los cuales manifiestan diversas dolencias propias de la edad, así como un estado general de deterioro. Cabe señalar, que las condiciones económicas de esta población inciden en la calidad de vida que poseen, y por ende, influyen en la recuperación de la salud.

En suma, se afirma que, en general, las personas en el pasado eran muy sanas y fuertes. Coherentemente, la salud era la expresión y símbolo del equilibrio interno y del equilibrio con el entorno natural y cósmico. Se reconstruye de este modo, la imagen de un ideal de sujeto sano, carente de imperfecciones, atribuyendo indirectamente que “todo lo de antes” fue mejor. Es decir, el pasado indígena, no intervenido por lo *winka*, fue apto para mantenerse en “equilibrio”.

6.1.2 Las nuevas enfermedades y los sistemas de salud

El estado de salud actual, en la percepción pewenche, se encontraría en un estado deficiente, en relación a un pasado utópico, que se ha dejado sentir con la aparición de enfermedades que se atribuirían a las *winka kutran*, o enfermedades de origen chileno presente en la memoria colectiva.

“Sí, pero hay una enfermedad que no sé será verdad, bien que no, una que he escuchado de chica, la [Tuberculosis]” Esa, que la trajeron los huincas, y había una familia huinca y estaba todos enfermos y murieron, todo, todo, todo murieron”¹⁹⁸.

Las enfermedades traídas por los chilenos o *winkas* pudieron haber contagiado a una población pewenche muy vulnerable, dado que su sistema inmunológico aun no había conocido a estos nuevos microorganismos ni habían generado los agentes defensivos

¹⁹⁷ *Santiguador*

¹⁹⁸ Grupo focal Cauñicu, pareja pewenche, 5 de Mayo.

adecuados. En consecuencia, el contacto con lo externo, con colonos, y esporádicamente con personas que han transitado por la zona podría haber incidido en la aparición de enfermedades de tipo contagiosa¹⁹⁹.

En síntesis, los cambios producidos por la introducción de otros tipos de alimento, sumado a la aparición de enfermedades nuevas crean, para los entrevistados, “personas débiles”, gente “enfermiza”. Estas personas tendrían posiblemente una esperanza de vida menor a la que tuvieron en el pasado, donde, supuestamente, las personas superaban los 90 años de edad²⁰⁰.

En los testimonios se fueron desprendiendo conjeturas referidas a que las nuevas enfermedades que aparecían en los pewenche (diabetes, neumonía, pérdida de la visión a “una edad más temprana”, artritis entre otras) no tendrían cura desde el modelo alópata pero tampoco se producirían mejoras con los medios tradicionales utilizados por los agentes tradiciones de salud, como las *lawentuncheve*.

Relacionado con lo anterior, hay cierta renuencia al uso de los remedios de la medicina alópata (y de los remedios elaborados o no naturales), sobre los aplicados a embarazadas y niños, lo que no se aleja mucho de un sentimiento extendido hasta no hace mucho en parte importante de la población chilena, en particular entre la gente mayor.

“Es que ahora, de la gestación de un niño ya lo están medicando. De la gestación ya están medicando a la mamá y se sigue así”²⁰¹.

Los ancianos creen que estos medicamentos hacen que los niños nazcan débiles, que no tengan un desarrollo como en el pasado, donde no había intervención de este tipo de medicina.

¹⁹⁹ Esta situación ha sido evidente en muchos pueblos que han sido diezmado por enfermedades y no tanto por el trato violento que se le haya dado.

²⁰⁰ Uno de los pocos casos que se pueden ver, relacionado con la longevidad pewenche, lo representa uno de los entrevistados (postrado), quien aparece en su carnet de salud con 82 años, pero que según la *lawentuncheve* que testimonia, superaría los 102 años de edad.

²⁰¹ *Partera*

En síntesis, con la enfermedad se van produciendo dos fenómenos sociales. Por una parte, las enfermedades nuevas o que se conocen desde hace pocos años, son asumidas como *winka kutran* o enfermedades *winka*, dentro del marco de lo colonial, ya que llegaron a ellas por el contacto con la sociedad *winka*. Por otro lado, se pasa de un modelo tradicional de salud a un modelo *winka*, es decir, por propia decisión, pero a la vez, se atribuye a éste una relación problemática o la menos dudosa con la salud infantil asociada a la introducción de medicamentos *winka*.

6.1.3 Las pérdidas: recursos biológicos y la espiritualidad

En la cosmovisión mapuche, el “*che*” (Hombre), como parte del cosmo construye formas de relación con la familia, la comunidad, el ecosistema y el universo. Pero en este transitar, el *che* puede generar estados de desencuentro con estos espacios de relación, lo que se traduce en desequilibrios y por ende, enfermedades.

Para mantener la salud se debe primero entender la naturaleza, luego cuidarla y en tercer lugar ser parte de ella a través de una relación ética, espiritual y materialmente coherente. Como señala Marileo Lefio: “*nuestros antepasados y nuestros ancianos conciben al hombre como parte de la naturaleza e interrelacionado con todos los elementos que lo rodean. Debido a lo anterior, el hombre mapuche es muy respetuoso de la naturaleza. Pide permiso primero y agradece al Mapun Kuse-Fücha, luego coge sólo lo que necesita, lo justo y necesario (un animal, pájaro, árbol, plantas medicinales, etc)*”²⁰² situación que hoy podría ser diferente. Desde este ángulo, surgen interrogantes respecto a la percepción que las personas entrevistadas tienen respecto a la alteración de las relaciones con su medio y a la pérdida de sus recursos naturales.

Se entendía que la comunidad respetaba el medio en que habitaba porque tenía códigos establecidos en la cosmovisión, ya que el hombre, *...en la búsqueda del equilibrio y la armonía entre él, la tierra y la naturaleza, creó códigos, reglamentos y pautas de vida, para establecer dentro del pueblo un estilo de comportamiento para lo cual estableció un sistema*

²⁰² Citarilla 2000:104,

de creencias...²⁰³, por ende, se establecía un equilibrio generalizado que permitía a la persona desarrollarse de manera individual y colectiva.

Existe en los ancianos una conciencia o un estado de reconocimiento que lo *winka* ha incidido en los cambios de conducta de las comunidades pewenche, pero también cambios en su propia espiritualidad.

Dentro de esta pérdida de recursos naturales, aquellos que tiene directa relación con la botánica y herbolaria son los más evidentes. Esto se produciría debido a la tala de bosque nativo, la introducción de especies ajenas, las quemadas descontroladas y los fenómenos climáticos, con todas sus nefastas consecuencias sobre la flora y fauna de la zona. Se suma a lo anterior, el poco resguardo de los recursos existentes y la consiguiente pérdida de las fuentes medicinales, es decir, la desaparición de plantas, alimentos y animales que tuvieron un papel importantísimo en equilibrio de la salud. Por tanto, aquellas plantas y semillas que servían para la curación de ciertas enfermedades, hoy están desapareciendo o disminuyendo en cuanto a volumen y calidad, situación que quedó evidencia en los relatos de las personas entrevistadas, especialmente en los agentes de salud tradicional.

La medicina indígena ha sido por siglos fuente de conocimientos que han trascendido en el tiempo y en el espacio, y hoy defiende tanto su tradición como su validez terapéutica, así como el resguardo y desarrollo de sus fuentes medicinales naturales. Sin embargo, es necesario reparar que se han producido cambios en un sentido opuesto, que provienen tanto desde fuera como desde dentro de las comunidades. En los testimonios recogidos quedan en evidencia que dentro de la propia comunidad pewenche pierde relevancia la medicina tradicional. Las condiciones sociales en que se encuentran hoy las comunidades indígenas, de mayor vínculos con la sociedad nacional, les induce a alejarse de su propia cultura, adoptando muchas veces patrones de comportamiento *awinkado*, como se señaló en varias oportunidades. Los mismos agentes de medicina tradicional reconocen que no tienen a quienes traspasarles sus conocimientos²⁰⁴, dejando en un futuro cercano una incógnita sobre

²⁰³ *ibid*

²⁰⁴ En la entrevista realizada a esta *lawentuncheve*, ella señaló no tenía una sucesora; lo había intentado con una sobrina, pero que finalmente se negó. El hermano de esta *lawentuncheve* lamentaba el hecho de que en las comunidades pewenche, los jóvenes se dejaran influenciar por la cultura *winka* y se alejasen de su propia cultura, especialmente de las ritualidades y del *kimün mapuche-pewenche*.

aquellas medicinas o técnicas terapéuticas que sirvieron y se acumularon durante siglos como saberes unidos a su propia espiritualidad.

Consistente con el estado de cosas entre las comunidades indígenas, el Estado, la población chilena y la empresa; los líderes y agentes culturales pewenche perciben que las persona ha ido perdido cada vez su espiritualidad, aspecto central de la relación del los hombre entre si y con la naturaleza, el mundo extrahumano y el cosmos. En la percepción pewenche los *winka* o chilenos son un factor incidente en esta pérdida de esta espiritualidad: se han introducido en espacios sagrados, influyendo de alguna manera, en que los *ngen* (“los dueños de las cosas”) se enojen, y los espíritus o seres habitantes del bosque se hayan ido o no se presenten para los *pewenche*.

“Y ahora mismo en la cordillera entraron muchos vehículos, muchos colonos y están explotando los mejores. Y entonces por ahí podían tenere un espiritual (sic), pero ahora ya no se van a... no se va a ver porque se [espantaron]... Según los antiguos dicen que se escondieron, se espantaron, nunca más se [aparecerán]²⁰⁵.

No obstante lo señalado, persiste la creencia de que los indígenas se encontrarían en una mayor vinculación con los espacios espirituales tradicionales²⁰⁶, lo que se contradice en el ámbito individual, por el abandono de prácticas de tipo espiritual en muchas zonas. Se considera que en actual estado de cosas, la espiritualidad indígena pewenche se ha debilitado, dado a que diversas manifestaciones rituales y espirituales como el *pewma*²⁰⁷, el *ülkantun*²⁰⁸ ya no están presentes en la vida del *che* y de la propia comunidad. Hoy en día, el *lillipun*²⁰⁹ o *nguillatun* personal sólo es practicado por los más ancianos, siendo los jóvenes reticentes a estas prácticas. Sin embargo, cabe destacar el esfuerzo de los últimos años de

²⁰⁵ Grupo focal Callaqui, 18 de Mayo

²⁰⁶ Como lo sostiene Marileo Lefio, entre otros, esto.

²⁰⁷ Sueño revelatorio

²⁰⁸ Canto ceremonial

²⁰⁹ Oración a Ngenechen

muchas comunidades por revitalizar el *nguillatun* y recuperar sitios ceremoniales relevantes para la continuidad de las prácticas rituales²¹⁰.

Para profundizar al respecto, se entendía que antiguamente, por las características de relaciones basadas en la familia y el *rewe*²¹¹, los miembros de ella colaboraban en la construcción del conocimiento. Cada uno de los miembros de una familia tenía roles que cumplir, muchos de estos eran designados por medio del *pewma* o sueño, como orientador del quehacer de la persona²¹². Más aún, en los relatos sobre sus experiencias de vida, frente a los *pewma* o sueños, nos indicarían que estos se constituyen en una especie de premonición, un viaje en el tiempo hacia lo que vendrá en el futuro, y que según Foerster esto permitiría:

”...un vínculo permanente de Dios con los hombres. Dios se revela en el sueño, les anticipa el futuro, para que así puedan desempeñarse, de un mejor modo en sus vidas y en sus actividades agrícolas; les enseña los problemas y las dificultades. Y como cada sueño encuentra en la realidad (futura) su confirmación, Dios se muestra como portador de signos de verdad”²¹³.

Por tanto, la ausencia del *pewma* como orientador en la vida de la persona involucra en sí un desequilibrio de tipo espiritual, de la persona con los espíritus del cosmo. La ausencia del *pewma* como elemento socializador ha quedado casi fuera de los márgenes de la familia, y prevalece principalmente entre las personas de mayor edad.

Este alejamiento implica iniciar el abandono del núcleo médico religioso de la cultura *pewenche*, en el cual el concepto de lo médico implica en esencia reestablecer la salud perdida, no remitiéndose solo a los aspectos físicos de la persona afectada, sino que

²¹⁰ En ambas comunidades se ha desarrollado diversas estrategias para recuperar la funcionalidad del *nguillatun*. Como espacio de reproducción cultural e identitarias se convierte en la actualidad en el principal referentes social, donde se exponen explícitamente cada rol de las familias, en especial, de aquellos que están a cargo de llevar a cabo este evento.

²¹¹ *Rewe* tiene varias significaciones, pero la cita está enmarcada en la relación de varias comunidades o espacios territoriales

²¹² Para mayor información léase André Menard: Manuel Aburto Paillalef: De la Republica Indígena al Sionismo Mapuche.

²¹³ Foerster, Rolf: Introducción a la religiosidad mapuche, 1995:79

acudiendo por medio de la ritualidad, a los seres tutelares dueños de las cosas, para reestablecer los equilibrios (lo natural y lo cósmicos, lo humano y extrahumano) violentado por la acción desaprensiva de los hombres (la ruptura de los tabúes y sus consecuencias karmáticas, señalados en capítulos anteriores). De este modo, en la práctica se van perdiendo o dejando de lado mecanismo de autoayuda o cuidado como elementos orientadores de la vida y de las relaciones sociales, equilibradas.

En lo inmediato, es comprensible entender en este contexto, que exista una percepción colectiva respecto a que la falta de autocuidados, (mantención del equilibrio, prácticas de ritualidades), estaría incidiendo directa o indirectamente en la salud física y espiritual de los individuos. Para las personas consultadas, “*los espíritus se escondieron...*” porque, “*antes tenían contacto directamente la gente*”, sin embargo, hoy día, se encuentran alejados y ya no pueden otorgar una orientación a las personas.

“Claro, van secando. De hecho, fue anunciado todo porque las gentes antes, antes anunciaban lo que iba a pasar a futuro. 200 años atrás creo que anunciaron, les van a quitar la tierra a la gente, le van a inundar la tierra a la gente, lo van a dividir la comunidad y van a pasar un camino muy...”²¹⁴,

Los resultados de los “desequilibrios sociales” en el hombre-naturaleza-espíritus se van traduciendo en estos cambios profundos, que influyen dramáticamente en la cultura o en otras palabras, en poder conservar parte importantes de la cultura pewenche. Esto se explicaría debido a que el individuo deja de respetar a los *ngen*, la *ñuke mapu*, deja de lado las prácticas rituales, e incluso llega a renegar de su cultura. Por ello, se interpreta que la falta de espiritualidad conlleva una serie de efectos negativos hacia la propia cultura y el individuo, los que se tornan en pérdidas, cambios bruscos y des-estructuración de la comunidad. A esto se suma la misma pérdida del ser pewenche, porque no se utilizarían ni practicaría, por ejemplo, el *lakutun*²¹⁵, donde se asignaba el *chegüi* o nombre *pewenche*. Tales eventos se vieron interrumpidos al entrar la iglesia y el Estado a regularizar a la población haciendo que los nombres pasaran a transformarse en apellidos.

²¹⁴ Grupo focal Callaqui, Lawentuncheve, 18 de Mayo.

²¹⁵ Ceremonia de carácter familia en la que se le nombraba a un niño o niña con el nombre de un familiar, el cual traspasaba a niño o niñas características propias, así como su ser.

“*chegüi*, nosotros aparte de tener un nombre, nosotros tenemos otro nombre. Entonces antes nos nombraban... teníamos un solo nombre. Qué es lo que pasó, después el mismo... la religión católica bautizaba a la gente”²¹⁶,

Esta situación de lo colonial hace percibir que existe una responsabilidad en la desestructuración social-política de parte de las instituciones, especialmente, las relacionadas con el Estado. Se entiende que los cambios en la organización política tradicional hizo que los dirigentes perdieran su rol y por ende muchas veces la credibilidad de parte de los miembros de la comunidad hacia ellos.

“Es que de repente vienen a pintarle de colores la vida de la gente de la comunidad y pagan el pato los dirigentes siempre. Las instituciones siempre les dicen, va a ser así, asá y cuando ya ellos van y se acercan y ven que no es así, los dirigentes son los malos porque no consiguieron lo que ellos vinieron a ofrecer”²¹⁷.

Entendiendo que las culturas son dinámicas, evolucionan y se reinventan, y que por ende, están sometidas a una serie de factores que influyen en su reconstrucción, se presentan nuevas dimensiones en la comprensión de su propia realidad entre los pewenche, y van a la vez, configurando un nuevo juego de roles en que la cultura se ve alterada.

La nueva realidad o proceso en que se encuentran las comunidades actualmente y a las que se agregan las nuevas condiciones en que estarían los individuos dentro de estas: alejados de la espiritualidad, ritualidades y la actual sobreexplotación de recursos, generarían otros efectos sobre las personas y el medio. Estos efectos habrían incidido en que, según, para algunas personas, en el Alto Bío Bío hayan desaparecido las *machis* por ejemplo, pero además,

“...el elemento que engloba la totalidad del ser pewenche y de acuerdo a ello su calidad de vida, es el territorio. Su permanencia, proyección de la vida misma de los espacios en donde transita la vida mapuche. La excesiva reducción de los espacios para vivir (sobrevivir hoy), el uso intensivo de químicos, la sobreexplotación de los recursos, la tala de los espacios relevantes, la extinción de ciertas especies, la

²¹⁶ Foco Grupal Callaqui, Santiguadora, 18 de Mayo.

²¹⁷ Autoridad cultural local, 17 de Mayo.

excesiva presencia de plantaciones exóticas, deterioro de la calidad y cantidad de agua, inciden en la salud mapuche de manera significativa”²¹⁸.

Cabe destacar, al respecto una situación diferenciadora con otros territorios relacionadas con la carencia de machi. Esto se explicaría con diversas interpretaciones. La primera dice relación con la pérdida de espiritualidad de las comunidades que no han generado las condiciones necesarias para que una escogida (con todo lo que involucra hacerse machi) sea relevada por *Ngenechen*. La otra interpretación que se da a este hecho tiene relación con acciones negativas de las últimas machi del sector Las machi habrían hecho diversos “males” a las personas de la comunidad, transformándose en *weküfü* y perdiendo el respeto de la comunidad, y como consecuencia de esto desapareció el don de machi. Debido a esta situación, en el Alto Bío Bío, según la interpretación de una de las personas entrevistadas, el hablar de la machi estaría relacionado con el mal²¹⁹, de modo que a la gente del lugar, no le gusta hablar de ella, evita el tema o se complica si se le pregunta por ellas, caso que se dio durante la investigación.

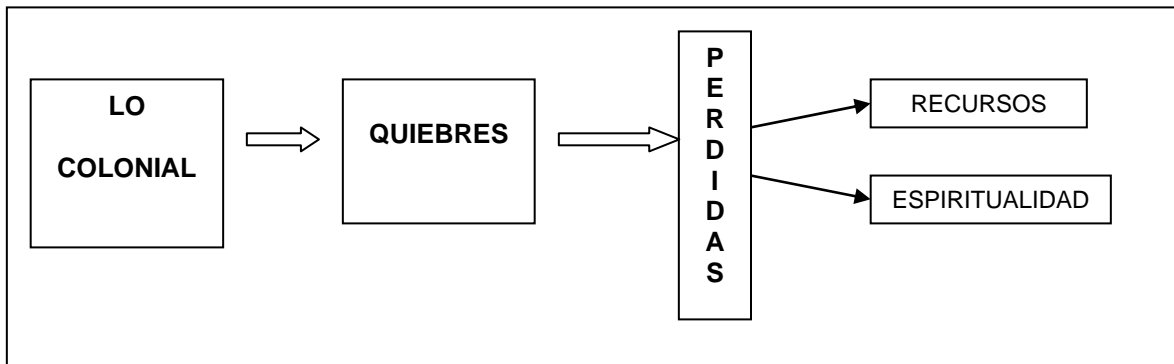
En los discursos de los entrevistados sobre la ausencia de la machi en el Alto Bío Bío puede ser una antítesis a la misma concepción de la machi que se tiene en otros territorios, porque para estas comunidades no tendría ninguna importancia. Primero porque se cuentan con otros agentes de salud, no hay presencia de “males o maleficios aparentes y porque se margina a cualquier persona que se sospeche de hacer males o hechicerías. Se consideró inicialmente, a través de la bibliografía consultada y la experiencia empírica de otros territorios, que la carencia de la machi, como el principal agente de salud y de espiritualidad contendría en sí un quiebre respecto a la recuperación del equilibrio de los individuos, porque su falta generaría trastornos para la comunidad. Paradójicamente, la ausencia de la machi en Alto Bío Bío, no ha sido de importancia mayor para la población, aunque se ha intentado llevar machi de otros territorios a personas que lo solicitan por medio del servicio de salud.

A continuación y para la comprensión de este proceso se ejemplificará con el siguiente diagrama.

²¹⁸ Segundo encuentro de epidemiología e interculturalidad. Makewe. Región de la Araucanía 10 y 11 de Octubre de 2001

²¹⁹ Relato facilitador cultural, entrevista Cauñicú, 5 de Mayo.

Figura 10: Intervención de lo colonial y las pérdidas



Se expresa entonces que intervención de lo colonial agudiza los quiebres internos de las comunidades, estos quiebres a su vez van generando pérdidas especialmente de recursos herbolarios, fauna, recursos hídricos, la tierra, y también recursos humanos traducida en la pérdida de conocimientos ancestrales muy valiosos para la existencia de la cultura. Por otro lado, los cambios conductuales profundizan las pérdidas de tipo espiritual y la valorización por ellas.

En consecuencia, para los agentes de salud, los cambios que se han producido en la población *pewenche* han generado un quiebre entre los estados de salud y las expectativas de vida de las personas que les consultan. La idealización del pasado como una época en que todo “fue mejor” en cuanto al estado de salud física y espiritual se contrasta hoy, con la “debilidad” de los niños por la alimentación y la medicina chilena. Lo colonial se manifestaría de diversas maneras haciendo que cada vez el sujeto *pewenche* pierda elementos que le fueron propio por siglos y que la modernidad ha ido eliminando.

Sin embargo se debe considerar que no solo basta con las intenciones valorables que algunas instituciones tienen relacionada con la conservación de los recursos, ya que se necesita una concientización de parte de la población para que no pierdan sus propios conocimientos y recursos biológicos que les pertenecen y solo ellos pueden reproducir.

7. CONCLUSIONES

7. 1.- Vigencia de los modelos de salud y terapéuticos mapuche-pewenche

Establecida la interpretación sobre el origen de las patologías, en términos estructurales y funcionales (capítulo 1, 2 y 3), mediante los análisis y la interpretación de los discursos de los participantes del estudio, se puede deducir que en la actualidad se mantienen un modelo de salud tradicional, asociado a las conductas de las personas y su relación con el equilibrio cósmico, y que a su vez, estaría en utilización paralela con el modelo médico chileno.

Según los resultados de la investigación de campo, en las dos comunidades, existe la misma interpretación del origen de las enfermedades, que se han clasificado en cuatro categorías: las enfermedades dadas, las enfermedades agenciadas, las enfermedades de origen *winka*, y las enfermedades de origen natural. Estas estarían en directa relación con los factores internos y externo de intervención o quiebre de las personas y su entorno (físico-social-espiritual).

Se establece que las enfermedades dadas vienen con la persona al momento de nacer (atribuibles al traspaso genético en la explicación occidental), y para la cultura pewenche estarían relacionadas con el quebrantamiento de tabúes o desequilibrios con algún ente habitante del mundo extrahumano. En un segundo término, las enfermedades de origen agenciado están dentro de los desequilibrios causados por la persona; de las enfermedades causadas por *kalku* (*kalkutun*, mal, daño, brujería); y, por el consumo excesivo de alcohol (el hombre es el propio agente). En tercer término las enfermedades de origen “winka” están relacionadas directamente con la intromisión de los españoles, luego criollos y posteriormente colonos, los cuales habrían sido los portadores de diversas enfermedades desconocidas hasta entonces dentro de la población indígena. Finalmente, las enfermedades de origen natural están asociadas a la intromisión *winka*, en la medida que los cambios en los estilos de vida tradicionales, cambios en la dieta, nuevas formas de crianza, nuevas formas de socialización etc., habrían detonado, dada la pérdida de *lo natural* por la intromisión *winka*, la manifestación de enfermedades desconocidas para los pewenche.

Las prácticas terapéuticas utilizadas en este contexto cultural representan el acomodo de los procesos sociales que viven las comunidades. En un primer espacio, se reconoce la existencia y vigencia de las terapias tradicionales o mapuche –pewenche, destacándose la presencia de *la lawentuncheve* reconocida ampliamente en el espacio interno como externo. Cabe señalar, que a diferencia de otras zonas geográficas mapuche, la machi pierde toda representatividad social, por el contrario, la imagen de ellas se mantiene asociado a los aspectos negativos de la espiritualidad.

Continuando con el punto anterior, se mantiene entre las prácticas médicas el uso de hierbas (*lawen*) mayoritariamente, por medio combinaciones guardadas muy secretamente por la *lawentuncheve*. Por otro lado, se destaca la terapia de quiebra- empacho y la santiguación de niños que también forma parte del saber indígena ya que se le ha apropiado desde siglos. Mas la presencia de agentes de salud como las parteras quedan marginadas al relato histórico debido al descrédito que el sistema de salud impuso desde hace tiempo, y que hoy intenta revertir incorporándolas a intercambios de conocimientos en ciertos ámbito de la interculturalidad.

7.2.- Dimensiones inmanentes de salud/enfermedad

Se ha podido percibir por medio de los diferentes testimonios que en la cultura pewenche existen dos formas de concebir la salud o estados de salud asociadas al concepción del *che*. Por una parte se establecería que los conceptos de enfermedad y salud no se encuentran en oposición sino que pertenecerían a órdenes distintos. En un primer orden, el *che*, en equilibrio con los otros miembros del espacio vital al que pertenece (espíritus, ngen, recursos naturales, biosfera etc.), generaría un estado de bienestar, que es producto de esta interrelación equilibrada, y que a su vez se traduciría en un estado de bienestar social. En otro orden estaría la concepción de enfermedad como una situación de normalidad entre los pewenche ya que la posible invulnerabilidad o inmunidad no implicaría que ellos puedan enfermarse.²²⁰

²²⁰ Números estudios de carácter científico han puesto en evidencia que los mapuche poseen ciertas características genéticas que les permiten mantener una mayor inmunidad frente a determinadas enfermedades, pero ello no quiere decir que todas las enfermedades sean resistidas. Recientes estudios sobre diabetes tipo 1 en niños estableció que existe una mayor incidencia en niños mapuche de comunidad, mientras que la diabetes tipo 2 en adultos tiene un fuerte impacto relacionado con los cambios de vida y de alimentación , especialmente en la población indígena urbana. A respecto ver

Por tanto la concepción de salud, *kümelkalen* o estar bien, mantiene estrecha relación con el tipo de interrelaciones del individuo, del grupo y del entorno físico-espiritual, por lo cual, la socialización tienen un rol esencial en el sujeto. Esta permite a la persona ejercer sus deberes y derechos de acuerdo a las pautas de comportamiento trazadas por la cultura y que lo alejarían en alguna medida de los *kuTRAN* o del estado de *kuTRANkülen* (estar enfermo).

Otra conclusión que se desprende consiste en que las enfermedades pueden ser tratadas también desde la medicina chilena, se trata de buscar la cura o disminuir los trastornos de alguna enfermedad. Por lo tanto la comprensión de la enfermedad también entra en un marco lógico interpretativo (causa-efecto), por lo que se acude a la sanación (medicinas) occidentales. La demanda por la atención de salud a los diferentes servicios es mayor a la cobertura ofrecida (especialidades médicas), situación que se traduce en un descontento o cuestionamiento de los servicios (no curan las enfermedades, no cumplen, no otorgan prestaciones específicas), al no cumplir las expectativas de las personas y en lo referentes a este estudio, al no contextualizar la oferta de los servicios. Esto último se puede ejemplificar con las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad que no siempre ponen atención a la cultura (descontextualizados), la geografía (ej. sillas de ruedas no aptas al terreno), y a las particularidades de cada individuo (carencia de un sistema que permita acceder a la educación, empleo e integración dentro y fuera del espacios donde habitan), por lo tanto, desde la mirada exterior, las situaciones descritas podrían influir en la inclusión, independencia, y accionar de las personas que presentan discapacidad dentro de este contexto particular.

7. 3.- La discapacidad entendida como enfermedad

Uno de los aporte de la investigación esta referida a la carencia de una concepción lingüística y cognitiva de la ideas de “discapacidad” entre los pewenche. Se ha podido concluir que la discapacidad está entendida dentro del esquema de enfermedad (tipos de *kuTRAN*), por lo que ésta también estaría asociada al origen de su causa (agenciada, desequilibrios, *winkas*). Mediante los testimonio se pudo deducir que anterior a la presencia

Revista médica en Chile ISSN 0034-9887, prevalecía de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano.

winka, los pewenche no habrían desarrollado un léxico para identificar a personas con anormalidades. Se entendería esto, por una parte, porque “lo anormal” era posiblemente eliminado debido a que se atribuiría una especie de negativismo a su presencia, y por otra parte, las personas con alguna anormalidad serían rechazadas socialmente. Por lo expuesto se entiende que entre los pewenche no había individuos que tuviesen algún tipo de deficiencia estructural o funcional, entendidas por la gente comúnmente hoy, como discapacidades.

Cabe mencionar que la actual concepción de discapacidad también entra en la causalidad de intromisión winka, esto se explica porque en sí la palabra y su significación es chilena o winka (la trajeron de afuera), pero su explicación se hace interna al asociarla al resultado de la aculturación, el awinkamiento y las enfermedades introducidas a partir de la presencia winka. Pero a su vez, se hace énfasis en los desequilibrios causados por lo propios pewenche en torno a las normativas socio-culturales desencadenantes de diversas enfermedades.

7.4.- Modelos culturales/ actitud hacia la discapacidad

El mismo desconocimiento de una posible conceptualización del término discapacidad en la cultura pewenche, tendría alguna relación con las formas de enfrentar dicho fenómeno social. Se entiende que aparentemente existiría una despreocupación de parte de la comunidad o entorno social hacia la persona que presenta alguna discapacidad, no porque se excluya per se, sino porque no existirían aparentemente preocupación por incluirlos. Se entiende esta situación dada que el *che* se crea en sus relaciones sociales (comunicación, emotividad) con los otros *che*, de tal modo que este debe propiciar vínculos (conductas, lenguaje) es decir, un estado de conexiones recíprocas.

Efectivamente se pudo observar y relacionar que las actitudes presentes hacia las personas con discapacidad giran en torno a un posible abandono (familiar, social), negación, ocultamiento, ignorar o sobreprotección de las personas con limitaciones. Esto se traduciría en una aparente exclusión social, atribuidas a los distintos tipos de enfermedades que imposibilitarían el ejercer derechos y deberes en el entorno social y como se espera que cada miembro realice (Groce y Gannotti, 2006)²²¹. Por ello se concluye que la participación o

²²¹ En Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina Del invento a la herramienta, de Plaza y Valdés/2006. Web: www.idrc.ca/en/ev-100733-201-1-DO_TOPIC.html, revisión, mayo 2008.

inclusión de la persona con discapacidad está en estrecha relación con sus capacidades y su propia voluntad para hacerlo, pues la cultura y las relaciones desarrolladas en su interior tienen dinámicas diferentes a la chilena, por lo tanto deben comprenderse en ese marco cultural.

Por otra parte, se planteado a modo de hipótesis que es probable que sea la misma intromisión de factores externos lo que en efecto permite la existencia de una “comunidad inclusiva” es decir, que se permita la participación en instancias de carácter comunitario (reuniones, eventos sociales y religiosos, decisiones políticas, entre otras), por las dinámicas dadas hoy en las comunidades donde lo chileno está muy presente. Lo que parece suceder entonces, es que la comunidad “se abre” siempre y cuando el individuo, por su propia cuenta, intente incluirse en ella. Si la voluntad personal del individuo existe, y además de esto el individuo es capaz de establecer relaciones sociales coherentes dentro de lo que dictamina la costumbre pewenche, la comunidad lo acoge en su seno. Por lo tanto, toda la responsabilidad, en este sentido, recae sobre el sujeto, y no sobre el grupo.

7.5.- Lo colonial y las pérdidas actuales

Como una interesante categoría de análisis fue la que se desprendió de los discursos frente a la presencia de lo *winka*, que se ha denominado colonial, quedando de manifiesto que lo impuesto desde afuera ha incidido negativamente en la cultura como en los miembros de la comunidad. Se explicita a través de los discursos que interpretaría que desde iniciada la presencia *winka* en la zona, se han sucedido una serie de procesos, que finalmente desencadenarían los cambios y transformaciones que hoy viven las comunidades indígenas. Aparecen entonces, enfermedades, “la discapacidad”, los cambios culturales, la aculturación, el deterioro medio ambiental, y las pérdidas entendidas como aquellos recursos culturales propios (espiritualidad, conductas, modos de ver y enfrentar la vida, etc.); por tanto se profundizan los desequilibrios individuales y sociales.

Constituye un desafío para las mismas comunidades indígenas realizar una introspección referidas a estas pérdidas, dado a que la evidencia desprendida de los testimonios nos señalan que existe una potencial conciencia al respecto. Vale decir, los miembros de la comunidad reconocen que las transformaciones al interior de la cultura, presionada desde afuera (lo *winka*) y adaptada desde dentro (lo pewenche) afectan su calidad de vida, en contraposición con en la “armonía” existente, anterior a este proceso de transformación.

Se puede concluir además, que la pérdida de los recursos materiales (tierras, bosques, plantas medicinales, animales, recursos hídricos etc.) son detonantes de una compleja problemática social que afecta directamente la propia cultura. Hoy existe un consenso al respecto, lo que se ha traducido en una constante demandas para recuperar dicho recursos.

Los conocimientos tradicionales constituyen una gran riqueza inmaterial que está siendo amenazada por estos cambios que ellos mismo reconocer: “el pewenche” ya no es como antes, es decir, las nuevas dinámicas influyen en los cambios personales y a su vez estos influyen sobre el grupo. La vinculación existente y vigente entre estos procesos de cambio confluye en una autocrítica, pero además se otorga responsabilidades al Estado y a sus instituciones por la agudización de estas pérdidas o deterioro.

7.6.- ¿Quiebre de paradigma? La sociabilidad centrada en el sujeto

Finalmente se puede establecer que el modelo planteado por la CIF donde se enuncia que el funcionamiento de una persona en un contexto determinado se entiende como “una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales)”, y por tanto se centra a la sociedad como la responsable de inclusión del sujeto discapacitado, queda en cuestionamiento dado el marco cultural existente en este espacio social estudiado.

Paradójicamente, las formas de socialización pewenche establecerían que la discapacidad no estaría en los tipos o categorías de deficiencias propuestas por la CIF, que orientaron inicialmente el estudio, sino en la disposición que el propio sujeto desarrolle, de modo que en él debiera existir un deseo personal para participar de la sociedad. Por tanto, recae en el sujeto el peso de ser incluido en la sociedad, no importando el tipo de deficiencia que presente (enfermedad o patología que la CIF reconoce), ni los tipos de barrera que debiera enfrentar el potencial discapacitado. Por lo tanto, el *che* se hace presente en la medida que mantenga interacciones dinámicas con su entorno, dinámicas que el mismo debería iniciar.

Quedó en evidencia, mediante los testimonios, que la participación de las personas con discapacidad está mediada por la voluntad de acción. La comunidad responde en el marco de la reciprocidad de sus miembros (relaciones recíprocas), del diálogo y de las fuentes de comunicación (familia, amigos, acciones ceremoniales), y que como grupo han desarrollado.

La aparente marginación que se pudo observar estaría en términos relativos, ya que se podría vincular dichas acciones de exclusión, a las condiciones o estados de salud percibidas por las personas con discapacidad y/o enfermos. Se explica esta situación porque la persona se ve sobrepasada en su percepción de padecimiento (aumentan los tipos de barreras) y responden frente a esto, automarginándose muchas veces, y a la vez percibiendo que son los otros quienes no les dejan integrarse (no los toman en cuenta). En otras palabras, la discapacidad estará más o menos presente en cuanto el sujeto tenga una red de relaciones con los otros miembros del grupo (comunidad).

Bibliografía

Anderson, Benedit

2000 Comunidades Imaginadas. Fondo de Cultura Económica. México

Bengoa, José.

1999. "Historia de un conflicto". Planeta, Santiago.

2000. "La Emergencia Indígena en América Latina". Fondo de Cultura Económica. Santiago

2002. "Historia del pueblo mapuche". 6° ed., LOM, Santiago.

2004. "La memoria olvidada. Historia de los pueblos indígenas de Chile. Cuadernos Bicentenario, Santiago.

Carbonnel, Beatriz.

2002. "Chamanismo mapuche, medicina y poder, sus formas de vínculo social.

En

Internet:

www2.estudiosindigenas.cl/trabajados/chamanismo%20mapuche%20medicinay%20poder.pdf [Fecha de acceso: Mayo de 2008].

Citarella, Luca [comp.]

2001. "Medicinas y culturas en la Araucanía". Sudamericana, Santiago.

Course, Magnus.

2005. "Mapuche Person, Mapuche People". Tesis doctoral, London School of Economics and Political Sciences, Londres.

Díaz, Alejandro et. al.

2004. "Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión Mapuche e impacto de la cultura occidental". En: *Ciencia y enfermería* X (1): 9-16.

Faron, Louis.

1969. "Los mapuche, su estructura social". Instituto Indigenista Interamericano, México.

Foerster, Rolf

1999 Introducción a la religiosidad mapuche. Editorial Universitaria. Santiago

Foerster, Rolf y Hans Gündermann.

1993. "Acerca del nombre propio mapuche". En: *Nütram* IX 31: 41-58.

FONADIS-INE.

2005. "Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile". FONADIS-INE, Santiago.

Grebe, María Esther et. al.

1972. "Cosmovisión mapuche". En: *Cuadernos de la realidad nacional* 14: 4673.

Lévi-Strauss, Claude.

1972 [1964]. "El pensamiento salvaje". FCE, Ciudad de México.

Gobierno de Chile.

2007 Ley 19.253

1994. Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad.

Melville, Thomas.

1976. "The nature of Mapuche social power". Tesis doctoral, The American University, Washington.

Pinto, Julio.

2003. "La formación del Estado y la nación, y pueblo mapuche. De la inclusión a la exclusión". Dibam. Santiago.

Sahlins, Marshall.

1984 [1972]. "Las sociedades tribales". Labor, Barcelona.

Stuchlik, Milan.

1999. "La vida en mediería". Soles ediciones, Santiago.

Tellez, Eduardo.

1990. "Los pehuenches primitivos". Tesis para optar al grado de Magíster en historia con mención en Etnohistoria. Universidad de Chile.

Alain Touraine

1994. *Critica de la Modernidad*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Villalobos, Sergio.

1989. "Los pehuenches en la vida fronteriza". Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.

Viveiros de Castro, Eduardo.

1998. "Cosmological deixis and amerindian perspectivism". En: *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 4, 3:469-488.

Weber, Max.

2001 [1992]. "La ciencia como profesión, la política como profesión". Espasa Calpe, Madrid.

Wieviorka, Michel.

2003. "La diferencia". Plural, La Paz

2002. "El Racismo, una introducción". Plural La Paz.

Revistas

The International Development Research. Physical therapy, volumen 81 numero 9, septiembre 2001.

WEB

Segundo encuentro de Epidemiología e interculturalidad. Makewe, Región del a Araucanía, 10 y 11 de octubre de 2001.

ANEXOS

Anexo 1: Pauta de grupo de discusión

1. ¿Qué entienden por salud?, ¿Cuándo una persona está sana?, ¿de qué depende la salud?, ¿Cómo es cuando una persona goza de buena salud?, ¿hay alguna palabra en *chedungun* para referirse a estar bien o tener buena salud?
2. ¿Cuándo la gente se enferma?, ¿Qué clases de enfermedad hay?, ¿en qué se diferencian las enfermedades?
3. ¿Qué pasa con las enfermedades como el cáncer, el asma, la diabetes?, ¿qué tipo de enfermedades son?, ¿porqué la gente las tiene?
4. ¿Qué tipo de alimentación se tenía y cuál es la alimentación que se tiene ahora?, ¿Cómo influye la alimentación en las enfermedades (en el desarrollo-aparición)?, ¿hay algunas otras cosas que tengan que ver con la aparición de enfermedades?
5. (*Deficiencias estructurales y funcionales*): (¿qué clase de deficiencias comprenden como tales (físicas, mentales, sensoriales)?) (Clave: ¿son enfermedades?).
 - a) *Físicas*: ¿hay gente que le faltan partes del cuerpo?, ¿hay gente que tiene cosas raras en el cuerpo, como que le cuesta caminar, tullidos, o cosas así?, ¿porqué la gente tiene estas cosas o le pasan estas cosas?
 - b) *Mentales*: ¿hay gente loca en la comunidad?, ¿hay gente que tenga problemas de la mente?, ¿por qué la gente tiene estas cosas o le pasan estas cosas?
 - c) *Sensoriales*: ¿hay gente sorda, ciega, muda en la comunidad?, ¿por qué la gente tiene estas cosas o le pasan estas cosas?
6. La gente pewenche, ¿tiene dificultades para relacionarse con la sociedad chilena?, ¿de qué tipo?, ¿cómo se expresan?, ¿cómo las sienten? (ref. analfabetos, hablante solamente de *chedungun*).
7. ¿Qué pasa con los *afuerinos*?²²², ¿participan de la comunidad?, ¿qué tipo de participación tienen?, ¿tienen problemas con alguien dentro de la comunidad?, ¿es

²²² El término *afuerino* intenta englobar una categoría presente en las comunidades mapuche y pewenche, que dice relación con los sujetos, fundamentalmente hombres, que residen en tierras de su esposa.

escuchada la opinión de los afuerinos dentro de la comunidad? ¿en qué instancias son consideradas sus opiniones?

8. ¿Hay otro tipo de enfermedad (además de las a priori consignadas como *winka*, por descendencia o enfermedades familiares [*küpalme*], y de las propiamente *pewenche*)? , ¿qué cosas hacen que la gente sana se enferme?
9. (*küpalme* y enfermedad): ¿Hay una relación entre ser parte de una familia y tener una enfermedad?, ¿la gente puede tener limitaciones²²³ porque se pasan por familia?, ¿cómo se sanan estas enfermedades?, ¿la gente que las tiene se puede sanar, cómo quedan?, ¿se puede saber que la gente va a tener estas enfermedades?, ¿cómo?
10. (rompimiento del equilibrio natural), ¿Cuándo se enferma la gente comúnmente, los *pewenche*?, ¿cuándo hay males, qué cosas hacen?, ¿o castigo de Dios/*ngnechen*?, ¿y esos males pueden dejar a la gente con limitaciones?, ¿la gente que las tiene se puede sanar, cómo quedan?, ¿se puede saber que la gente va a tener estas enfermedades?, ¿cómo?
11. (*winka kutran*) ¿Porqué la gente se enferma con enfermedades *winka*?, ¿las enfermedades *winka* pueden dejar a la gente con limitaciones?, ¿la gente que las tiene se puede sanar, cómo quedan?, ¿se puede saber que la gente va a tener estas enfermedades?, ¿cómo?
12. ¿Cómo son vistos los enfermos por la comunidad?, ¿cómo son vistas las personas con limitaciones? (se enumerarán las enfermedades consignadas por los informantes, dependiendo del tipo enfermedad)
13. ¿Cómo es la relación de los enfermos con la comunidad? (¿cómo es la percepción que se tiene sobre estas enfermedades influye en la relación que tengan con la comunidad? [aceptación/rechazo])
14. ¿Cómo son vistas las personas con “limitaciones”?, ¿qué hacen en la comunidad?
¿Cuál es su lugar en la comunidad?,
15. ¿Los enfermos participan de las actividades?, ¿las personas con “limitaciones” participan?, ¿se interesan en participar?, ¿tienen problemas para participar?, ¿participan de las decisiones?, ¿ellos quieren participar, les gusta?

²²³ Cuando en este estudio se hace referencia a limitaciones, se intenta emplear un concepto que les sea comprensible a los *pewenche* análogo a la presencia de deficiencias de estructura y función.

16. ¿Qué pasa cuando la gente se enferma o le ocurre un accidente que lo “limita”?, ¿qué pasa cuando nace un niño con deformaciones, o sordito, cieguito, con alguna cosa así?, ¿qué es lo que hacen?, ¿cómo reaccionan, la familia, los papás, la comunidad? (actitud)
17. ¿En qué trabajan los enfermos?, ¿en que trabajan las personas con limitaciones?,
18. ¿Qué pasa con las personas que se enferman y no pueden trabajar?, ¿qué pasa con las personas con limitaciones que no pueden trabajar? ¿qué hacen después?
19. ¿Quién se hace cargo de los enfermos, de la gente con limitaciones?, ¿todos los enfermos, la gente con limitaciones, son ayudados por su familia, por la comunidad?, ¿por qué?
20. ¿Cómo se preocupan de ellos?
21. ¿Qué pasa con las personas que beben y cuando están “curados” “borrachos”?, ¿participan?, ¿son confiables?, ¿cómo los trata la comunidad?
22. ¿Quién descubre las enfermedades?, ¿cómo las descubre?, ¿se pueden descubrir las limitaciones?
23. ¿quien hace los tratamientos para las enfermedades (o para las limitaciones)?, ¿a que se dedican cada uno de estos (especialista)? (depende de la enumeración realizada por los informantes).
24. La gente que sana, ¿son respetados por la comunidad? ¿Porqué, desde cuando?, ¿hay que ser especial para sanar?, ¿qué se necesita?
25. ¿cual es el lugar (posición, sentido) de la machi en la cultura pewenche?, ¿son importantes?
26. ¿que pasa en las comunidades donde no hay machi?, ¿alguien ocupa su lugar?

Nota: los tópicos a tratar en el grupo de discusión han sido formulados en formato de pregunta debido al consejo de don Pedro Aguilera (coordinador de campo, comunidad de Cauñicu), y a que en nuestra experiencia resulta más sencillo para la gente hablar cuando se enfrenta a un cuestionamiento y no a un tema abierto en abstracto. Las preguntas, además de considerar los tópicos contenidos en los objetivos específicos de la investigación, se construyeron considerando un eje macro que se presupone analítico, que considera aspectos centrales de origen y tratamiento de la enfermedad, y de inclusión e integración social de acuerdo a las mismas enfermedades.

Anexo 2

Pauta de Grupos Focales

I. Sentidos Comunes

a) Auto-percepción de los roles del elenco medico-religioso.

1. Describir especialidad (dependiendo de la que declare el informante), ¿cómo se llega a ella?
2. ¿Cómo se traspasan estos saberes? (funcionalidad de la lengua)
3. ¿Es importante su rol? (como se perciben ellos en su rol), ¿es importante para la comunidad?, ¿cómo los ven en la comunidad?
4. ¿Qué especialistas en medicina pewenche hay?, ¿Qué hacen los (especialista.....)?, ¿descubren enfermedades?, ¿cómo curan?
5. ¿Quiénes son los que más saben de la: cultura, salud, especialidades médicas tradicionales?
6. ¿Qué cree(n) usted(es) que piensa el resto de la comunidad sobre lo que ustedes hacen?

b) Percepción de la medicina pewenche

7. ¿Cuál es el papel de la medicina pewenche?, ¿es importante para la gente?, ¿por qué?
8. ¿De qué se trata la medicina pewenche?, ¿cómo cura?, ¿qué cosa cura? (¿cómo se concibe la medicina pewenche?)
9. ¿Qué piensan sobre las antiguas formas de curar?, ¿cuáles son?
10. ¿Cuál es el papel que juegan las ceremonias y los rituales?
11. ¿Qué hace o qué papel juega la medicina pewenche para recuperar la armonía, el equilibrio cuando se ha roto?

c) Percepción de otros modelos de sanaciones médico-religiosas (cristianas)

12. ¿Se recurre a otras formas de curar a las persona? (no propias), ¿cuáles son?, ¿por qué se recurre a ellas?, ¿cuál es su efectividad?, ¿son buenas? (describir)
13. ¿Se puede sanar la gente por la religión, por la fe, contactándose con Dios/ngenchen (existencia de otras formas de espiritualidad: ceremonias evangélicas, rezos)
14. ¿Se han producido “sanaciones milagrosas”? ¿dónde?, ¿por qué se producen?
15. ¿Cómo es entendido el “ungimiento” o imposición de manos”? (desde creyentes evangélicos) ¿una sanación espiritual/física? Ejemplos, descripciones, relatos particulares.

d) Percepción y valoración de los modelos y prácticas winkas (alópatas, homeopáticas, otras)

16. ¿Cual es la diferencia de la medicina pewenche y la medicina no pewenche?, ¿es importante la medicina no pewenche?
17. ¿Hay enfermedades en que la medicina no pewenche nada tiene que hacer, que no sirve para curar? ¿Qué enfermedades no puede curar la medicina no pewenche, por qué?
18. ¿Y hay enfermedades que solo puede curar la medicina no pewenche? ¿Cuáles? ¿Por qué?

II. Esquemas de observación e interpretación

a) Esquemas de observación

19. ¿Qué entienden por salud? ¿Cuando la persona está sana?
20. ¿Qué tipos de enfermedades existen?
21. ¿Y cuáles de ellas son (dadas [küpalme], cuáles son agenciado [desequilibrio], y cuales son no pewenche?
22. ¿Cómo se descubren los diferentes tipos de enfermedades? (diagnóstico), ¿qué cosas o procedimientos se utilizan para ello?, ¿se pueden descubrir las enfermedades antes de que la gente las tenga?
23. ¿Cual es el papel de los sueños?

b) Esquemas de interpretación

24. ¿Por qué se producen las diferentes enfermedades? (diferenciadas por tipo), ¿cómo se pueden evitar? (estrategia de prevención).
25. Cuando la gente tiene limitaciones, por ejemplo son sordos, ciegos, cojos, locos, etc. ¿eso pasa por alguna enfermedad?, ¿por qué pasa?, ¿enfermedades de qué tipo?, ¿cuáles son sus diferencias o similitudes con las enfermedades?
26. ¿Por qué ocurren las limitaciones?, ¿por qué la gente queda o es sorda, ciega, muda?, ¿por qué la gente tiene malformaciones?, ¿por qué la gente es loca, o tiene problemas en su inteligencia, en su conocimiento?
27. ¿Son mortales las enfermedades?, ¿las de qué tipo son mortales?, ¿por qué?
28. ¿Cómo se evitan las limitaciones?, ¿se pueden evitar?, ¿se puede saber que un niño va a nacer con problemas?, ¿Se puede saber que una persona va a tener un accidente y quedará limitada?
29. Cuando la gente toma trago, ¿pueden surgir enfermedades?, ¿qué pasa si las mujeres que están embarazadas toman trago?, ¿cómo salen los niños?, ¿puede pasar otra cosa en el embarazo para que las guaguas salgan con limitaciones?

III: Prácticas terapéuticas pewenches y racionalidades típicas de acción

a) Terapias ancestrales

30. ¿Cómo se tratan las diferentes enfermedades? (diferenciadas por tipo).
31. ¿Qué hace(n) usted(es) (cada especialista en su área) para curar o ayudar a alguna persona que lo solicita?
32. ¿Qué se puede hacer cuando la gente tiene limitaciones?, ¿se pueden curar?, ¿cómo?, ¿qué hacen ustedes para tratar a la gente con limitaciones?
33. ¿Hay enfermedades o algunas cosas que la gente se pueda curar sola?, ¿o qué no tengan que ir donde ustedes los especialistas?
34. ¿Cuándo la gente recurre a usted(es)?, ¿con qué frecuencia?, ¿Quiénes son las personas que mayormente recurren a sus tratamientos?
35. ¿De qué se tratan sus tratamientos?, ¿dependen del tipo de enfermedad?, ¿hay enfermedades que ustedes no puedan curar? (caracterización de los distintos roles según práctica).

36. ¿Cuáles son los “remedios” que les dan? (de acuerdo a especialidad y a tipo de enfermedad), ¿cómo se hace el tratamiento? ¿qué pasos se siguen, “rupü”? (describir)
37. ¿Cómo creen que les ayuda?, ¿en que otro ámbito los ayudan, además de la sanación? (espiritual, físico)
38. ¿Qué se hace cuando una persona queda limitada para realizar sus actividades cotidianas?, ¿ustedes le hacen algún tratamiento?, ¿qué tratamiento se puede hacer cuando una persona esta limitada (sensorial, física y mentalmente)?
39. ¿Qué se hace cuando hay posesiones de “espíritus malignos” en la persona?, ¿a quiénes se recurre?
40. ¿Cuáles son las diferencias de ustedes con las machis?, ¿porqué ya no hay machis?, ¿qué hacen las machis que no hagan ustedes?

Anexo 3:

Pauta de entrevista en profundidad semi-estructurada

I. Auto percepción de las situaciones de salud

a. Percepción del estado de salud.

1. ¿Cómo se siente de salud?
2. ¿Qué enfermedad y/o limitación tiene?
3. Además de eso, ¿tiene otro problema?

b. Comprensión de su propia limitación y/o enfermedad y otras.

4. Su condición²²⁴, ¿le ocasiona problemas?
5. ¿Se siente diferente del resto?, ¿en qué sentido?
6. ¿Le cuesta hacer algunas cosas por su condición?
7. ¿Hay gente que tenga lo mismo que usted en la comunidad?, ¿cómo los ve a ellos?
8. ¿Hay gente que tenga otras cosas, enfermedades, limitaciones?, ¿cómo los ve a ellos?
9. ¿Por qué usted tiene esa condición? (explicar, origen).
10. ¿Desde cuándo la tiene?
11. ¿Qué siente por tenerla?
12. ¿Le incomoda demasiado tener el problema que tiene?, ¿cómo sería su vida si no lo tuviera?

II. Evaluación de las prácticas terapéuticas y de sanadores

13. ¿Con quién se ha tratado su condición?, ¿qué especialista?, ¿qué le han dicho?
14. ¿Ha visto a algún especialista de medicina pewenche por su condición u otra enfermedad?, ¿le ha dado tratamiento?
15. ¿Cuál es su opinión sobre la medicina pewenche y sus especialistas?
16. ¿Ha ido a médico (posta) por su condición u otra enfermedad?, ¿le ha dado tratamiento?
17. ¿Cuál es su opinión sobre la medicina de la posta o CESFAM y sus especialistas?
18. ¿Ha seguido otro tipo de tratamiento? (religión).
19. ¿Recibe algún tipo de ayuda por su condición? (De organismos gubernamentales o

²²⁴ Término referido a enfermedad y/o limitación.

privados).

20. ¿Le gustaría recibir?, ¿cómo valora las que ha recibido?

III. Percepción de integración/retracción

21. ¿Trabaja?, ¿Qué trabajo hace usted?, ¿qué hace en su vida?

22. ¿Le gusta hacer lo que hace?

23. ¿Siente deseos de hacer otras cosas?

24. ¿Participa usted de los asuntos de la comunidad?

25. ¿Le gustaría participar más?

26. ¿Pertenece a alguna organización?, ¿le gustaría pertenecer?

27. Usted hace la mayoría de sus cosas por sí solo o ¿alguien lo ayuda?

28. ¿Qué siente por eso?

29. ¿Estudió?, ¿hasta qué año llegó?, ¿por qué?

30. ¿Le cuesta relacionarse con la gente?, ¿cree que si no tuviera su condición le costaría menos relacionarse con la gente?

31. ¿Tiene muchos o pocos amigos?

32. ¿Le gustaría tener más amigos?

33. ¿Qué hace cuando tiene tiempo libre?, ¿cómo le gusta pasarlo?, ¿le gustaría hacer cosas que no puede?

34. ¿Tiene usted familia, esposa(o)? (¿por qué no? o ¿le costó encontrar esposa?
Dependiendo de la respuesta).

IV: Percepción de inclusión/exclusión (cómo sienten que son percibidos y valorados por la comunidad)

35. ¿Cómo siente que lo ve la comunidad?
36. ¿Se siente integrado, que la comunidad lo trata como a un igual?
37. ¿Sabe de otras personas que tengan problemas para integrarse a la comunidad?
38. ¿Cómo ve la comunidad a otras personas con limitaciones o enfermedades?
39. (pregunta para individuos con limitaciones declaradas en el curso de su vida) El trabajo que hacía antes de tener su condición, ¿es distinto al que hace ahora?, ¿qué hace ahora?
40. ¿Cree usted que la comunidad incentiva su participación en las decisiones?, ¿se toma en cuenta su opinión?
41. ¿Siente que la comunidad o su familia valora los aportes que usted hace?
42. ¿Necesita ayuda para hacer sus cosas?, ¿quién le ayuda?
43. ¿Siente o le dan ayuda por parte de la comunidad?
44. ¿Qué siente por la gente que lo ayuda?
45. ¿Siente que la gente lo mira o lo trata raro?
46. ¿Se siente valorado o discriminado por la sociedad winka?
47. ¿Y por los demás pewenche?
48. ¿Quién discrimina más, los winka o los pewenche?

DOCUMENTO SERVICIO DE SALUD BIO BIO

SALUD INTERCULTURAL: REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS DEL SERVICIO DE SALUD DE BIO BIO

El Sistema de Salud y Los Pueblos Indígenas.

Con el proceso de apertura democrática, luego del período post dictadura, y especialmente a partir del Acuerdo de Nueva Imperial, se formaliza sobre la democracia de los consensos la idea de resolver un conjunto de reivindicaciones políticas que reclamaban los pueblos indígenas al Estado Chileno. Se institucionalizan como mecanismos primarios la visibilización de la “cuestión indígena” como una medida gubernamental básica que establecería el conjunto de demandas que serían abordadas mediante la creación de la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI), organismo que sentaría las bases de la actual Corporación de Desarrollo Indígena (CONADI)

Este acontecimiento marcaría los sustratos ideacionales desde los que: los actores políticos y sociales del país definirían los “ajustes democráticos institucionales” necesarios de realizar para resolver la denominada deuda histórica. Este proceso de apertura político – institucional entre los pueblos indígenas y el Estado Chileno¹, como se reflejaría años más tarde – excluiría las demandas básicas de reconocimiento y autonomía territorial, para asentar un modelo de gestión de demandas indígenas basadas en la asimilación cultural y o simplemente la integración sociocultural. Esto significa asumir primariamente la tesis que los mecanismos de dialogo, siempre han sido regulados desde lo público, por lo que cualquier aireación que se pueda hacer del rol del movimiento indígena pasa por las oportunidades que se han abierto a partir del espacio democrático.

¹ Esta apertura también se pudo observar en otros países Latinoamericanos, de hecho la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) en el año 1996 firmó un acuerdo en el parlamento Indígena de las Américas en donde se estipulaba la preparación de una agenda legislativa para las políticas de salud y la producción de leyes que protegieran a las tradiciones indígenas, (Alarcón, A.M. et. Al., 2004) “Política de salud intercultural, perspectiva de usuarios mapuche y equipos de Salud en la IX región” en Rev. Med. sep. 2004, vol.132, no.9, p.1109-1114. ISSN 0034-9887.

Una primera reflexión, nos indica que, la idea de movimiento, tal como lo plantea Salvador Martí Puig² (2004), habla por si mismo de las coyunturas que posibilitan la aparición de movimiento, reforzando la idea de la estructura de oportunidades políticas (EOP) presente en la sociedad. Desde esa visión, la Política de Salud y Pueblos Indígenas se inspira en la idea de facilitar una mejor adaptabilidad de la oferta programática del sector salud con los pueblos originarios, siendo una respuesta natural a los problemas de acceso, resolutivez, calidad de atención, entre otros, de los cuales son objeto las comunidades indígenas como resultante de la marginalidad y exclusión social. Podría de esa forma, afirmarse que la construcción de una política de salud intercultural, con financiamiento regular, es el primer impacto positivo que ha logrado el movimiento indígena en la estructura de la administración pública. Resulta evidente entonces, que los procesos de trabajo entre representantes indígenas permitieron a los servicios de salud del país, replantearse en tema de la pertinencia cultural de la atención en salud hacia los pueblos indígenas, incorporando ajustes al sistema como lo son la contratación de los facilitadores interculturales, la creación de equipos de salud intercultural en los establecimientos situados en comunas con alta presencia de población indígena y otros ajustes más.

Una segunda reflexión, nos lleva a plantear que a partir del esfuerzo por incidir en la calidad de la atención que se brinda a los pueblos indígenas, las organizaciones lograron asentar una discusión sobre las estrategias con las cuales se podría ir legitimando su sistema médico ancestral. Esto significó la instalación de un largo periodo de consulta ciudadana a los pueblos indígenas del país que permitió durante el año 2006³ la creación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas en el Ministerio de Salud Chileno. A partir de esa acción, se reforzaría la idea de avanzar en el cumplimiento de los logros sanitarios del sistema de salud chileno, pero paralelamente, se establecerían las condiciones con las cuales se buscaría una mejor pertinencia cultural del sistema de salud occidental.

² Martí Puig Salvador (2004) "Sobre la emergencia y los impactos de los movimientos indígenas en las arenas políticas de América Latina. Algunas claves interpretativas desde lo local y lo global" Papel del Centro de relaciones internacionales y cooperación internacional, CIDOB; Barcelona, España.

³ "Política de salud y pueblos indígenas" (2006), Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Reaparece con fuerza la idea de construir modelos de salud intercultural para las poblaciones indígenas del país, que dependiendo de la realidad territorial que haya, han permitido (previo consenso con las organizaciones) promover la complementariedad entre sistema médicos (Hospital Makehue, Parto Aimará, Nueva Imperial, Alto Bío Bío, etc.) o simplemente mejorar los sistemas de adaptación programática de las acciones de salud a la realidad sociocultural indígena (Programas Transversales, Desarrollo Psicomotor, etc). Una tercera reflexión, nos impulsa a sostener que, como resultado adicional a ese logro, se podría mencionar la co-gestión (en algunos casos) de ofertas públicas que han permitido abordar aspectos fundamentales de los sistemas de salud indígenas, como lo son el desarrollo, recuperación y fortalecimiento de su sistema médico a través del Programa Orígenes (CONADI-BID) que ha puesto sus estrategias de trabajo en los territorios indígenas en términos de reforzar experiencias de salud intercultural que permitan en un largo plazo la construcción de modelos de salud intercultural en la redes asistencial.

Con lo planteado, se podría afirmar que la construcción de un proceso de salud intercultural, principal desafío de la institucionalidad pública vinculada a salud, vendría siendo una respuesta a los movimientos indígenas que a partir de la post-modernidad, han buscado nuevas formas de vinculación con el Estado. Teniendo en cuenta el análisis realizado, podemos concluir preliminarmente que la política de salud intercultural, desde una óptica capaz de recoger las diferenciación de las aspiraciones ciudadanas, como lo destacan los teóricos comunitarios Charles Taylor⁴ y Walter Kymlicka⁵, debiera basarse en el reconocimiento como la clave para el reforzamiento de la identidad, contraponiéndose a la política universalista en la cual la dignidad de los ciudadanos se resuelve en una política de igualación de derechos ciudadanos. Pero ¿Podría haber un impacto mayor en el sistema de salud desde el Movimiento Indígena?

⁴ Taylor Charles (2006) "Imaginario sociales modernos", Barcelona, editorial Paidós.

⁵ Kymlicka Walter (1996) "El retorno del ciudadano una producción reciente en teoría de la ciudadanía, en Cuadernos del CLAEH, N° 75, Montevideo.

Como lo afirmamos, las reglas de la ajustabilidad al sistema democrático han sido promovidas por el Estado Chileno sobre la base de un proyecto político social que niega por definición la probabilidad de mayores niveles de autonomía de los pueblos indígenas. Esta situación, que atenta sobre un principio básico para la conformación de democracias culturales, ha llevado a una atomización de los pueblos indígenas, promoviendo agendas alternativas, fuertemente localistas en algunos casos, que han omitido la idea de un proyecto país desde “la propia conformación del mundo indígena”.

Por otro lado, la valoración de la incidencia de los pueblos indígenas a la política de salud intercultural, debiera abrir debates sobre el modelo de desarrollo que hemos pactado como sociedad chilena. El llamado Desarrollo con Identidad debiera abrir pasos para que los pueblos indígenas establezcan como condiciones básicas para la “construcción de modelos de salud intercultural” el reconocimiento de sus sistemas de salud ancestrales como un sistema alternativo y compensatorio al reconocimiento constitucional. Desde allí, podría ser factible seguir avanzando en propuestas que permitan la legitimidad no solo social de los sistemas de salud sino también la legitimidad jurídica.

Para el logro de aquella aspiración, evidentemente se requiere de la articulación del movimiento en torno a un proyecto político que busque permear las bases de la institucionalidad vigente, especialmente las del sistema sanitario chileno. En esa tarea, pareciera ser que se han diluido fuerzas con negociaciones locales que no hacen otra cosa que acoplarse a la idea de fragmentación y promoción de identidades individuales por sobre las identidades colectivas. Por lo mismo, la cuestión indígena, sigue siendo un tema de estado e indígenas y no de Estado, Indígenas y Sociedad Civil.

El Desafío de Hacer Salud Intercultural desde la Institucionalidad Pública: La Experiencia del Servicio de Salud Bío Bío.

La salud intercultural, comprendida como la capacidad y oportunidad de la complementariedad entre sistema de salud para un mejor nivel de vida de la población, constituye una construcción social que por definición tiene su origen en el reconocimiento de que no existe ningún sistema médico que por si solo pueda contribuir a asegurar en un ciento por ciento el bienestar de la población.

Desde esa perspectiva, se puede señalar que la salud intercultural requiere para su ejercicio del reconocimiento implícito de otro, esto significa, que la salud intercultural intrínsecamente conlleva significaciones de aceptación, de valorización y de legitimidad social en el contexto que se quiera desarrollar.

A partir de esa apreciación, es posible afirmar que el ejercicio de la salud intercultural se emplaza fuera del espacio gubernamental o público, que recoge su legitimidad de la valorización social que hacen las personas de su uso y de las posibilidades que se tiene de acceder a sus atributos. Por lo mismo, la salud intercultural se ubica dentro de las cuestiones sociales que permiten hablar de procesos sociales más que de procesos políticos. A pesar de la necesidad de provocar cambios estructurales en la sociedad que busquen su “igualación en estatus jurídico” frente al sistema de salud occidental.

Sobre esa base, podemos afirmar que resulta posible realizar procesos de salud intercultural en la sociedad siendo requisito esencial para el cumplimiento de ese propósito, la búsqueda permanente de comunicación y consenso entre la sociedad civil y el mundo indígena. De esa forma, podría avanzarse en la construcción de un paradigma multicultural que posibilite la realización de experiencias de complementariedad en el mismo sistema de salud mediante la creación de espacios de trabajo colaborativo entre agentes de sistemas médicos. Solo de esa forma, se puede recoger la demanda de reconocimiento y aceptación que plantean las sociedades multiculturales como la chilena.

Sin embargo, la ofensiva social (y política desde otro frente), nos debiera permitir resolver primariamente las siguientes situaciones; condiciones básicas para hablar de salud intercultural; nos referimos a problemas de reconocimiento de derechos ciudadanos, es decir, considerando la salud como un derecho universal consagrado en la constitución; mejorar la equidad, vinculada a sistemas de protección social capaces de asegurar la accesibilidad a la salud de los pueblos indígenas; construcción de solidaridades respecto a asegurar la protección en salud mediante un financiamiento de un sistema solidario; la calidad, relacionada con garantizar la efectividad sanitaria y la eficiencia en la gestión para responder a los derechos de salud y la participación comprendida como la corresponsabilidad social que surge del trabajo colectivo y coherente de toda la sociedad en el proceso de salud –enfermedad.

Por lo tanto, a pesar de que es posible la realización de la salud intercultural sin apoyo, algunas veces condicionante, de lo gubernamental, se requiere de cambios significativos en sus estructuras para dar un giro que va desde la cultura sanitaria a una cultura socio-cultural-sanitaria. A partir de los cambios que puedan darse desde lo público y por consiguiente desde las estructuras de las organizaciones públicas abocadas al tema de salud, se pueden visualizar enormes oportunidades para el fortalecimiento de los sistemas médicos bajo el precepto de la valorización de conocimiento a partir de los propios imaginarios colectivos visibles en la sociedad. Esto no es otra cosa que el acto de no negación de los saberes activos y por lo tanto, visibles en el otro y en los otros.

La experiencia del Servicio de Salud intenta caminar por la vía de la legitimidad social y por la vía de la legitimidad jurídica. Sin embargo, sería pretencioso creer que la práctica de la salud intercultural requiere de dependencias exclusivas de lo gubernamental. Sería muy parecido a pensar que los sistemas de salud indígena requieren de apoyos públicos para su subsistencia. Por sobre todo, los requisitos para su práctica pasan por el campo de la comunicación intercultural, por hacer de la salud intercultural un eje de una política de nuevo trato.

Desde lo público, en el caso de la experiencia del Bío Bío, la acción en salud intercultural se define y se ejecuta reconociendo un norte consensuado con las comunidades pehuenche y mapuche que habitan en el territorio que comprende la provincia. Señalamos, que conforme existan los sistemas culturales habrá mayores y mejores oportunidades para una mejor salud de las personas y comunidades. Esto significa, comprender la cosmovisión indígena como un elemento de connotación vital para la vida y la conservación de una buena condición de salud de las personas. No significa otra cosa, que buscar la instauración de un paradigma multicultural cuya principal expresión sea la valorización de la diversidad y reconocimiento de los pueblos indígenas en tiempos de modernidad.

La Irrupción de un Modelo de Salud Intercultural en Bío Bío.

En el área de intervención denominada Modelo de Atención de Salud Intercultural, el Servicio de Salud Bío desarrolla un conjunto de iniciativas en la red asistencial sobre la base de consensos construidos con las comunidades indígenas del Alto Bío Bío.

Destacan dentro de esa línea la puesta en marcha de tres experiencias pilotos en salud intercultural en los territorios indígenas de Cauñicu y Callaqui asumiendo como ejes de intervención los Centros de Atención de Medicina Pehuenche implementados y el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Ralco, comuna de Alto Bío Bío. Se trata de espacios que se disponen orientados a facilitar el acceso a la medicina indígena cuando sus usuarios provienen de otras comunidades indígenas. Sin embargo, su importancia mayor radica en el factor de visibilización de la medicina indígena en el territorio y por ende, su sentido de vinculación con los equipos de salud de la red asistencial constituyen el espacio matricial que permite la generación de mecanismos de referencia y contrareferencia para la práctica de la salud intercultural según se visualiza en la siguiente infografía.

Esquema Experiencia de Salud Intercultural desde el Enfoque de Complementariedad entre Sistemas de Salud.

Figura 1: Protocolo de atención (elaboración equipo Hospital Santa Bárbara)



Figura 1: Protocolo de atención (elaboración equipo Hospital Santa Bárbara)

Elementos Básicos de un Sistema de Gestión en Salud Intercultural.

La complementariedad en la experiencia, no solo habla de las formas y vínculos que se han construido entre el sistema de salud indígena y no indígena, habla también de la necesidad de articulación efectiva en la red asistencial de un modelo de salud intercultural para la comunas que concentran población indígena. Esto significa, que no puede visualizarse la experiencia del CESFAM de Ralco como una acción aislada, aunque sea en el contexto local. Los caminos de la complementariedad, como los de mayor pertinencia cultural en las actividades de salud, son el resultado de acciones previas desarrolladas en cada uno de los componentes de los sistemas que entran a interactuar. Con todo lo anterior, **afirmamos que la complementariedad es solo un eje del transitar hacia la construcción de un modelo de salud intercultural, comprendido como el puente intermedio en el itinerario terapéutico** que pretende rescatar elementos de cada sistema por parte de los propios usuarios(as). Para comprender aquellas relaciones, nos aventuramos en grafica a la ubicación de la experiencia de complementariedad que analizamos en el contexto de un desafío mayor que se busca como equipos de salud en el territorio del Alto Bío Bío.

La composición estructural de los elementos que describimos, se realiza sin renunciar al quehacer de los equipos de salud en pos del cumplimiento de los objetivos sanitarios y menos, en los esfuerzos de construir un modelo de atención con enfoque familiar y comunitarios, sino más bien se realiza con la convicción de que un modelo de salud intercultural podría ser la respuesta más efectiva a la epidemiología local de las comunidades pehuenche.

La interculturalidad en salud, especialmente para el Servicio de Salud Bío Bío, constituye un mecanismo social, derivado de consensos sociales con las comunidades indígenas que desde la participación ciudadana busca consensuar las mejores formulas para trabajar en forma colaborativa con las organizaciones indígenas. El ejercicio de la medicina indígena, como capital endógeno del territorio proporciona sentido y coherencia a la construcción de pertinencia y complementariedad con la biomedicina. Por lo mismo, constituye un esfuerzo organizado por dar respuesta no solo a los requerimientos desde el MINSAL, sino que intenta impregnar con su propio sello el hacer de los equipos locales de salud mediante un Programa de Salud Intercultural.

Con la implementación de la experiencia de Modelo de Salud Intercultural se espera establecer las condiciones técnicas que permitan de la consolidación de un Nuevo Modelo de Atención en Salud para población indígena que contribuya a consolidar procesos de complementariedad entre el sistema biomédico y el sistema médico indígena presente en el territorio.

Para el cumplimiento de ese objetivo el Servicio de Salud ha desarrollado un conjunto de actividades que buscan potenciar los procesos de salud intercultural en la comuna de Alto Bío Bío, siendo posible mencionar algunas estrategias, como por ejemplo, Constitución de la Mesa Provincial de Salud Intercultural, organización de Seminarios y Congresos para el reconocimiento de los sistemas médicos indígenas y constitución de Comisión Consultiva de Políticas de Salud y Pueblos Indígenas en Alto Bío Bío, implementación de Programa de Formación y Capacitación Continua de Salud con Enfoque Intercultural para funcionarios de los establecimientos de la red y gestión de proyectos locales para el fortalecimiento de la medicina indígena pehuenche.

El conjunto de estrategias mencionadas, cuya principal expresión la constituye el diseño de un modelo de salud intercultural que permita consolidar un nuevo sistema de atención para las comunidades pehuenche, pretende establecer las condiciones operativas y técnicas que permitan a los profesionales y técnicos de los establecimientos de salud de la comuna, como a la propia red asistencial de Bío Bío, uniformar criterios y prácticas de trabajo que permitan la complementariedad con los agentes de medicina indígena de la comuna de Alto Bío Fío. Por otro lado, con la implantación de un modelo de salud intercultural, se reorientan las estrategias de trabajo que han caracterizado el *proceso de salud intercultural* en Alto Bío Bío, para dar paso de una experiencia *piloto* a la definitiva generación de un *Modelo de Salud Intercultural*.

Para este efecto, comprenderemos un Modelo de Salud Intercultural como la “articulación equilibrada de elementos sociosanitarios de diferentes sistemas de salud que cohabitan en un territorio y que, en su conjunto, permiten la complementaria de sus agentes de salud para asegurar un estado de bienestar adecuado mediante la prestación de servicios terapéuticos a sus habitantes”. Esto presupone indudablemente la aceptación de un paradigma pluricultural y especialmente, del reconocimiento de las costumbres y tradiciones que dan vida al imaginario social de los sujetos que allí interactúan.

Desde una perspectiva de materialización de experiencias que, concatenadas producen la construcción de un modelo de salud intercultural, la construcción de indicadores constituye una alternativa para el monitoreo progresivo de los avances en la red asistencial. Las bases de un paradigma unicultural (biomédico por esencia) a un paradigma pluricultural (biopsicosocial) en salud intercultural aspira a la complementariedad y trabajo cooperativo entre diferentes sistemas médicos en la red asistencial de salud, especialmente en la micro red que atiende población indígena provenientes de la comuna de Alto Bío Bío.

La experiencia de promoción de enfoques interculturales en la red asistencial Bío Bío se concentra en el Modelo de Atención y en el cumplimiento de los objetivos sanitarios, siendo la complementariedad junto con la pertinencia cultural, los caminos de comprensión para determinar si un centro de salud actúa coherentemente con las políticas públicas de salud.

En resumen, cuando hacemos referencia a los esfuerzos que deberían realizar los centros de salud para promover la salud intercultural, debemos necesariamente establecer una ética de los mínimos para establecer el estado de avance que demuestra la institucionalidad en salud frente al desarrollo particular de cada experiencia. Esto significa una tratativa por permear los diseños organizacionales y por ende, las propias organizaciones para establecer un sistema de gestión en salud intercultural, que permita en un corto plazo la implementación de un conjunto de estrategias que pueden entregar la connotación de establecimiento de salud con enfoque intercultural.

Los elementos mínimos que contiene el esfuerzo institucional por el desafío descrito pueden observarse en el siguiente cuadro:

Concepto Central	Dimensiones	Avances y Resultados
Complementariedad con Sistemas de Salud Indígena	Recurso Humano Pertinente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas de Formación y Capacitación Continua de Cultura y Cosmovisión Indígena. ▪ Red de Facilitadores Interculturales en la Red.
	Trabajo Complementario entre Sistemas Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de Protocolos de Atención entre Especialistas y Agentes de Medicina Indígena. ▪ Transversalización de Enfoque de Salud Intercultural en Programas Troncales de Salud. ▪ Institucionalización de los Centros de Atención de Medicina Indígena en la Red Asistencial.
	Infraestructura Sanitaria en establecimientos	<p>Diseños arquitectónicos pertinentes de establecimientos a realidad sociocultural indígena.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de atención que asegure el acceso y permanencia de los pacientes de las comunidades. ▪ Habilitación de Oficina para Facilitador Intercultural Pehuenche.
	Recursos Financieros	<p>Presupuesto diferenciado en establecimientos para el trabajo con población indígena, especialmente para actividades con agentes de medicina indígena.</p>
	Fortalecimiento e integración de Redes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación de equipos de salud en actividades culturales sagradas de las comunidades (Wetripantu,

		Nguillatún, Palin, etc). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en Mesa Provincial de Salud Intercultural.
	Sistemas de Gestión de Usuarios	Planes de Intervención en Comités de Gestión de Reclamos.

Tabla nº 1: Avances y resultados en el proceso de complementariedad

El proceso de apertura a la salud intercultural en los establecimientos de la red asistencial constituye una tarea que debe observarse desde diferentes dimensiones, siendo indispensable la valorización de la naturaleza sociocultural de los territorios, especialmente la dimensión humana de sus habitantes. Las tareas de adaptabilidad de la cartera de servicios a la cultura mapuche pehuenche se deben complementar con trabajo directo entre los profesionales de la salud con los(as) agentes de medicina indígena. Los programas de salud serán más oportunos y por ende, más efectivos en los resultados sanitarios en la medida que efectúen distinciones epistemológicas entre los modelos y sistemas de salud, lo indígena y lo no indígena, constituyen cosmovisiones diferenciadas de percibir los conceptos de salud y enfermedad. Lograr un acercamiento a través de un proceso de comunicación intercultural asertiva es el referente desde el que se definen las acciones implementadas desde el servicio de salud Bío Bío, todo con el propósito de construir una medicina más social, aspiración institucional y profesional que representa un desafío de la red asistencial de la Provincia.